

# **Riforma Bismarck**

La cura per la sanità lombarda

Come un modello federale e di mercato può superare le problematiche della  
sanità lombarda

Di Brian Sciretti

## Introduzione

L'emergenza COVID-19 ha messo alle strette il sistema sanitario lombardo, che si è ritrovato più volte vicino al collasso e ha mostrato due situazioni apparentemente inconciliabili: una gestione ospedaliera eccellente che ha permesso di raddoppiare il numero di terapie intensive insieme ad una gestione politica che ha lasciato vari dubbi ai più.

Al contempo, nel Paese dove abbiamo ben sessanta milioni di commissari tecnici ad ogni partita della nazionale, non potevamo non avere anche sessanta milioni di esperti di gestione sanitaria che hanno identificato i più svariati problemi nel sistema sanitario lombardo, spesso non prendendoci minimamente.

Purtroppo, bisogna dirlo, gli italiani non sono esposti a molti altri sistemi sanitari.

Solitamente a meno degli espatriati che hanno avuto tempo di approfondire il sistema sanitario locale, cosa non scontata visto che in molti casi le aziende dove lavorano si occupano di tutto, quasi tutti conoscono qualcosina del Servizio Sanitario Nazionale Italiano e hanno una vaghissima idea di quello degli Stati Uniti d'America sintetizzabile in "se non hai l'assicurazione muori".

Il mio campo di studi è l'informatica e conosco quindi bene il cosiddetto principio "GIGO": Garbage In, Garbage Out, ossia se i presupposti di un ragionamento sono spazzatura il risultato non potrà non essere diverso.

E purtroppo in un contesto di ignoranza sanitaria la stragrande maggioranza dei ragionamenti che leggiamo, anche quelli che vengono da persone solitamente colte e informate, sono scarsamente affidabili.

Mi occupo di sistemi sanitari dal 2019 e vi assicuro: capirci qualcosa non è affatto difficile!

Esistono infatti moltissime risorse affidabili e gratuite di livello universitario disponibili sul web. Dettagliati rapporti su tutti i temi che vi possono interessare, studi, relazioni dell'Unione europea, dell'OMS e di altri importanti enti tutto a portata di click.

Ciò che spesso manca è la conoscenza di base per fare queste ricerche. Le informazioni sulla sanità che riceviamo sono spesso limitatissime e parziali: quanti vostri amici saprebbero per esempio rispondere alla domanda "come funziona la sanità in Germania" o "in Svizzera" o "nel Regno Unito"?

Immagino pochi, ma è normale: quando mai ci si interessa alla sanità di questi Paesi?

Ebbene, ora che siamo in piena pandemia e sentiamo giornalmente informazioni da altri Paesi è veramente importante conoscere almeno le basi del loro sistema sanitario.

Ancor più importante ciò diventa quando si parla di riforme: sapere dove gli altri hanno fatto bene e dove hanno sbagliato è fondamentale per presentare qualsiasi proposta seria e che non sia una mera berciata contro l'avversario politico di turno.

Infatti, alle volte, esistono anche le botte di fortuna e di sfortuna. Non è il caso della Lombardia, dove sono stati fatti errori sia immediati che sistemici, ma solo il paragone con altri sistemi sanitari può permetterci di dirlo.

Per esempio qualcuno accusa della crisi in Lombardia l'eccessiva privatizzazione e propone come soluzione la sanità centralizzata. Eppure la Germania, che ha ben più privato della Lombardia, se l'è cavata decisamente meglio dell'Inghilterra, che ha questo sistema quasi al 100% pubblico e gestito direttamente da Westminster.

Molto semplicemente i sistemi sanitari sono complessi e chi vuole creare una divisione così semplice come "pubblico vs privato" è un cialtrone che ha una chiara agenda politica.

Il mio obiettivo in questo libro è fornirvi tutte le basi sufficienti – evitando le parti più ostiche e noiose che però fornirò in fonte per chi volesse approfondire – per fare le vostre ricerche sui sistemi sanitari e per proporre una riforma radicalmente differente da quella che pare venga chiesta a furor di Popolo, specie non propriamente sotto la Madonnina: una riforma di mercato e fortemente decentrata.

## **Sostieni questo e-book**

Grazie per aver scaricato questo e-book, ti auguro buona lettura.

Dovresti sapere, però, che scrivere un e-book costa tempo e non poco!

Per questa ragione puoi acquistare, per soli 4,29€, questo e-book su Amazon a questo link:

<https://www.amazon.it/dp/B08BG6T7TL>

Nel libro in versione Amazon c'è, come ringraziamento, un capitolo bonus con cinque ulteriori approfondimenti sulla sanità.

Se invece desideri sostenermi in altro modo puoi farlo con PayPal o con bonifico bancario come descritto sul mio sito:

<https://sciretti.eu/posts/2020/06/riforma-bismarck-la-cura-per-la-sanità-lombarda/>

Puoi condividere liberamente questo ebook senza modificarlo e senza trarne profitto.

Se ti è piaciuto, però, mi farebbe molto piacere ricevere un'email da parte tua all'indirizzo [brian.sciretti@gmail.com](mailto:brian.sciretti@gmail.com)

## La storia del modello lombardo

Il modello lombardo nacque nel 1997 a opera di Roberto Formigoni, almeno questo leggerete nella maggior parte degli articoli sul tema. E, da un punto di vista fattuale, è anche vero.

Tale modello si basa, in sostanza, su tre pilastri:

- Parità tra pubblico e privato
- Libertà di scelta per il paziente
- Separazione delle funzioni amministrative e di pagamento, a prestazione, da quelle sanitarie

Questo paradigma, con alcune variazioni, è ancora in vigore oggi. Viene tuttavia fatto passare il messaggio che tale sistema abbia portato alla distruzione della sanità pubblica lombarda, sfavorita a vantaggio del privato.

In linea di massima, finché siamo un unico sistema, non ci sarebbe nemmeno il problema: l'importante è che il servizio ci sia, non chi lo dà. Ma è semplicemente falso che il modello privatistico lombardo sia nato quel giorno per il banale fatto che già ben prima delle riforme di Formigoni in Lombardia esisteva un forte settore privato.

Si pensi solo che Poliambulanza è stata fondata nel 1903, contemporanea della Clinica Gavazzeni (oggi Humanitas), il Gruppo San Donato è stato fondato nel 1952, il San Raffaele nel 1969 mentre il campione è il San Giuseppe di Milano, risalente al 1874.

Tutto ciò venne quasi naturale visto che, sino agli anni '70, in Italia non c'era il Sistema Sanitario Nazionale ma c'era il sistema delle mutue: ogni categoria professionale aveva una mutua dove versare i contributi e le mutue poi pagavano le prestazioni.

Tuttavia un misto di malagestione, spesso politicizzata, una scarsa copertura – alle volte nemmeno tutta la famiglia dell'assicurato – un aumento dei debiti e altre problematiche portarono la politica italiana, sotto la guida di Tina Anselmi, ad adottare un modello denominato Beveridge, di cui parleremo più approfonditamente nei prossimi capitoli, che sostituiva le mutue con un sistema unico: lo Stato paga per ciò che lo Stato offre.

Ma quando nacque il Servizio Sanitario Regionale lombardo tali entità private già c'erano ed erano accessibili ai cittadini: cosa avrebbero dovuto fare i politici regionali, limitare l'accesso a queste strutture solo ai più ricchi?

Questa specialità si notava anche nei rapporti scritti negli anni '70 in vista della creazione del SSN che spesso parlavano apertamente di sanità "in Lombardia e in Italia". In sostanza non era un mistero che il sistema sanitario lombardo avesse delle differenze con quello del resto del Paese.

