

## **IPOTESI DI PROGETTO DI REVISIONE DELLA SANITA' REGIONALE CALABRESE**

Belvedere B.\*, Coppola G.L.\*, Africa G.,

*\* Unità Operativa Complessa di Anatomia Patologica Azienda Ospedaliera  
"Bianchi-Melacrino-Morelli" Reggio Calabria.*

### **Parole chiave:**

**Keyword:** Revisione sanità Regionale; Sanità Calabria;

**Keyword:** Regional health review; health Calabria

### **Riassunto:**

Gli autori propongono un progetto di revisione organizzativa della sanità della loro regione prendendo spunto da esperienze di altre regioni, quali la Lombardia, laddove, con spesa sanitaria inferiore, si riesce a garantire ai cittadini un servizio di altissimo livello.

### **Abstract:**

The authors propose a draft revision of the organizational health of their region by taking a cue from the experiences of other regions, such as Lombardy, where, with lower health expenditure, are unable to provide citizens with a high level service.

## **PROGETTO DI REVISIONE DELLA SANITA' REGIONALE CALABRESE**

Sembra opportuno ricordare che la sanità regionale rappresenta per i cittadini calabresi un costo pari ad oltre il 70% di tutta la spesa dell'intera regione.

In sostanza, benché il capitolo di spesa per la sanità calabrese sia enorme, tuttavia, non si differenzia poi molto da quello delle altre regioni sotto il profilo della sua consistenza.

L'unica e sola difformità tangibile e drammatica tra la nostra sanità e quella di regioni più virtuose (che spendono grossomodo cifre analoghe a quelle della Calabria), è rappresentata dalla pessima qualità della nostra.

D'altronde, i difetti organizzativi della nostra sanità sono sotto gli occhi di tutti, così come sono evidenti le carenze, i limiti e, più in generale, le ripercussioni negative sotto il profilo dell'assistenza sanitaria offerta ai Cittadini Calabresi.

Orbene, senza tema di smentita, l'indicatore più preciso per qualificare verso il peggio la nostra sanità è rappresentato dal fenomeno dell'emigrazione sanitaria.

Infatti, è ovvio che nel caso in cui la nostra sanità funzionasse a dovere, allora, avremmo il fenomeno opposto, ossia quello dell'immigrazione sanitaria.

Ma ancora, non possono essere sottaciute altre consistenti problematiche quali la malasànità, il vergognoso deficit di bilancio, il fallimentare "*piano di rientro*", il malcostume dilagante, la totale assenza di programmazione in tema di prevenzione, di riabilitazione, di cura del cancro, la mancanza di nuova edilizia sanitaria, la carenza cronica e drammatica degli organici medici e paramedici, l'altrettanto drammatico invecchiamento della popolazione medica, la mancata e/o truffaldina selezione di direttori (ex primari) che siano degni di tale qualifica e, per ultima, non certo per importanza, la nomina, purtroppo frequente, di incapaci totali alle cariche politiche di direttore generale di Aziende Ospedaliere e Sanitarie.

Insomma, tutti gli indicatori sono negativi ed è ancor peggio che sia pur sforzandosi di partire da un indicatore positivo, non lo si riesce a trovare.

Ed anche sotto il profilo universitario non può sottacersi il fallimento della nostra facoltà universitaria di Medicina, la quale, piuttosto che essere la fucina di giovani e bravi Medici calabresi da mettere al servizio della cittadinanza, si ritrova ad essere letteralmente colonizzata da docenti extra regionali, in larga parte provenienti dalla vicina regione Campania, la quale, paradossalmente, non ha proprio nulla da invidiare e/o da insegnare alla nostra Calabria in tema di incapacità gestionale.

Ma tornando all'oggetto del presente documento, ossia la redazione di un progetto per una nuova Sanità Calabrese, l'idea dei sottoscritti è che si debba andare con ordine, suddividere il tutto per capitoli e partire dapprima con la definizione della modalità del finanziamento.

Infatti, una corretta programmazione sanitaria regionale che sia logica e che conduca ad una organizzazione improntata ai decantati criteri di efficienza, efficacia ed economicità (assenti nella nostra realtà), non può prescindere dalla identificazione precisa della più

opportuna tipologia di finanziamento, posto che tutto ciò che nel prosieguo del presente documento sarà definito in termini di organizzazione dipenderà essenzialmente proprio da tali modalità di finanziamento.

