



CONFINDUSTRIA LECCE



Coordinamento Regionale Sanità Accreditata

Federata



## Confindustria Lecce e Corsa Federlab Puglia hanno promosso un importante seminario sulla distribuzione delle risorse in ambito sanitario

### SPESA PUBBLICA IN SANITA'

#### Riorganizzazione e qualificazione dell'offerta: esperienze a confronto

I livelli di spesa pro-capite sono correlati in modo diretto al PIL delle diverse regioni e non, come immaginato fino ad ora, alla presenza degli erogatori privati in termini di numero e/o fatturato

#### Il modello campano come occasione per rendere più efficiente ed efficace il sistema sanitario pugliese

di Fabio La Grua\*

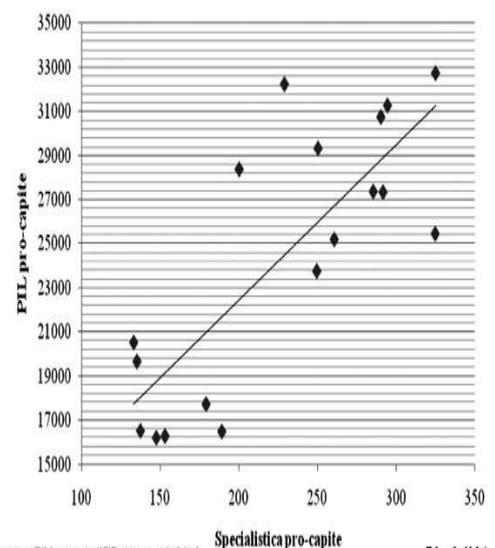
Le strutture sanitarie ambulatoriali accreditate offrono un insostituibile supporto alle politiche della salute della Regione Puglia: esse rendono servizi di diagnostica per immagini, di laboratorio, di riabilitazione e di cura, integrandosi nell'offerta complessiva di prestazioni sanitarie per i cittadini pugliesi. Il loro efficace contributo, ormai pluri-decennale, è essenziale nell'elevare le aspettative di vita nel nostro contesto territoriale e, nel contempo, rispettare i vincoli di bilancio con cui si confronta la classe politica locale.

Nonostante queste premesse, il loro lavoro è reso difficile da incertezze normative e da tagli dei finanziamenti, a tutti i livelli amministrativi, nel corso degli ultimi anni. Da ultimo il settore sta affrontando una nuova fase, caratterizzata da profondi mutamenti nei criteri di riparto delle risorse regionali, con conseguenti polemiche e contenziosi.

Venerdì 28 Gennaio, presso l'Hotel President a Lecce, si è tenuto un convegno, organizzato congiuntamente dalla Sezione Sanità e Sicurezza di Confindustria Lecce e da CORSA Federlab Puglia. Il convegno, moderato da Filippo Surace, vice presidente Sezione Sanità, e grazie al contributo di esperti del settore e sulla base di alcune esperienze positive registrate in altre Regioni italiane, ha cercato di proporre una soluzione a tale situazione di *impasse*, che, andando nella direzione del mercato, non difenda rendite di posizione, ma, al contempo, garantisca la qualificazione delle strutture sanitarie, attraverso meccanismi di competizione che assicurino maggiore efficienza ed efficacia.

Dopo il saluto dei presidenti della Sezione Sanità di Confindustria Lecce e di CORSA – Federlab Puglia, Massimo Mello e Michele Aldo Ido, i lavori sono iniziati illustrando la normativa riguardante l'attività ambulatoriale accreditata e i criteri di attribuzione dei contratti per le strutture accreditate a proprietà privata, grazie al contributo degli studi legali amministrativisti, di Lecce, Sticchi Damiani e di Napoli, Meo.

Figura 6.1 - Correlazione tra spesa specialistica totale pro-capite e PIL pro-capite Valori in euro - Anno 2006





CONFINDUSTRIA LECCE



Coordinamento Regionale Sanità Accreditata

Federata



Interessante è stato il contributo di Vincenzo D'Anna, presidente di Federlab Italia e componente della Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, il quale ha presentato ampi stralci del rapporto CEIS (Centre for Economic and International Studies – Università di Torvergata) 2008-2009, concentrandosi sulle conclusioni riguardo alle correlazioni tra apporto di attività del settore privato, livelli di spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e confronto tra regioni in funzione del Prodotto Interno Lordo.