Fare raffronti diretti tra numeri sarebbe problematico: le tecniche sanitarie sono cambiate e infatti in (quasi) tutto il mondo abbiamo visto un calo dei posti letto poiché in linea di massima abbiamo più possibilità di curare le persone a domicilio, di fare day hospital e di tenere le persone ricoverate per meno tempo rispetto ai tempi in cui le cure erano ancora peggiori ed erano necessarie lunghe degenze.

In ogni caso già dai report del 1995, quindi prima delle riforme di Formigoni, possiamo dedurre come già all'epoca la parte privata contasse abbastanza nel SSR lombardo. In sostanza qui abbiamo da sempre un sistema con una certa componente privatistica e ci siamo trovati a dover sviluppare la nostra sanità tenendo conto di ciò.

Nessuno nega, comunque, che dopo la riforma Formigoni il peso del privato sia aumentato, seppur non in modo abnorme (sempre circa 1/3 dell'offerta sanitaria regionale). Ma ciò è davvero un problema?

Bisogna considerare una cosa importante: il governo Amato, tra il 1992 e il 1993, propose di introdurre il pagamento per prestazione sanitaria in modo da ridurre gli sprechi (L.502/92) e la Regione fu decisamente contenta di introdurre tale sistema.

In questo modo una prestazione viene acquistata e che sia effettuata da un privato o da un ente di diritto pubblico non vi è una reale differenza per l'utente o per il sistema sanitario regionale.

Sono molti, per di più, i sistemi sanitari nel mondo che hanno seguito questa strada di pagamento a prestazione con apertura al privato: lo fecero ad esempio, circa nello stesso periodo, la Svizzera – dove prima i cittadini potevano accedere solo ad alcuni istituti convenzionati oltre che al pubblico – e varie Comunità Autonome della Spagna durante la devoluzione sanitaria.

## **La riforma del 2015 e come funziona oggi la sanità lombarda**

L'apparato qui descritto durò sino al 2015: nel medesimo anno venne approvata la legge regionale 23/2015 che prescriveva un nuovo assetto per la sanità lombarda.

Vennero infatti abolite le ASL e le Aziende Ospedaliere per come sono conosciute nel resto d'Italia e vennero istituiti due enti nuovi:

- L'Agenzia Tutela Salute, con funzioni di negoziazione con gli operatori sanitari per l'acquisto di prestazioni, di vigilanza e di salute pubblica

- L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale, con funzioni di effettiva erogazione delle prestazioni da parte pubblica e che gestisce quindi ospedali, presidi e certe altre strutture sanitarie

Oltre a ciò venne istituito il percorso di presa in carico per i pazienti cronici che consiste, in sostanza, in un contratto con un gestore che si occupa di organizzare il piano terapeutico del malato cronico, prenotargli le visite e “guidarlo” nel sistema sanitario.

Devo ammettere: questa riforma ha dei lati positivi e crea un funzionamento nei fatti imprenditoriali per la sanità lombarda. So che per qualcuno le parole “sanità” e “imprenditoriali” vicine sono un sacrilegio, ma non è così, per esempio molti dei Laender tedeschi gestiscono effettivamente la propria ospedaliera pubblica in forma imprenditoriale e, beh, funziona.

## **Una sanità troppo ospedalecentrica?**

In molte Regioni d'Italia si parla di sanità ospedalecentrica, ossia dove ci si rivolge principalmente agli ospedali per le cure mediche: è una cosa che accomuna, per esempio, Valle d'Aosta, Sardegna e Lombardia, ma la nostra sanità è molto probabilmente la più accentrata sui poli ospedalieri d'Italia, con un ruolo di nicchia anche per i medici di medicina generale e per gli enti territoriali: in Lombardia, per curarsi, si va all'ospedale e il medico di base lo si chiama quasi solo per chiedergli gentilmente di caricarci la prescrizione sul sistema regionale per andare appunto all'ospedale.

Basta ricordare l'organizzazione sanitaria lombarda per dedurre il suo ospedalecentrismo: essenzialmente tutta l'erogazione sanitaria è devoluta o alle ASST o agli enti privati e l'unica cosa di rilievo che dipende dall'ATS è la medicina generale.

Non è un modello sbagliato di per sé, ma è purtroppo molto vulnerabile alle situazioni che oberano gli ospedali. Perché funzioni serve un apparato territoriale forte che possa intervenire quando necessario e la sua assenza, come vedremo, ha creato non pochi problemi.

Inoltre tale sistema, per quanto favorisca anche ospedali di qualità, rende inevitabile l'esistenza di piccoli ospedali un po' trascurati, in quanto sono l'unico presidio territoriale e la popolazione è ostile alla loro sostituzione temendo come risultato un'assenza del servizio sanitario.

## **Errori sistemici: cos'ha lasciato indietro la riforma del 2015?**

Ma tale riforma non è stata tutta rosa e fiori. L'imprenditorializzazione, simboleggiata perfettamente dalla nomina di Giulio Gallera come nuovo assessore, un manager con esperienza, ha lasciato indietro uno specifico settore molto importante, quello della sanità territoriale.

Dopo la riforma del 2015 non venne infatti creato un ente equiparabile alle ASL. Certo, formalmente le ATS hanno compiti di salute pubblica, ma passare dalle 15 ASL alle 8 ATS a parità di competenze per le AO/ASST ha minato tale ruolo, favorendo quello di negoziazione.

Nei fatti la sanità lombarda venne costituita come un sistema in due parti: una "cassa malati regionale" che acquista prestazioni sanitarie da enti, che possono essere pubblici o privati, per poter curare gli "assicurati". Un modello assolutamente buono e convincente, se esiste poi un sistema sul territorio che si cura della salute pubblica e che coordina i vari enti. In Lombardia non è esistito.

E non ha giovato che l'emergenza sia stata gestita largamente da questo personale amministrativo. Anche nelle altre Regioni gli assessori alla salute sono quasi sempre scelti tra personale con conoscenze economiche ma solo in Lombardia la presenza territoriale era quasi inesistente, obbligandoli a improvvisarsi sanitari.

Non bisogna ovviamente scendere nell'antipolitica: un avvocato o un manager, che sia giallo, verde, blu, nero o rosso non saprà mai gestire una pandemia in un sistema del genere.

Qualsiasi riforma della sanità lombarda non può che ripartire da questa considerazione: alla Lombardia manca una proiezione territoriale che, in praticamente tutte le sanità di dimensioni comparabili, c'è.

Dieci milioni di persone sotto un unico ombrello senza autonomie sanitarie ma solo con divisioni amministrative è una ricetta per un disastro: l'Austria delega ai Laender, la Cechia a Regioni e Comuni, il Belgio alle due Regioni, Islanda, Danimarca e Norvegia a regioni sanitarie, la Svezia alle contee mentre la Finlandia addirittura ai comuni.

In Lombardia, sarà che la sanità è già decentrata da Roma, nessuno si interroga su tale punto, tanto banale quanto importante.



## **I successi del modello lombardo e come usarli per ripartire**

In tutto ciò, comunque, non è il caso di demoralizzarci: la sanità lombarda non è affatto male. Abbiamo buoni ospedali, quasi la metà degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e delle stroke unit e, in generale, l'utenza è abbastanza soddisfatta e, per curarsi, resta in Regione mentre più di 160'000 persone scelgono, ogni anno, la Lombardia per le proprie cure, rinunciando quindi alle cure della propria Regione.

Inoltre, nonostante la sanità regionale sia da alcuni paragonata all'America dove se non hai l'assicurazione resti senza cure, in verità solo il 4% delle famiglie vive in situazioni di povertà sanitaria secondo le stime Demoskopika. Sono sempre troppe e si può migliorare, ma comunque denotano una situazione non così tragica.

Diciamoci chiaramente che è ben più semplice partire dall'attuale situazione lombarda, che ha alcune debolezze ma tanti pregi, per costruire una sanità più forte e capace che partire dalla sanità media del centro-sud, che qualcuno spregiudicatamente eleva a modello da cui ripartire, e costruire un qualcosa paragonabile anche solo alla Lombardia odierna.