Orbene, credo che sia opportuno esporre di seguito quali e cosa siano le varie modalità di finanziamento.

## MODALITA' DI FINANZIAMENTO

A tal proposito, si rileva che le singole Regioni italiane hanno realizzato differenti forme di concorrenza amministrata, individuate dalla letteratura economico-aziendale nei tre distinti modelli, ossia:

- *ASP terza pagatrice*
- *ASP programmatrice*
- *ASP sponsor*

Per quanto concerne, la regione Calabria, questa non sembra aver aderito a nessuna delle tre forme di finanziamento ed ha optato per un proprio scriteriato “*modello*” (ad onor del vero, antecedente ad altri più noti “*modelli*”).

Comunque, il modello della “*ASP terza pagatrice*” si distingue per il fatto che il consumatore (il paziente) è libero di scegliere tra tutti i fornitori accreditati (ospedali), sia privati che pubblici, i quali vengono remunerati a tariffa dalle ASP, in funzione alle prestazioni rese.

Le Aziende Sanitarie Provinciali assumono, in tale modello, il ruolo di terzo pagatore, ossia, di soggetto preposto all’acquisto, attraverso le risorse finanziarie ricevute dalla Regione, di prestazioni sanitarie per i propri assistiti dalle Aziende Ospedaliere e/o dalle strutture private accreditate.

In altre parole, le ASP assumono, nel modello descritto, solamente il compito di acquirenti, lasciando l’erogazione delle prestazioni alle altre organizzazioni sanitarie.

L’acquisto delle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali dalle Aziende Ospedaliere e da altre strutture accreditate, ovviamente, è regolato dal pagamento di apposite tariffe definite nel Sistema Tariffario Regionale, determinate attraverso l’analisi dei costi sostenuti dalle aziende operanti nel gruppo con l’impiego del metodo analitico.

Tra gli svantaggi di questo schema sono da sottolineare la limitata possibilità di programmare l'offerta complessiva ed una possibile crescita del settore privato, più flessibile e quindi relativamente facilitato rispetto alle strutture pubbliche.

L'autonomia concessa ai governi regionali, alla quale si è aggiunto un quadro normativo nazionale ambiguo, ha fatto sì che solo poche regioni (di fatto solo la Lombardia) abbiano realmente adottato questo schema.

Al contrario, il modello dell' "*ASP programmatrice*" ha trovato attuazione nella gran parte delle regioni italiane.

In questo schema, l'Azienda Sanitaria Provinciale, ricalcando il dettato della normativa nazionale, svolge il duplice ruolo di fornitore e di acquirente.

In particolare, le ASP hanno il compito di erogare ai propri assistiti la funzione assistenziale di primo livello attraverso le proprie strutture e di acquistare dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate prestazioni di secondo livello, ossia, di alta specialità.

Il terzo modello della "*ASL Sponsor*", adottato originariamente da qualche Regione e successivamente abbandonato, si caratterizza rispetto ai due modelli precedenti, per una forte limitazione della libertà di scelta dei cittadini.

In tale modello, le Aziende Sanitarie Locali, agendo per conto dei propri assistiti, selezionano sul mercato le strutture ospedaliere pubbliche e private che offrono la migliore combinazione prezzo-qualità e con queste concludono dei contratti sulla base di tariffe negoziate.

La libertà di scelta dei pazienti si riduce, pertanto, ai soli fornitori preventivamente selezionati.

Tale ultimo sistema appare il peggiore in senso assoluto, per cui, fatte salve opinioni diverse da parte di altri attivisti, lo scrivente crede che non sia neanche il caso di prenderlo in considerazione.

Ciò premesso, a modesto avviso dei sottoscritti, il sistema di finanziamento maggiormente idoneo alle necessità ed alla realtà della nostra regione potrebbe essere quello già utilizzato dalla regione Lombardia.