Appare chiaro come i livelli di spesa pro-capite siano correlati in modo diretto al PIL delle diverse realtà e non, come immaginato fino ad ora, alla presenza degli erogatori privati in termini di numero e/o fatturato. La spesa pro-capite è minore nelle regioni (Campania e Sicilia su tutte) nelle quali l'apporto del privato è più consistente.

La Campania rappresenta quindi, in questo settore, un modello da cui prendere spunto, sia perché ormai consolidato da più di un decennio, sia perché tale stabilità delle regole ha favorito una qualificazione dell'offerta ed un miglioramento del livello medio di prestazioni in tutti i settori della specialistica ambulatoriale.

E tutto ciò senza generare deficit rispetto ai livelli di spesa programmati, se non a causa della cronica difficoltà della Regione Campania nell'onorare i crediti maturati dalle strutture sanitarie.

L'onorevole D'Anna ha quindi illustrato il percorso giuridico-normativo seguito dalla Campania sulla classificazione delle strutture sanitarie e sui cosiddetti "Tetti di spesa", che regolano l'attività in quella regione.

In Campania accade esattamente l'opposto di ciò che avviene in Puglia: nella nostra Regione l'attività delle strutture è pre-determinata dall'Amministrazione regionale secondo criteri più o meno opinabili, che finiscono per imporre *ex ante* un livello massimo di fatturato, in modo completamente avulso dalla libera scelta degli utenti, e finendo per perdere di vista l'obiettivo di aumentare la qualità dell'offerta. Un sistema, quello pugliese, che da un lato, "premia" o "penalizza" le strutture con meccanismi puramente casuali, benché in parte ispirato ad una redistribuzione delle risorse su base territoriale, e che dall'altro, impedisce alle forze professionali e imprenditoriali più sane, di investire per migliorare il livello qualitativo.

Al contrario in Campania, ogni realtà accreditata sceglie quale "modello organizzativo" implementare: nel settore dei Laboratori analisi ad esempio, è pienamente attuata la normativa vigente (DPR 14.01.97) sui "**Settori Specializzati**", che permette solo alle strutture che li hanno implementati, di erogare determinate prestazioni sanitarie, spingendo verso nuovi investimenti in tecnologie e professionalità. A fronte di tale modello organizzativo corrispondono delle **Capacità Operative Massime** che rappresentano solo un'offerta *potenziale*: sono i cittadini che, scegliendo il proprio interlocutore, "premiando" una struttura e la sua offerta di servizi, determinando, giorno dopo giorno, il consumo del "paniere comune" (il cosiddetto "**Tetto di branca**") messo a disposizione dalla Regione Campania per ogni Asl, attraverso la valutazione del fabbisogno (per volumi e tipologie) di prestazioni, così come disposto dall'art. 8 quinquies della L. 505/92.

Questa competizione virtuosa, basata sulla qualità dell'offerta, spinge verso il miglioramento continuo (premiando le strutture disposte ad investire per qualificare la propria offerta tecnologica) ed assicura anche una buona copertura territoriale, non impedendo i trasferimenti delle strutture ove questo avesse l'equo presupposto di domanda. I vincoli di bilancio sono assicurati dall'invalidabilità delle risorse assegnate al settore, da meccanismi di remunerazione basati sul "costo medio" delle prestazioni, da

2008 Specialistica Ambulatoriale		
Regione	Spesa accreditata totale per abitante	Spesa totale per abitante
Valle D'Aosta	€ 16,53	€ 341,21
Umbria	€ 16,71	€ 258,85
Trentino Alto Adige	€ 20,66	€ 312,79
Marche	€ 25,03	€ 276,67
Friuli Venezia Giulia	€ 30,72	€ 236,22
Emilia Romagna	€ 33,44	€ 308,87
Toscana	€ 34,20	€ 301,80
Liguria	€ 34,36	€ 349,56
Abruzzo	€ 35,97	€ 135,73
Basilicata	€ 41,90	€ 199,69
Sardegna	€ 54,66	€ 142,77
Puglia	€ 55,10	€ 202,81
Piemonte	€ 55,36	€ 311,07
Calabria	€ 60,32	€ 158,71
Veneto	€ 69,26	€ 264,10
Lombardia	€ 74,94	€ 244,76
Molise	€ 80,78	n.d.
Lazio	€ 94,76	n.d.
Sicilia	€ 96,30	€ 136,87
Campania	€ 109,65	€ 159,60