In generale, tuttavia, chi studia i sistemi sanitari trova alcuni innegabili vantaggi nel sistema lombardo che andrebbero sicuramente conservati.

### **Divisione di compiti**

Il principale punto di forza della sanità lombarda è la divisione di compiti. Non esiste la situazione, normalissima in altre regioni, in cui l'ASL manda gli ispettori all'ASL per controllare l'operato dell'ASL e riferire al direttore dell'ASL che l'ASL sta operando male, che sembra una barzelletta ma non lo è.

Specie in un mondo che in un modo o nell'altro deve comprometersi con la politica tutto ciò è un bene: invece di avere una sola grande lottizzazione i pericoli della gestione politica sono molto più diluiti in un sistema di controlli e contrappesi rispetto alla norma.

Inoltre, la divisione netta tra pagatore e operatore favorisce una buona condotta della sanità: in Lombardia anche gli ospedali pubblici debbono seguire il percorso di accreditamento per lavorare col Servizio Sanitario Regionale e certi ospedali che vediamo nelle notizie da altre parti d'Italia in Lombardia semplicemente non sarebbero accreditati, specie visto che con la divisione interna della sanità non vi sarebbe alcun beneficio nell'accREDITAMENTO incauto.

## **Paziente al centro**

Soprattutto, l'elevatissima libertà di scelta del paziente porta gli operatori a doversi orientare ad esso per ottenere il denaro che egli porta.

Nei sistemi senza tale orientamento spesso le logiche interne al sistema prevalgono su quelle di tutela della salute dei pazienti e l'accessibilità del privato è vincolata ad una rigida programmazione economica regionale.

Fortunatamente la Lombardia ha scelto di rispettare di più le dinamiche di domanda e offerta e di lasciare un certo grado di concorrenza che ha portato all'aumento della qualità e dei servizi offerti sia dal privato che dal pubblico.

## **Modernizzazione**

Questa è una cosa che ammetto che, prima di studiare specificamente il settore, non sapevo: la Lombardia ha guidato la sanità italiana verso modelli migliori di chirurgia e trattamento.

La sanità lombarda è stata tra le prime a introdurre in modo massiccio il day hospital e, poi, a sorpassarlo, alle volte fin troppo duramente, quando ci si è resi conto che certe cose si potevano fare anche senza l'ospedalizzazione ma in regime ambulatoriale specialistico.

Questa è anche una delle ragioni per cui, in generale, calano i posti letto: perché non servono più come una volta. Non so voi ma parlando con i familiari di una o due generazioni più indietro della mia sento di degenze che oggi semplicemente sarebbero folli in quanto a lunghezza.

Ciò non vuol dire di certo che caccino le persone a pedate dagli ospedali: se una persona ha bisogno di starci un mese ci sta un mese, ma vuol dire che si è preferito spendere i soldi di posti letto vuoti per cure migliori.

Ad oggi sembra tragico, certo, visto che sono mancati i posti letto, ma sta di fatto che i sistemi sanitari, solitamente, si sviluppano per le condizioni ordinarie e per curare bene le persone, non per emergenze rare.

## Sanità e decentramento

Un altro tema molto dibattuto è quello della sanità centralizzata. Mi spiace essere così categorico ma se qualcuno vi propone di centralizzare la sanità è un cialtrone e non dovrete ascoltarlo.

La ragione è semplice: la sanità decentrata ha mostrato di funzionare molto meglio di quella centralizzata, sempre, senza eccezioni. Se un'entità decentrata fallisce è molto probabile che sia da decentrare ulteriormente.

Dicono che la sanità decentrata crea differenze, cittadini con cure di serie A e di serie B. E, per carità, è vero.

Ma con la sanità centralizzata quasi sicuramente avremmo tutti cure di serie B. E se la Lombardia non può di certo dire di no ai cittadini italiani che vengono a curarsi lì l'Austria e la Svizzera possono eccome.

Non sto parlando di certo sulla base di nulla: dove c'è stato decentramento ci sono stati miglioramenti, ad esempio in Spagna dopo la caduta del franchismo. Al contempo il NHS inglese, che si basa su uno stretto centralismo – la devoluzione è solo tra le Nazioni Costituenti - ed è il sistema sanitario più grande d'Europa in termini numerici, è ritenuto uno dei peggiori dell'Europa occidentale e offre servizi spesso indecenti e indegni di una potenza nucleare.

Più crescono i numeri di un sistema sanitario e le sue competenze maggiore capacità gestionale serve. Se il NHS inglese fosse un'impresa regolare sarebbe tra le tre più grandi del mondo in termini di dipendenti e gestire un'impresa del genere non è affatto semplice.

Nel mondo sanitario più si accentra più diviene difficile la gestione e la programmazione: non si risponde più all'interesse dei pazienti, si iniziano ad allocare risorse in modo inefficiente e a sprecare i fondi.

Non è un fattore personale, non basta che ci sia “quello giusto” o “quello onesto” a guidarlo: semplicemente guidare una sanità per 1 milione di persone è molto, molto più semplice che guidarne una per 50 milioni. Non a caso le sanità di qualità migliore sono spesso in Paesi piccoli o portano all'estremo il concetto di decentramento.

Quasi tutti gli studi che ho letto sul decentramento concordano su una cosa: le persone dovrebbero partecipare di più perché vi sia più uguaglianza tra cure. In effetti, specie in Italia dove le Regioni alle volte dedicano la maggioranza del proprio bilancio alla sanità, dovrebbe essere facile votare sulla base di quella, ma temo che in alcune regioni la ragione clientelare delle assunzioni e dei regali all'amico dell'amico abbia decisamente surclassato quella delle cure di qualità.

E, mi sia permessa una nota politica, è abbastanza comico che il partito che si batte per la democrazia diretta, ossia il Movimento 5 Stelle, abbia una forte simpatia per la sanità centralizzata nonostante, nei fatti, elimini qualsiasi possibilità di controllo dell'elettore su di essa, sfavorisca la partecipazione al processo di scelta da parte del cittadino e favorisca la partitocrazia nella spartizione delle ASL.

Ma, alle volte, l'ideologia dà un po' troppo alla testa.

## **Pochi tamponi, troppo ospedale e un po' di sfiga: il flop e le sue cause**

Ad oggi non possiamo sapere con certezza quali siano le ragioni dell'alta diffusione di COVID-19 in Lombardia. È quasi certo, però, che il virus fosse presente in Lombardia da ben prima del supposto "paziente 1" e che abbia raggiunto una parte ben più consistente della popolazione di quanto si creda.

Onestamente una mortalità di quasi il 20% è un dato abbastanza ridicolo e non a caso i primi test sierologici hanno mostrato vari casi asintomatici o senza particolari sintomi e molte persone hanno avuto sintomi riconducibili al COVID-19, senza poter sapere per settimane se l'avessero o meno avuto.

Tanti imputano alla delibera sull'accoglienza dei malati in via di guarigione nelle RSA l'alta mortalità in esse ma, ad ogni buon conto, la mortalità nelle strutture per anziani è elevata in tutta Europa, quasi il 50% delle morti in Europa secondo l'OMS. Ovviamente non tutti hanno adottato delibere del genere ed è ben più semplice immaginare che il virus si sia introdotto da un visitatore o da un dipendente quando ancora l'Italia era convinta di essere al sicuro, con i voli dalla Cina sospesi, che durante una presenza isolata di malati negativi in convalescenza. Si tratta, alla fine, della ricerca di un colpevole nelle azioni, dell'attribuire ad ogni azione il suo ruolo nel crollo, anche se magari non c'entra nulla con quanto avvenuto.