Intendiamoci, nella proposta non c'è alcun intento di santificazione di Formigoni, bensì, soltanto una semplice presa d'atto della sussistenza di una rodada realtà sanitaria, la quale, indiscutibilmente, funziona, ha funzionato ed oggi probabilmente è la migliore d'Italia oltre che tra le migliori d'Europa.

Talché, a modesto avviso degli scriventi, non resta altro da fare che studiare in modo approfondito il sistema di finanziamento Lombardo, ossia quello della "ASP pagatrice" e riproporlo integralmente o, comunque, adattarlo alla nostra Regione nel migliore dei modi.

Ovviamente, occorrerà evitare che accada quel che è successo nella realtà lombarda, laddove sono stati commessi presunti illeciti privati e personali che, però, nulla hanno a che fare con la corretta organizzazione sanitaria e che non ne hanno per nulla sminuito la qualità.

Ancora, giusto perché il pensiero dei sottoscritti non appaia fondato su convincimenti personali piuttosto che su fatti concreti, sono riportati di seguito alcune considerazioni tecniche sul Sistema Sanitario Lombardo ricavate dallo studio di vari articoli e pubblicazioni:

**Rapporto spesa sanitaria/Pil:**

*La spesa per la sanità pubblica italiana corrisponde al 7,2 per cento del Pil. In Lombardia scende al 5,4, un valore estremamente contenuto in senso assoluto. Considerandolo poi in relazione sia agli elevati volumi di prestazioni effettuate sia al loro standard qualitativo, in alcuni casi elevatissimo, si può concludere che in Lombardia è presente oggi un sistema sanitario che garantisce un rapporto costi/benefici in assoluto tra i migliori al mondo.*

**Finanziamento pro capite**

*La Lombardia da sempre sconta un sottodimensionamento del finanziamento pro capite da parte dello Stato in confronto alle altre Regioni. Esso è quantificabile in circa 500 milioni di euro in meno all'anno rispetto alla media nazionale. Nel 2009 (ultimo dato ufficiale disponibile) la spesa sanitaria pubblica corrente pro capite risulta in Lombardia corrispondente a 1.758 euro, contro una media nazionale di 1.821 euro.*

### **Bilanci e Fondo di solidarietà**

*Sommando algebricamente avanzi e disavanzi, il bilancio sanitario regionale è stato chiuso in equilibrio e senza disavanzi per gli ultimi undici anni consecutivi, ovvero da quando tale obbligo è stabilito per legge (2001). Nell'ambito delle disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 56/2000 ("Disposizioni in materia di federalismo fiscale"), che concorrono al finanziamento del Fondo sanitario nazionale (Fsn) anche tramite la redistribuzione di Iva e accise prelevate sui singoli territori regionali, la Regione Lombardia nel 2010 ha contribuito con 4,2 miliardi di euro al Fondo di solidarietà a favore delle altre regioni. Ciò corrisponde a quasi il 50 per cento del valore totale del Fondo di solidarietà (che è di 8,7 miliardi).*

### **Mix pubblico/privato**

*I posti letto accreditati e attivati in Lombardia sono 39 mila. Di questi il 21,7 per cento appartiene a strutture private. Si tratta di un dato sostanzialmente invariato da anni e che colloca la Lombardia all'ottavo posto in Italia, a pari merito con Piemonte e Sicilia, e dopo Calabria, Campania, Lazio, Emilia Romagna e Abruzzo. Il dato risulta altresì perfettamente allineato alla media nazionale (che è del 21,3 per cento).*

### **Attrattività del sistema**

*I dati sull'attrattività dei sistemi regionali confermano da ormai oltre dieci anni (1998-2009) l'indiscusso primato italiano della Lombardia, il cui saldo tra ingressi e uscite è stato nel 2009 (ultimo dato disponibile) di oltre 72 mila unità, cifra superiore del 35 per cento rispetto a quello della seconda regione, l'Emilia Romagna, e di quasi quattro volte rispetto alle terze (Lazio, Toscana e Veneto). In Lombardia la percentuale di ricoveri di pazienti provenienti da fuori regione è ormai costante intorno al 10 per cento del totale. In Lombardia si registra inoltre il dato più basso in assoluto, pari al 4,1 per cento, di mobilità passiva, ovvero di cittadini che scelgono di farsi curare fuori regione. La media nazionale è del 13 per cento con picchi che superano il 30. La capacità di attrarre pazienti da altre regioni e di trattenerne i propri cittadini nella propria rete ospedaliera può essere assunta come misura obiettiva della qualità di un sistema sanitario regionale. Se questo dato viene appaiato alla capacità di mantenere i conti in equilibrio, si ottiene un indicatore complessivo di performance molto importante.*