CONFINDUSTRIA LECCE



Coordinamento Regionale Sanità Accreditata

Federata



limiti normativi anti-aggiotaggio e da tavoli tecnici paritetici di controllo presso le Asl, che assicurano il monitoraggio e la correttezza del consumo delle risorse.

Il professore Antonio Salvatore, ordinario di Economia di Diritto Sanitario dell'Università Partenope di Napoli, ha, dal canto suo, affrontato il tema dei meccanismi di ripartizione del finanziamento statale alle regioni, partendo dalla situazione attuale ed illustrando simulazioni dell'impatto di nuovi criteri di ripartizione basati sulla spesa pro-capite corretta per l'età media della popolazione residente nelle diverse regioni e sul confronto con le "Regioni Benchmark" (Lombardia, Toscana e Umbria). Appare chiaro come, per la maggior parte dei sistemi sanitari delle regioni meridionali, si prospettino drastici tagli dei trasferimenti statali all'avverarsi di tale scenario. Le prospettive però muterebbero radicalmente se si tenesse conto anche del fattore PIL pro-capite, considerato che nelle realtà più avanzate economicamente, la spesa pubblica è integrata da una spesa privata (diretta o indiretta) che naturalmente contiene quella pubblica.

Al termine del convegno ho avuto l'opportunità di offrire una panoramica "europea" sui sistemi sanitari di alcuni stati, recentemente riformati (Regno Unito e Francia), sui loro principi fondanti e sulle linee strategiche di sviluppo.

In entrambi i casi è posto un forte accento sull'importanza di mettere **il cittadino al centro del percorso di diagnosi e cura**, favorendone la consapevolezza e la libertà di scelta dei percorsi e dei professionisti di fiducia. Questa scelta è oramai largamente accettata come la "chiave" per aumentare l'**efficacia** dei servizi sanitari, poiché il percorso del paziente risente in modo decisivo dell'approccio con l'organizzazione sanitaria: guarisce ben più un sorriso e la giusta empatia di una sofisticata terapia! Altra leva fondamentale che si aziona per migliorare lo stato di salute dei cittadini europei è la ricerca di **sinergie di rete** tra i diversi attori del sistema, per giungere ad un approccio multidisciplinare ad ogni patologia. Primaria importanza assume poi, anche ai fini dell'efficienza delle risorse impegnate, la necessità che tali reti siano *governate* (da un punto di vista clinico e gestionale), che vengano fortemente potenziate le infrastrutture IT, verso la sanità elettronica, e che siano ben distribuite sul territorio e presidiate da professionisti a diretto contatto con l'utenza, per contribuire a ridurre l'inappropriatezza delle prescrizioni di prestazioni.

Naturalmente, la realtà frammentata delle strutture sanitarie accreditate pugliesi, se da un lato rende palese la *necessità* di riorganizzarsi per migliorare la propria efficienza e per poter adeguare la propria offerta all'evoluzione tecnologica e professionale, dall'altro rappresenta una risorsa ineguagliabile nel percorso di de-ospedalizzazione in atto. Rendere possibile le aggregazioni tra strutture sanitarie, soprattutto sulla base di reali sinergie come la necessità di implementare i Settori Specializzati nella medicina di laboratorio, porterebbe numerosi vantaggi all'amministrazione regionale, contribuendo alla qualificazione dell'offerta accreditata, al pieno utilizzo delle potenzialità del territorio già esistenti, e, oltretutto, contribuirebbe (anche attraverso l'adozione *in toto* del modello campano) a risolvere le controversie nate a seguito dei nuovi criteri di distribuzione delle risorse alle strutture private.

\*Delegato Confindustria Lecce per la Diagnostica di Laboratorio

Componente Direttivo CORSA Federlab Puglia

Componente Commissione Regionale su Riorganizzazione della rete di Diagnostica di Laboratorio