Un po' come per l'Ospedale in Fiera che, a quanto sappiamo, non ha causato esborsi da parte della Regione ma solo da parte di donatori privati. Fa comodo attaccare l'Ospedale in Fiera credendo che sia un unicum, mentre in realtà ne sono stati fatti, e son restati vuoti, anche in Campania, nelle Marche, in Francia, in Inghilterra e in Germania.

Tali ospedali sono essenzialmente una variabile neutra nell'equazione: se non ci fossero stati nulla sarebbe cambiato nella risposta dei Paesi che li hanno costruiti ma possiamo in un certo senso giustificare chi li ha ordinati visto che avevamo tutti bene in mente le immagini degli ospedali cinesi pieni e degli ospedali costruiti in pochi giorni dal governo cinese anch'essi riempitisi poco dopo.

Il vero nome del problema lombardo è uno: tamponi.

Altri Paesi ne hanno fatti molti sin dall'inizio tracciando bene il contagio, come Germania e Corea del Sud, ma anche il Veneto, che aveva intenzione di fare tamponi a più persone possibile per scoprire gli asintomatici ed isolarli.

La Lombardia, seguendo le indicazioni dell'OMS e del governo centrale, ha effettuato solo tamponi ai sintomatici a rischio e, paradossalmente, se avesse seguito

le indicazioni del governo centrale sul caso uno non gli avrebbe mai fatto il tampone, che venne fatto sotto la responsabilità di un'anestesista.

Ma oltre alla volontà mancava anche la strumentazione. Per dieci milioni di persone la Lombardia aveva solo tre laboratori. A inizio aprile erano 25, inclusi alcuni. Il Veneto, oltre alla volontà, aveva anche la strumentazione iniziando sin da subito con una decina di laboratori per molti meno pazienti.

### **Laboratori privati e tamponi a pagamento**

Molti dei “gran tamponatori” hanno avuto almeno una di queste due caratteristiche dalla loro parte:

- Una fitta rete di piccoli o grandi laboratori, spesso privati o ospedalieri, che hanno permesso di sviluppare rapidamente un'elevata capacità di test
- Almeno una fase di tamponi a pagamento in cui il rimborso avveniva solo a determinate condizioni come per esempio il contatto con malati o sintomi sospetti

Questo approccio è radicalmente differente da quello adattato dalla stragrande maggioranza dei sistemi sanitari regionali d'Italia, appoggiati dal governo centrale italiano: noi abbiamo puntato a fare il tampone solo a pochi, sintomatici e persone a contatto con essi, lasciando quindi spazio a numerosi contagi interfamiliari, in altri Paesi fare il tampone era un normalissimo esame fattibile privatamente e lo Stato – o il sistema assicurativo – interveniva solo in determinati casi.

Ciò ha permesso di fare molti tamponi quando c'era il bisogno semplicemente acquistandoli da chi poteva farli, mentre in Italia si è tentato in principio di tenere fuori il privato dall'affare tamponi e quando è stato proprio necessario integrarlo lo si è fatto equiparandolo al pubblico.

Pare, in sostanza, che sia stato messo al primo posto non tanto l'interesse di fare tanti tamponi ma l'impedire che qualcuno potesse trarvi del profitto. Tale assetto ha palesemente fallito e tenerlo in mente vi farà capire, nei successivi capitoli, le ragioni delle riforme proposte e di come possano essere utili nel miglioramento della sanità regionale.

### **L'ospedalecentrismo e il suo ruolo nella diffusione**

Anche l'eccessiva ospedalizzazione ha avuto quasi sicuramente un ruolo nella diffusione del virus e, ancor peggio, ha permesso la diffusione in luoghi dove le persone sono spesso deboli e ben più suscettibili all'infezione.

Per mesi l'indicazione governativa è stata proprio di preferire ai trattamenti domiciliari il ricovero in ospedale. Alcuni di essi sono poi diventati dei focolai che

hanno fatto uscire, complice la scarsità di tamponi, il virus infettando ancora più persone che giungevano negli ospedali, creando nuovi focolai e ripetendo il ciclo all'infinito.

Non è un caso, per di più, che molti degli ospedali-focolai siano in effetti piccoli presidi territoriali della provincia, non solo in Lombardia ma anche in Emilia-Romagna.

## I sistemi sanitari: come funzionano e quali sono

Quali sono i sistemi sanitari nel mondo? Penso che molti risponderebbero che esistono la sanità pubblica, che è bella e ha i fiorellini perché cura tutti, e la sanità privata, gestita da qualche personaggio che somiglia all'omino del Monopoly e che cerca solo il profitto alle spalle dei pazienti.

Ma la realtà è, ovviamente, molto differente e più complessa. Ogni sistema sanitario ha le proprie caratteristiche autonome ma, in estrema sintesi, possiamo effettuare una distinzione fondamentale in questo modo: tra chi paga e chi fornisce, escludendo ovviamente le ipotesi di sanità di libero mercato fondate sul pagamento diretto del paziente per le proprie cure.

	Fornitore pubblico (o assimilato)	Fornitore privato (o assimilato)
Pagatore pubblico unico	Sistema Beveridge	Sistema di mutua nazionale
Pagatore privato o mutualistico		Sistema Bismarck

Distinguere pagatore e fornitore è molto importante ed è fondamentale nelle analisi sanitarie e praticamente la definizione di sistema sanitario tiene molto più in conto come funziona il finanziamento che chi sia il fornitore effettivo.

### Sistema Bismarck

Il sistema Bismarck venne ideato dal cancelliere Ottone di Bismarck negli anni 1880 e prevedeva tre pilastri semplici:

- Corporativismo: ogni categoria professionale ha una propria mutua dove i lavoratori versano i contributi
- Solidarietà, in modo che più persone possibili avessero la copertura sanitaria
- Sussidiarietà: intervento del governo mirato solo per assistere i più deboli e al livello più basso possibile.

Le mutue poi finanziavano le cure dei propri assicurati.

Tale modello non era perfetto, portando dunque alla nascita del modello descritto nel prossimo capitolo, ma ebbe molta capacità di migliorarsi negli anni: al giorno d'oggi poche delle caratteristiche del Bismarck originale lo caratterizzano ancora e si parla di Bismarck, o ancor più tecnicamente "Modello delle Assicurazioni Sociali Obbligatorie", quando è previsto un sistema in cui la sanità non viene finanziata direttamente dalla tassazione generale ma tramite contributi lavorativi.

La maggior parte dei modelli Bismarck, oggi, prevede la libertà di scelta della mutua, con la notevole eccezione dell'Austria che ha ancora oggi un legame tra lavoro svolto e mutua da finanziare.



In alcuni sistemi di tipo bismarckiano esiste formalmente un sistema unico di cassa malati dove le varie mutue, in più o meno concorrenza, esistono, mentre altri ritengono le mutue delle normali imprese private, alcuni Bismarck offrono una copertura pubblica di base mentre altri no: esistono quindi varie possibilità di implementare un sistema del genere.

Ciò che accomuna i sistemi è essenzialmente uno scarso controllo statale: il finanziamento avviene principalmente tramite contributi dei lavoratori e molto spesso, ma non sempre, anche se un ospedale è gestito dallo Stato o da un ente pubblico non gode di uno status speciale solo per questo ma deve competere al paro degli altri.

## **Sistema Beveridge**

Dopo la seconda guerra mondiale nel Regno Unito venne introdotto un nuovo modello: invece di districarsi tra mutue, ospedali e simili si decise per un modello apparentemente più semplice: lo Stato gestisce tutto e chi si cura va semplicemente sul bilancio unico senza dover fare troppi calcoli,

Tale sistema venne adottato anche in Italia negli anni '70 e vari sistemi sanitari, come quello francese, vi si ispirarono fortemente.

L'idea fondamentale è una: la sanità non è un servizio che si ottiene pagando contributi ma un diritto da cittadini, come tale lo Stato deve garantirlo senza problematiche di bilancio. La maggior parte degli operatori è pubblico e dove opera il privato opera a pari condizioni col pubblico, equiparato ad esso.