### **Ricerca sanitaria**

*La Lombardia è la regione europea con la più alta densità di lavoratori specializzati nelle medie e alte tecnologie in generale. In essa sono presenti il 60 per cento delle*

sperimentazioni cliniche sul totale nazionale e il 60 per cento degli insediamenti farmaceutici produttivi a livello nazionale. Nel 2010 la produzione di pubblicazioni scientifiche degli Irccs italiani pubblici e privati ha visto tra i primi dieci posti sei istituti lombardi (San Raffaele, Policlinico, San Matteo, Tumori, Ieo, Maugeri).

### **Investimenti in ricerca indipendente**

Per tre anni consecutivi (2009-2011) la Regione Lombardia ha finanziato con 7 milioni di euro all'anno progetti di ricerca indipendente (ovvero quella non finanziata a livello ministeriale e/o da case farmaceutiche). Si tratta di un investimento che non ha eguali nel panorama italiano. Seppure in un contesto di forte contrazione delle risorse e di estrema razionalizzazione, per il 2012 sono stati previsti ben 20 milioni di euro per attività di ricerca indipendente.

### **Le Reti di Patologia**

Le Reti di Patologia attivate in questi anni da Regione Lombardia costituiscono un innovativo modello gestionale e di programmazione che coniuga ricerca e assistenza: si tratta di una vera e propria rete costituita dalle istituzioni, dalle organizzazioni e dai professionisti che svolgono la loro attività a favore del paziente in tutte le fasi del processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, inclusa l'eventuale fase terminale. Lo scopo è di migliorare la qualità delle cure, mettere in comunicazione tutti i soggetti che si occupano di patologia e migliorare l'efficacia organizzativa, grazie alla condivisione di conoscenze, competenze e informazioni. Il loro obiettivo finale è quello di far sì che l'innovazione si trasformi in nuove modalità di prevenzione, in nuovi e più precoci strumenti diagnostici e nello sviluppo di nuovi farmaci.

### **Edilizia sanitaria**

Regione Lombardia da tempo ha voluto investire significativamente nell'ambito dell'edilizia sanitaria, concretizzando un programma d'investimenti che da solo è superiore a quanto è stato fatto in tutto il resto d'Italia. Si tratta di circa 4,5 miliardi di euro investiti in Lombardia in dieci anni per costruire nuovi modernissimi ospedali e avviare circa 600 cantieri o interventi di ampliamento, restauro, ristrutturazione, eccetera. A questa cifra vanno aggiunti 350 milioni di euro stanziati direttamente dalla Regione nel 2011, e circa 450 milioni di euro, già approvati e in arrivo dal governo dopo un'attesa di due anni. Il privato è stato coinvolto in modo assolutamente costruttivo: il mercato ha risposto in modo molto positivo a forme di appalto innovative come concessione e project finance. Grazie a tale scelta si sono ottenuti importanti benefici come la riduzione dei tempi di costruzione (3 anni circa per i nuovi ospedali

*contro una media nazionale di 12 anni) e la creazione di importanti addizionalità di risorse.*

### **Qualità e appropriatezza**

*In continuità con una tendenza di lunga durata, anche nel 2010 (ultimo dato disponibile) il numero dei ricoveri ospedalieri totali in Lombardia ha conosciuto una riduzione. Si tratta di un eccellente risultato che conferma l'efficacia delle politiche regionali che mirano alla massima appropriatezza e all'eliminazione di sprechi e inefficienze. In particolare, dal 2007 al 2010 abbiamo assistito a un calo del numero totale di ricoveri da 193 mila a 158 mila (-18 per cento). La ricerca costante della massima appropriatezza e la costruzione di percorsi terapeutici integrati tra ospedale e territori ha generato nel tempo prima una stabilizzazione e poi una progressiva riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Questo è ciò che è avvenuto in Lombardia, dove il tasso di ospedalizzazione è sceso dal valore di 176,7 per 1.000 residenti nel 1997 al valore di 127 per 1.000 residenti nel 2010 (-30 per cento circa).*