Tuttavia le cose sono andate diversamente e i sistemi Beveridge hanno iniziato tendenzialmente a perdere in qualità, escludendo quelli scandinavi che però hanno marcate caratteristiche bismarckiane, forte decentramento e un'alta spesa sanitaria.

## **Sistema della mutua nazionale (esiste davvero?)**

Ci sarebbe anche un terzo sistema, quello della mutua nazionale: in sostanza invece di tante mutue ce n'è una sola che opera per tutti e che paga le cure ai cittadini.

Ma esiste davvero? Al fine pratico, almeno nel mondo occidentale, no: questi sistemi tendono così tanto ad un altro sistema che finiscono col perdere la propria specialità.

Per esempio persino la Germania ha formalmente un sistema unico a cui aderisce circa il 90% della popolazione – il resto ha un reddito alto e segue assicurazioni for profit e basate su indici di rischio – ma esiste varia concorrenza tra le casse malati: sarebbe abbastanza assurdo parlare di un'unica cassa in un sistema del genere.

Parimenti anche il Canada è formalmente una mutua nazionale ma essa paga essenzialmente solo ospedali pubblici, creando ad ogni fine pratico un sistema Beveridge.

Fuori dal mondo occidentale esistono invece sistemi di mutua nazionale tali per davvero come a Taiwan, mentre in Europa spesso si definiscono “mutue nazionali” sistemi misti come quello francese e ungherese, che hanno caratteristiche particolari ma son solitamente classificabili anche nell’ordinario.

## **La Lombardia dov’è?**

Leggendo queste righe la Lombardia ha una classificazione sicuramente di tipo Beveridge: la sanità viene finanziata tramite la tassazione generale ma ha anche caratteristiche bismarckiane evidenti, quali l’equiparazione tra pubblico e privato in un senso più privatistico e la libertà di scelta del paziente nelle cure.

La sanità lombarda tiene, in pratica, il piede in due scarpe: ha un finanziamento palesemente beveridgeiano ma un’erogazione quasi bismarckiana. Ciò porta ad avere alcuni vantaggi di entrambi i sistemi, per esempio vi è accessibilità universale con al contempo un’elevata libertà di scelta del paziente, che è “sovrano” e porta il sistema ad adattarsi a lui.

Ma ovviamente vi sono anche i difetti: i tempi d’attesa sono abbastanza lunghi, problematica tipica dei sistemi beveridgeiani, se si vuole andare velocemente bisogna pagare di più, istituendo nei fatti un sistema con una franchigia, tipica bismarckiana.

Ciò ha contribuito alla situazione lombarda? No ma sì, almeno in teoria non vi è alcuna questione insita in un sistema misto che lo rende meno resistente ad un’epidemia ma in pratica l’applicazione di tale sistema misto togliendo le ASL e creando ATS e ASST sì.

Questa è una delle ragioni per cui fare una scelta precisa è, al giorno d’oggi, un’opzione sempre più interessante e sensata, seppur bistrattata nel dibattito politico per motivi abbastanza semplici da immaginare: l’opposizione ha deciso di attaccare “il privato” senza precisazioni sfruttando i pregiudizi degli italiani, la maggioranza, beh, non ha molte ragioni per cambiare il proprio stesso sistema.

## **Bismarck batte Beveridge: ragioni di una vittoria non annunciata e di una convergenza pratica**

La lezione è chiara: bisogna rimuovere i politici e altri dilettanti dai processi decisionali e operativi di quella che può essere tranquillamente la più complessa industria sulla faccia della Terra: la sanità!

Euro Health Consumer Index, edizione del 2018

Ma quale dei due sistemi è migliore? Al giorno d'oggi l'evidenza punta su Bismarck. Il rapporto Euro Health Consumer Index, dal 2014, parla di una caratteristica permanente dei sistemi sanitari d'Europa: "Bismarck batte Beveridge".

Ovviamente parliamo di tempi in cui i sistemi tendono a convergere: come accennavo brevemente al giorno d'oggi quasi tutti i sistemi Bismarck hanno caratteristiche beveridgeiane e quasi tutti i Beveridge hanno elementi bismarckiani e la differenza è fatta principalmente dal sistema di finanziamento.

Questa è una cosa da ricordare nel parlare di sanità: non esiste una divisione rigida, né che sia "pubblico vs privato" né "Bismarck vs Beveridge". Secondo gli analisti vi è sempre maggiore convergenza tra i due modelli, ma vi è sufficiente distinzione per parlare ancora di separazione.

In ogni caso: per quali ragioni Bismarck tende a fare meglio di Beveridge? Essenzialmente perché favorisce una gestione migliore a livello intrinseco.

### **Gestione: Beveridge monocentrico, Bismarck policentrico**

Una delle caratteristiche più spiccate di Beveridge è l'aver "un sistema", una struttura rigida quindi. Vi è sempre una "catena di comando" e, alla fine, anche il più piccolo ospedale di provincia dipenderà da una qualche entità centrale.

Sembra un bene ma non lo è: come spiegavo alcuni capitoli fa più un sistema è grande più richiede competenze per gestirlo, cosa non facile da trovare specie nel settore pubblico.

Immaginate di prendere il vostro medico di base e metterlo a capo di un intero sistema sanitario: potrà essere anche la persona più brava e integerrima del mondo ma qualche difficoltà ce l'avrà. E forse ben più di qualche.

Questa è anche la ragione per cui in linea di massima i sistemi sanitari Beveridge più sono decentrati – come in Scandinavia - meglio funzionano: organizzare meglio è semplice sul piccolo livello.

Se la sanità ha un'organizzazione dal basso è ben più efficiente: gli ospedali fanno gli ospedali, i medici di famiglia fanno i medici di famiglia, le case di cura fanno le case

di cura e il finanziatore fa da finanziatore, ognuno fa il meglio che può fare senza doversi curare di ciò che fanno gli altri.

Tale sistema può esistere in Beveridge? Certamente, ma accade molto meno spesso che in Bismarck, dov'è invece praticamente l'essenza del sistema stesso.

### **Politica: in Beveridge pesa troppo, troppo spesso**

Si parla spesso del problema delle ASL lottizzate, ossia comandate a fini politici e non sanitari. Ed è un problema reale che esiste in tutta Italia e quasi sicuramente anche in altri Paesi.

In effetti, diciamocelo apertamente, se date un sistema in gestione ai politici non potrete aspettarvi che sia gestito non da persone di fiducia dei politici. Si chiama "spoils system" ed esiste da quando esistono servizi pubblici, anche senza voler vedere per forza le clientele e presumendo la buona fede è ovvio che un politico che vuole applicare una determinata visione del servizio scelga un amministratore che condivide la sua visione.

Poi, chiaramente, questo discorso ha senso per gli alti amministratori mentre si tramuta in pura manovra politica quando ad essere sostituito è l'amministratore dell'ospedalino di provincia.

Ancor peggio, ed è forse la principale questione "pratica" per cui Bismarck tende a superare Beveridge è che un sistema pienamente in mano politica può essere usato molto facilmente per scopi politici: gli ospedali vengono costruiti dove conviene elettoralmente e non dove conveniente a livello sanitario, le assunzioni iniziano ad essere mirate all'ottenimento di voti e non alla soddisfazione delle necessità sanitarie, con evidenti casi di nepotismo e clientelismo, cosa che esiste soprattutto, come testimonia anche una breve ricerca sulle notizie, nel Meridione ma che ha anche estensioni al Nord, per dimostrare che, per quanto ovviamente abbia più presa dove la disoccupazione è alta, è un problema sistemico.

In sostanza poco ci vuole, senza leve concorrenziali come quelle lombarde, per perdere rapidamente il focus del sistema sanitario, che dovrebbe essere curare le persone, in favore di altri obiettivi più succosi a livello elettorale. Per esempio una persona, per di più con un tono molto strafottente e come se parlasse per verità rivelata, mi disse che qualsiasi ipotesi di privatizzazione era follia perché "il privato è inefficiente".

La ragione? Il fatto che alcune cliniche nell'Italia centrale abbiano messo in cassa integrazione il personale amministrativo nei primi mesi di emergenza COVID-19. Magari quelle cliniche sono ottime, ammetto di non conoscere la sanità locale ma una breve ricerca su Google pare dire bene, ma secondo qualcuno per il solo fatto che

hanno messo in cassa integrazione – nemmeno licenziati! - dei dipendenti non utili durante una pandemia bisogna trarre dei giudizi.

Non serve essere thatcheriani per capire che molti vedano il paziente più come una “vittima” della sanità che dev’essere sottoposto ad essa come deciso dai politici che come il protagonista, come dovrebbe essere invece in una sanità sana.

### **Tempi d’attesa, perché sono ridotti?**

I sistemi Bismarck sono noti per avere ottimi tempi d’attesa mentre i sistemi Beveridge, anche quelli scandinavi, zoppicano un po’ quando si tratta di cure in tempi rapidi.

Sia chiaro: anche Bismarck, quando si tratta di alcune terapie particolari e poco disponibili può avere attese elevate, ma nella stragrande maggioranza dei casi ha tempi d’attesa molto bassi.

Molti identificano tra le ragioni dei tempi molto veloci l’alta spesa sanitaria di alcuni Paesi bismarckiani, circa il 10% del PIL, ma è solo una concausa. Basti pensare che anche Paesi come la Norvegia e il Regno Unito spendono circa quella percentuale su PIL ma hanno problemi più o meno accentuati con le liste d’attesa.

Come controprova basta vedere la Cechia: pur spendendo circa il 7% del PIL in sanità offre, secondo le statistiche della Commissione europea, tra le liste d’attesa più corte d’Europa. Certo, non siamo ai livelli di “tempi d’attesa virtualmente nulli” come per Svizzera o Germania, ma comunque fanno meglio di Paesi ben più generosi nel finanziamento alla sanità.

Ma, allora, come mai tale sistema offre visite rapidamente? Perché funziona essenzialmente sul principio “tu vai, poi pago io”. Ovviamente non tutti i sistemi sono identici, alcuni hanno un “gatekeeper”, ossia una figura che si accerta che la visita sia necessaria, mentre altri no e permettono di andare direttamente dallo specialista mentre altri ancora permettono di andare direttamente dallo specialista pagando di più la propria assicurazione.

In ogni caso non c’è un’enorme lista di visite che lo Stato rimborsa e di visite che invece sono private come accade oggi nella stragrande maggioranza dei Beveridge: la persona può andare a farsi vedere e la visita viene coperta dall’assicurazione.

Somiglia un po’ al principio, ed è una cosa che approfondiremo bene, alle odierne mutue integrative: si va come privati ma paga qualcun altro. I più accaniti sostenitori del libero mercato faranno sicuramente notare che con l’intermediazione delle mutue i costi si alzano perché non c’è una convenienza del paziente e del medico a negoziare.

Ed è vero, per carità, ma i sistemi quasi sempre prevedono misure che favoriscono un uso giusto della sanità quali franchigie o pagamenti parziali. Bisogna, ovviamente, trovare un compromesso tra copertura e costi.

## **Mercato e decentramento: perché servono alla Lombardia?**

Abbiamo già appurato come la particolarità del sistema sanitario lombardo sia un qualcosa che esiste da tempo e di come certi fattori vadano tenuti in conto nello scrivere una riforma.

Credo che i principali fattori siano sicuramente solidarietà, ossia fare in modo che tutti abbiano una buona copertura sanitaria, accessibilità, ossia fare in modo che tutti possano effettivamente accedere alla sanità senza tempi d'attesa inaccettabili, e rappresentanza sul territorio, per correggere gli errori che hanno reso la sanità troppo ospedalocentrica.

Per farlo, vari esempi nel mondo l'hanno dimostrato, servono due componenti importanti: mercato e decentramento.

### **Il mercato per una sanità più accessibile**

Iniziamo parlando di mercato: per quale ragione dovremmo voler più logiche di mercato nella sanità? Perché, nonostante il sentore comune del “fuori i privati dalla sanità perché non si deve fare profitto sul dolore”, in realtà funzionano abbastanza bene e, soprattutto, li abbiamo già e se li togliessimo dal sistema creeremmo un'eccessiva disparità tra chi può permettersi di andare dal privato e da chi può usare solo il pubblico, tradendo quindi tutti i principi solidali alla base dei sistemi sanitari.

Negli ultimi anni l'Italia ha visto un aumento nel settore delle mutue integrative, i sindacati le vogliono nei contratti e piacciono un po' a tutto lo spettro politico.

Ma perché tale mutua dovrebbe essere un privilegio solo per chi ha un buon contratto? Sarebbe semplice introdurre un sistema in cui tutti sono coperti da una mutua di libera scelta che viene finanziata dal bilancio regionale proporzionalmente col reddito e dall'assicurato nella restante parte. Si tratterebbe, alla fine, di una variante del modello olandese, dove lo Stato assicura le persone per le lungodegenze lasciando al mercato ciò che più serve come le visite e le prestazioni ordinarie, offrendo ai cittadini una sanità, largamente privata, con molte eccellenze.

In Lombardia il privato non si è mai dimostrato un ostacolo all'accessibilità del sistema ma anzi un punto di forza: da anni esiste il concetto di privato agevolato che offre servizi a prezzi poco superiori rispetto al ticket ma a tempi ben più bismarckiani. Tuttavia, pur favorendo un'accessibilità generale più alta, lascia fuori le fasce più deboli, quelle che sono esenti dal ticket e che devono scegliere se curarsi pagando o attendere i tempi della sanità regionale.

Un sistema più aperto al mercato come quello che descriverò potrebbe favorire nettamente questa parte della popolazione in almeno due modi: essendo in linea di massima molto più veloce la scelta pubblico-privato sarebbe meno necessaria e, soprattutto, potrebbe esistere anche un'opzione pubblica a prezzo controllato esclusivamente per chi non può pagare franchigie o simili che sfrutta proprio la minore domanda – solo chi ha particolari necessità economiche – unita ad un certo spostamento della domanda verso il privato.

In sostanza siamo una regione di persone abbastanza autonome in sanità: l'autorità pubblica dovrebbe concentrarsi sulla sanità territoriale, sulla sorveglianza della concorrenza e nell'assistere chi non può provvedere per sé stesso.

Anche nella gestione ospedaliera puntare più al mercato aiuterebbe: la gestione degli ospedali lombarda, con la separazione dalle ATS, è sicuramente molto migliore di quella di tante altre regioni ma potrebbe dare molto di più se fatta meglio.

La ragione è semplice: il pubblico deve seguire criteri oggettivi nel pagare i suoi dipendenti, non può differenziare più di tanto tra un luminare che fa dieci visite ottime e un medico uscito di pura fortuna dall'università che fa dieci visite.

Una gestione più aziendalizzata, anche solo di una parte del sistema ospedaliero pubblico, permetterebbe invece di valorizzare meglio le doti dei medici, pagando sì l'ospedale a prestazione ma pagando il professionista in base al proprio contributo all'ente sanitario, un po' come accade negli Stati Uniti con la Mayo Clinic. Per di più l'idea di ospedali pubblici gestiti privatamente non è nulla di particolarmente neolibera: non sono pochi i Länder della Germania dove esistono aziende possedute dal governo che gestiscono gli ospedali, agendo però come imprese per tutto il resto.

## **Il decentramento per una sanità partecipativa**

Non si può parlare di fallimento della sanità territoriale lombarda visto che, nei fatti, non esiste al momento. Dunque, come crearla?