### **Medicina territoriale**

*La cura della cronicità e lo sviluppo delle funzioni territoriali degli ospedali rappresentano due tra le sfide più importanti per il futuro della sanità contemporanea. Richiedono approcci e metodologie all'avanguardia, che sappiano coniugare un servizio efficiente e di qualità con esigenze di controllo di spesa.*

### **Sub-acuti**

*Sono già state attivate in Lombardia le prime strutture intermedie tra l'ospedale e il territorio per l'erogazione di cure sub-acute. L'obiettivo è assistere adeguatamente quei pazienti che, pur avendo superato la fase di instabilità e di criticità clinica, continuano ad avere bisogno di assistenza per evitare che si ripetano episodi acuti. Il fabbisogno di posti letto ipotizzato è di circa 1.200 in tutta la Lombardia. Si tratta sostanzialmente di ospedali medio-piccoli nei quali saranno presenti solo alcune specialità ospedaliere di base.*

### **Creg:**

*È in corso di sperimentazione su cinque Asl lombarde una modalità di presa in carico innovativa rivolta ai pazienti cronici chiamata Creg (Chronic Related Group) che, dati gli iniziali esiti positivi, verrà gradualmente estesa a tutto il territorio regionale (al momento sono coinvolti circa 126 mila pazienti). L'applicazione di questa modalità di*



*presa in carico rende possibili una serie di miglioramenti. Anzitutto permette di stabilire in anticipo una quota di risorse per ogni categoria di pazienti, garantendo con continuità tutti i servizi extraospedalieri: ambulatoriale, protesica, farmaceutica, cure a domicilio. Quindi permette di conseguire risparmi anche consistenti su una serie di voci (anzitutto quelle sui ricoveri ospedalieri: oggi il 36 per cento dei malati cronici sta nelle aree per acuti), potendo prevenire eventuali fasi acute della patologia derivanti da un'assistenza discontinua. Infine contribuisce a migliorare significativamente le condizioni di salute generale degli assistiti. Questa iniziativa, una volta messa a regime, potrà costituire un modello replicabile ed efficace a livello internazionale per una corretta gestione di tutte le patologie croniche e non solo, all'interno del rispetto di parametri di appropriatezza terapeutica e di economicità.*

In sostanza, per riprendere le fila del nostro discorso, credo che, così come avviene in Lombardia, anche nella nostra regione si potrebbe fare in modo che le ASP acquisiscano a pagamento ed a parità di prezzo dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture private convenzionate le prestazioni di alto livello professionale per le quali necessiti il ricovero sia pure in hospital day.

Le aziende ospedaliere dovranno essere almeno quattro, ossia Reggio, Catanzaro, Cosenza e Crotone e proprio in tali località dovranno essere edificati quattro nuovi ospedali che siano all'altezza di competere a pieno titolo con le strutture private convenzionate.

Le strutture private, se vorranno operare in regime di convenzione, dovranno essere equiparate alle Aziende Ospedaliere sotto l'aspetto tecnologico e di qualificazione del personale e dovranno disporre di tutte le specialità necessarie a garantire la massima efficienza ed efficacia.

In quest'ottica, anche le strutture private convenzionate dovranno disporre di tutte quelle Unità Operative le quali, benché necessarie ed insostituibili, sono dispendiose ed improduttive e che oggi pongono le strutture pubbliche in una condizione di svantaggio rispetto al privato sotto l'aspetto della spesa.

Il riferimento riguarda ovviamente quelle Unità Operative quali la rianimazione, la terapia intensiva e sub-intensiva, la medicina d'urgenza, il pronto soccorso, l'anatomia patologica, il centro trasfusionale, ecc.ecc., ossia quelle unità operative, cosiddette "in perdita" perché maledettamente dispendiose, di cui, però, un ospedale pubblico non può e non deve esserne privo.