Il segreto è il decentramento e una maggiore partecipazione popolare. Pensate ad una cosa: il Baden-Wuerttemberg, di popolazione simile a quella lombarda, ha un ufficio sanitario per ogni circondario (kreis), portando il totale a quasi 40.

Paragonandolo alle otto ATS lombarde non stupisce che tali "Gesundheitsamt" abbiano gestito molto meglio le cose: coordinare le cose su questi livelli è ben più semplice.

Ma chiaramente la Lombardia non ha avuto sempre otto ATS: c'era un momento della storia sanitaria, prima del 1993, in cui c'erano 85 USSL. Erano forse tantine,



sarebbero più degli uffici della Baviera, ma almeno garantivano un coordinamento territoriale migliore.

Poi sono iniziate le riduzioni numeriche, che hanno quindi aumentato il numero di persone per entità: 44 ASL nel 1993, 15 nel 1997 e 8 oggi, ma senza le caratteristiche che solitamente le ASL hanno.

E non è la cosa peggiore. La proiezione territoriale è, in tutte le Regioni, nei fatti una proiezione politica, visto che i direttori sono di nomina del governo regionale.

Queste due cose creano assieme un pessimo combinato disposto: oltre ad una sanità poco vicina al territorio si crea una sanità poco legata ad essa e più vicina alle sale del potere che a quelle operatorie.

La soluzione ideale? Rendere la sanità territoriale locale e partecipativa. Provate a immaginare se al posto di qualche ufficio nelle ATS essa fosse rappresentata da consorzi locali che sono autonomi nell'organizzarsi e che nominano i propri dirigenti sotto supervisione di sindaci e consiglieri comunali dei comuni coinvolti.

Sicuramente il controllo politico sarebbe minore – non sarebbe un monocolora a decidere ma un insieme di varie entità di vari colori – e vi sarebbe un maggior impegno nel dare il servizio nel modo corretto, contando che in un sistema del genere il servizio non è “tutta la sanità” ma specifiche cose come il coordinamento dei fornitori di prestazioni sanitarie sul territorio, la prevenzione e il tracciamento delle malattie infettive o l'assistenza a certe fasce delle popolazioni come gli indigenti o i minorenni.

Non è affatto impossibile: è la scelta di vari Länder della Germania, che, pur mantenendo una base centrale, delegano la gran parte dei propri compiti ai circondari. In Lombardia non li abbiamo ma possiamo crearli esplicitamente per lo scopo.

Dare più potere ai territori, più responsabilità agli enti locali e ai cittadini e meno ad amministratori mandati da un'entità che spesso nemmeno conosce è una misura che ha dimostrato di funzionare in vari Paesi e di semplice buonsenso, senza particolare carica politica che può quindi soddisfare, una volta tolto il velo del populismo e del berciare per fare follower, ampie parti della società lombarda.

## **Una modesta proposta di riforma**

Come mettere, quindi, in pratica tutto questo senza sconvolgere totalmente la sanità lombarda ma correggendone i problemi?

Personalmente ritengo valido, seppur deficitario, il modello della riforma del 2015 e che come tale non vada buttato del tutto via ma, anzi, sviluppato in modo migliore. Soprattutto, è il modello che già abbiamo ed è ben più facile partire da ciò che si ha, per chi non fosse particolarmente fan di detta riforma.

Soprattutto ritengo validissimo i “tre pilastri del modello lombardo”, che per chi non ricordasse sono parità pubblico-privato, libertà di scelta per il paziente e separazione dei poteri ed è ben probabile che le mancanze che esistono nella sanità lombarda derivino più da mancanze nell’applicazione di tali principi, ad esempio nomine politiche o scelte limitate al settore pubblico – come nel caso già analizzato dei tamponi – che ad effettivi problemi dei presupposti del modello lombardo.

Chi vuole farvi credere che il modello lombardo sia marcio sin dalle fondamenta molto probabilmente desidererebbe una sanità senza supervisione e totalmente in mano a politici che fanno il bello o il cattivo tempo, ben peggiore di ciò che abbiamo oggi.

Credo dunque che qualsiasi riforma debba essere delicata, non deve sconvolgere il sistema ma rafforzarlo. Tanto, se funziona bene, si può usarla come primo passo per fare di più.

### **Maggiore divisione tra pagatore e pagato e introduzione di una componente assicurativa**

Dividere chi paga per le prestazioni e chi le effettua è bene, in quanto favorisce un certo controllo tra le varie componenti del sistema sanitario e un minimo qualitativo che in un sistema dove tutto entra nello stesso bilancio non ci sarebbe mai.

Ma l’entità della divisione si riduce quando i direttori sono nominati dalla stessa entità, ossia la Regione.

Personalmente ritengo un bene che l’ATS abbia vertici di nomina regionale, specie se si applica la riforma territoriale descritta nel prossimo capitolo. Tuttavia rivedrei il sistema ospedaliero, slegandolo almeno parzialmente dalla Regione.

Non voglio inneggiare alla totale privatizzazione: se gli ospedali pubblici funzionano è una misura impopolare e i cui costi potrebbero superare i benefici. Ma dovremmo differenziare la gestione.

Una possibile opzione è lasciare gli ospedali pubblici col sistema attuale ma chiedere un consenso tra le entità territoriali e la Regione per la nomina degli amministratori, oppure delegare direttamente, pur con le separazioni attuali, tale onere alle entità locali.

Per i più imprenditorialisti si potrebbe istituire anche un'azienda semipubblica che gestisce alcuni ospedali aumentando la concorrenza, un po' come i vari gruppi di sanità pubblico-privata tedeschi menzionati in precedenza, ma farlo integralmente riproporrebbe in larga parte le dinamiche attuali di parziale monoliticità e controllo politico.

Sicuramente chi di voi ha una formazione economica troverà decine di altri sistemi che possono produrre risultati simili: municipalizzazioni, elezioni popolari, vendite, sono sicuramente tutte valide ma richiederebbero quasi sicuramente un radicale cambio del sistema rispetto a quello tranquillo auspicato nelle premesse.

### **Visite più veloci con le mutue?**

Una considerazione va fatta però sui tempi d'attesa: in tutta Italia sono lunghi, anche se solitamente in Lombardia non così tanto. Si può fare qualcosa?

Certamente. Possiamo guardare ai Paesi Bassi dove un'ampia parte della sanità è delegata ad assicurazioni private. Ma non parliamo del sistema americano ma di un'eccellente applicazione di Bismarck che si applicherebbe molto bene all'attuale sistema lombardo che prevede la presa in carico dei pazienti cronici.

In sostanza nei Paesi Bassi la sanità universale è divisa in due compartimenti: il primo si occupa delle cure a breve termine quali visite dal medico di medicina generale, gli interventi ordinari e simili ed è privato, con assicurazioni sottoposte a vincoli paragonabili alle nostre mutue integrative, mentre le lungodegenze e le situazioni croniche sono coperte da una mutua unica di Stato, con la stragrande maggioranza delle erogazioni presso istituti di diritto privato.

In sostanza si coniuga il vantaggio bismarckiano delle cure veloci con una struttura statale per alcuni casi dove essa offre un sistema migliore. Tali assicurazioni, nei ricchi Paesi Bassi, non hanno affatto costi esagerati: partono da un centinaio di Euro al mese.

E se anche la Lombardia adottasse tale sistema?

Una parte della sanità resterebbe finanziata direttamente con la tassazione generale e le ATS continuerebbero nei propri compiti ponendo particolare enfasi sulla presa in carico e sul negoziare prestazioni per i malati cronici.

Mentre il sistema assicurativo, a costi contenuti e sotto controllo di un'autorità il quanto più possibile indipendente, con chiari obblighi di accessibilità e in leale concorrenza, offrirebbe a chiunque la possibilità di accedere ad esami, visite e cure acute a tempi ragionevoli.

Esse potrebbero anche divenire dei business profittevoli, come accade in vari Paesi della Mitteleuropa, non offrendo una sanità migliore a chi paga meglio ma servizi migliori come consulenze, camere singole in ospedale, programmazione sanitaria e simili. Si può poi discutere se siano ammissibili assicurazioni for profit: valutando che esistono già sul mercato penso che sia sensato mantenerle, purché rispettino le disposizioni applicabili a tutte le assicurazioni.

Nei fatti un sistema del genere sarebbe un'estensione dell'assistenza sanitaria integrativa e sarebbe auspicabile che le società che hanno esperienza vengano favorite nell'ingresso nel nuovo mercato e tra esse, oltre alle società del mutuo soccorso che sono per definizione no profit, ci sono anche quelle for profit.

Tali società avrebbero anche un beneficio o a negoziare o a pagare la tariffa di libero mercato. Sono tanti, infatti, i casi in cui una prestazione costa più al SSN di quanto costerebbe al privato pagato subito.

Sia chiaro, le assicurazioni non sono perfette e creano costi amministrativi, in tutto il mondo. Negli Stati Uniti d'America questo è un grave problema mentre nei sistemi Bismarck europei meno: le due sponde sono infatti ben divise visto che negli Stati Uniti le assicurazioni agiscono in un regime quasi oligopolistico mentre nei Bismarck europei lo Stato ha un compito di sorveglianza e facendo tutti parte, comunque, di un sistema unico i costi si riducono e vengono ampiamente coperti dalla qualità migliore del sistema.

L'acquisto in tal modo avviene già in molti casi: le mutue odierne negoziano quando comperano in massa e ottengono quindi costi minori per i propri assistiti mentre quando non hanno una convenzione pagano direttamente. Non hanno grande convenienza, diciamo, nel pagare 200€ una prestazione che al privato costa 90€, per quanto è prevedibile che se tutto avvenisse per vie di mercato tali prezzi aumenterebbero, ma difficilmente supererebbero, in una negoziazione, i prezzi attuali.

Già oggi, ad esempio, per molte prestazioni, specie sotto i cinquanta euro, l'esborso privato conviene di più rispetto al SSN. Diventa quindi sempre più evidente come l'attuale modello sia parecchio obsoleto e da rivedere pesantemente.

Ovviamente un sistema del genere può prevedere misure, esattamente come le prevede oggi il SSN, contro l'uso eccessivo della medicina difensiva, quali la

necessità di passare da un medico di medicina generale o, per alcune prestazioni, da uno specialista, o una franchigia che non sia punitiva per l'utente ma semplicemente favorisca un uso corretto e responsabile della sanità, con esenzioni per prestazioni particolari e necessarie.

## **Riforma della sanità territoriale**

Il territorio dovrebbe essere messo al centro della sanità lombarda. Riprendere una struttura simile alle ASL dei tempi che furono non vuol dire rinunciare all'apparato sopra descritto ma integrarvi una componente territoriale solida come in sistemi che si sono dimostrati migliori del nostro.

Dovremmo dunque ripristinare delle entità sanitarie locali di dimensioni moderate e rappresentanti un territorio sensato. A tali entità dovrebbero essere assegnati compiti di salute pubblica e non di sanità, gestiti dal sistema sopra descritto.

Cosa si intende come compiti di salute pubblica? Ad esempio il coordinamento delle varie entità sanitarie in emergenza, il tracciamento epidemiologico, ordinario e straordinario, l'indirizzamento di problemi socio-sanitari locali e la gestione della salute mentale.

E mi permetto di dire che tali entità dovrebbero essere libere da influenze centrali. Dovrebbero rapportarsi con la Regione tramite le ATS ed essere gestite in modo meritocratico e con un controllo, magari tramite assemblee elettive e tavoli condivisi, dai medici locali, dagli amministratori locali e dalle unità sanitarie presenti sul territorio.

Tale misura aumenterebbe in modo mostruoso il controllo reciproco che già oggi è abbastanza presente nella sanità lombarda: non sarebbe più solo tra ATS e ASST (e assimilati privati) ma anche tra queste entità che avrebbero tutto il beneficio a fare in modo che la sanità del territorio funzioni e, soprattutto, ridurrebbe il controllo di una singola parte politica sul sistema dando più potere partecipativo alle entità locali e ai relativi politici eletti.

Fare "i magheggi" richiederebbe un livello di consenso molto più elevato rispetto a quello odierno e sarebbe quindi più semplice scoprire manovre losche.

In pratica si aumenterebbe nettamente il controllo della cittadinanza sull'andamento del sistema sanitario e la responsabilità degli amministratori innanzi al pubblico.

## **E in tutta Italia?**

Una riforma del genere, chiaramente, sarebbe benefica in tutta Italia, non solo in Lombardia. Tuttavia la Lombardia ha due cose che il resto d'Italia non sempre ha: un sistema privato già sviluppato e competitivo e una mentalità più aperta sul tema.

Ovviamente ciò non vuol dire che i lombardi non riconoscano le debolezze della propria sanità, altrimenti non starei scrivendo questo ebook ma un'ode al Celeste. Semplicemente sappiamo che il privato è parte del nostro sistema, che resterà tale e che è un bene che ci sia, dunque bisogna fare miglioramenti sul settore per renderlo più accessibile.

Il resto d'Italia, invece, è più scettico e tende ad attribuire tutte le problematiche della sanità lombarda "al privato", senza analizzare realmente le questioni che riguardano l'organizzazione e basando le proprie proposte su mera ideologia, alle volte con malcelati sentimenti clientelari, e non su dati reali e pratici come quelli mostrati in questo ebook.

Se una riforma del genere deve avvenire non può che partire dalla Lombardia, che ha non solo l'infrastruttura ma soprattutto la conoscenza e, almeno parzialmente, la volontà. Quando mostreremo i miglioramenti anche il resto d'Italia potrebbe seguirci.

Ma, nel mentre, dal mondo politico italiano vedremo la più strenua opposizione. Invece di dividerci e seguire le correnti ideologiche di chi vorrebbe rovinarci dovremmo invece unirici, ottenere una riforma che migliori la nostra sanità e la sua rappresentanza sul territorio anche a costo di slegarci completamente dal filone della politica italiana.

## Fonti utilizzate nella redazione del testo

- L'EVOLUZIONE DEI MODELLI SANITARI INTERNAZIONALI A CONFRONTO, AIOP Giovani, 2016
- La sanità italiana e quel gap persistente tra Centronord e Mezzogiorno, YouTrend, 2019
- “Il Servizio Sanitario Regionale della Lombardia”, Dott. Martino Massimiliano Trapani per l'Università degli Studi di Milano
- La descentralización de los servicios sanitarios y los resultados en salud: evidencia de un experimento natural, Asociación de Economía de la Salud, 2018
- Organization and financing of public health services in Europe: Country reports (Germany), Klaus D. Plümer, 2018
- Overview of the Healthcare Systems in the Nordic Countries, Health Management, 2010
- La spesa sanitaria negli ultimi anni non è calata, Truenumbers, 2020
- The Dutch Healthcare System, National Health Care Institute, Governo dei Paesi Bassi
- La sanità integrativa, GIMBE, 2019
- Il sistema sanitario svizzero funziona?, Julia Crawford per RSI, 2017
- Fondi sanitari integrativi: vantaggi del non profit, Massimo Campedelli su MutuaOggi, 2017
- The Lombardy Healthcare System, Elenka Brenna, Unicatt
- Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? , J.Kutzin, 2011, WHO
- Euro Health Consumer Index, 2018, Health Powerhouse
- Compendio del SSN, anno 1997
- Annuario Statistico del SSN, anno 2017

# Ringraziamenti

Desidero ringraziare per aiuti, ispirazioni, riletture e correzioni:

- Lorenzo Torri
- Alessandro Pecoraro
- Michela Bettinelli Rossi
- Gianni Fava
- Alessio Cotroneo