In sostanza, la concorrenza tra pubblico e privato dovrà sussistere a parità di prestazioni offerte e nel caso in cui ciò non fosse possibile (per esempio, nessuna struttura privata dispone di rianimazione, di pronto soccorso, di anatomia patologica, di emoteca, ecc.ecc.), occorrerà inventare un meccanismo secondo cui, in tal caso, il rimborso per la prestazione offerta al privato sia ridotto notevolmente con ribaltamento degli importi a vantaggio del pubblico.

Gli scriventi sono convinti che una riduzione sostanziale, superiore addirittura al dimezzamento, del rimborso per le strutture sanitarie private che non garantiscono le cosiddette prestazioni sanitarie “*in perdita*”, indurrà costoro ad attivarsi in tutti i modi per garantirle e ciò potrebbe davvero rappresentare un magnifico volano in termini di occupazione per medici, infermieri, tecnici ed operatori della sanità in generale.

D'altronde, soltanto a titolo d'esempio, non si riesce a capire per quali ragioni un pronto soccorso debba essere solo e soltanto pubblico, allorquando una struttura privata convenzionata non decida di garantirlo alla popolazione al medesimo costo del pubblico e con le medesime garanzie di assistenza sanitaria offerte da un'azienda ospedaliera.

Ancora, le medesime ASP gestiranno in prima persona la medicina generale, la guardia medica notturna, il 118, ossia, l'organizzazione del soccorso (elisoccorso, ambulanze ecc. ecc.), la prevenzione, la riabilitazione, i controlli clinici specialistici delle patologie croniche, la medicina dello sport, la medicina legale, la tossicodipendenza, la medicina veterinaria, le terapie palliative, la gestione degli hospice, ecc. ecc. ecc.

In quest'ottica, è ovvio che nessuna struttura sanitaria presente sul territorio dovrà essere chiusa, anzi, quelle che la gestione politica ha ritenuto di chiudere nelle periferie e nelle zone disagiate del territorio andranno immediatamente riattivate mediante una poderosa e coraggiosa **riconversione** finalizzata al loro pieno utilizzo su tutto l'ambito territoriale proprio per l'espletamento di tutte quelle prestazioni sanitarie che non possono e non devono più essere svolte negli ospedali.

Insomma, per ciò che riguarda l'attività ospedaliera, l'obiettivo primario dovrebbe essere quello di creare una sana competizione tra strutture ospedaliere pubbliche e private, le quali dovranno necessariamente fare a gara per essere scelte dai loro potenziali clienti (pazienti).

Ovviamente, la scelta di una struttura sanitaria piuttosto che un'altra da parte dei malati non potrà che discendere dalla *“qualità”* della prestazione offerta sia in termini di tipo “alberghiero” o “logistico” sia, soprattutto, di tipo squisitamente medico-sanitario.

E' ovvio che nel momento in cui i pazienti riterranno di non scegliere una struttura sanitaria, sia essa pubblica o privata, questa non potrà far altro che chiudere i battenti o, ancor meglio, potrà cacciare a calci nel sedere il proprio management e/o, se necessario, i medici e gli infermieri che, evidentemente, non hanno brillato per capacità professionali di alto livello.

Appare evidente che in un simile contesto improntato sulla competitività circa la *“qualità”* del servizio offerto, oltre che i pazienti, anche i dipendenti onesti, competenti e virtuosi di una struttura sanitaria, sia essa pubblica o privata, saranno i primi testimoni di eventuali comportamenti poco professionali e/o dannosi da parte di altri colleghi e avranno tutto l'interesse di farsi carico di segnalare alle direzioni sanitarie eventuali storture professionali che potrebbero mettere a repentaglio il loro stesso futuro professionale e dell'intera struttura.

Ancora, il sistema di finanziamento a prestazione indurrà tutte le strutture sanitarie ad inventarsi ogni forma di prestazione sanitaria che non sia in concorrenza diretta con le medesime prestazioni offerte da altri.

Insomma, per intendersi, sarà inutile e poco remunerativo per un privato avere una divisione di chirurgia generale di alto livello adiacente ad un'altra altrettanto valida di un'azienda ospedaliera pubblica.

Viceversa, per il medesimo privato sarà redditizio, per esempio, avere una divisione ultraspecialistica di chirurgia maxillo facciale con associate due poltrone di odontostomatologia ed implantologia.