

Keynes in corsia

Gli eccessi della spesa pubblica nella sanità lombarda

Di Lucia Quaglinò

1. Introduzione

Negli anni Novanta il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è stato oggetto di profondi cambiamenti, attraverso interventi amministrativi e legislativi, finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera e, quindi, all'ottimizzazione della spesa sanitaria. L'obiettivo del presente lavoro è verificare se gli investimenti in edilizia ospedaliera in Lombardia, regione nota per l'eccellenza nel campo della sanità,¹ siano stati coerenti con tale proposito. Anche in quest'ambito, a fronte di una innegabile necessità di controllare la spesa corrente, c'è il rischio di non esaminare con la dovuta severità la spesa per investimenti – o, peggio, considerarla *a priori* positiva, in una sorta di “keynesismo ospedaliero”.

In una prospettiva meno entusiastica e più realistica, è bene invece indagare se l'inaugurazione di nuovi ospedali sia stata poco più di un “pretesto” per ottenere maggiore consenso politico grazie a investimenti considerati “buoni” – come la costruzione di nuovi ospedali – ma, in realtà, non realmente utili per migliorare il servizio offerto. Quelle che, infatti, possono sembrare spese essenziali e fruttuose agli occhi degli elettori, non necessariamente lo sono davvero. Com'è naturale, ad ogni inaugurazione dei nuovi ospedali non sono mai mancati esponenti politici di primissimo piano, pronti a elencare dati e numeri sulle nuove strutture che sarebbe praticamente impossibile confutare: del resto, mentre loro ottengono facile visibilità, è molto difficile per i cittadini verificare e dimostrare se i nuovi edifici siano realmente utili o meno. Per questo, qualunque uomo politico preferirebbe vantarsi di aver garantito nuovi reparti e posti letto invece di spiegare che, con risorse economiche limitate, è necessario tagliarne alcuni perché la domanda è in calo e/o si sta spostando verso l'offerta privata e, di conseguenza, i ricavi che ne derivano non potranno coprire i costi.

Innanzitutto, si analizza quindi il contesto normativo italiano: la legislazione nazionale lascia un ampio margine di intervento alle regioni, ma solo la Lombardia sembra aver effettivamente incentivato una maggiore partecipazione del privato. Oggi tale regione è anche l'unica in Italia che finanzia il settore senza registrare alcun disavanzo: a fronte di importanti *provider* di diritto pri-

KEY FINDINGS

- La Lombardia è la regione col sistema sanitario più efficiente in Italia, in termini di equilibrio economico e copertura dei costi;
- Tuttavia anche in Lombardia, nel periodo 1997-2007, si è riscontrata una tendenza a effettuare investimenti pubblici nell'edilizia sanitaria incoerenti con le tendenze della domanda;
- Mentre la domanda, rappresentata dal tasso di ospedalizzazione e dal numero di posti letto ordinari a contratto, si è ridotta rispettivamente del 28,8% e del 33%, l'offerta (numero di posti letto ordinari accreditati) è diminuita solo del 7,6%.
- L'eccesso di capacità produttiva è spiegato in parte dallo spostamento della domanda da strutture pubbliche a private, la cui offerta è cresciuta del 16% a fronte di un aumento della domanda del 12%;
- Non essendo giustificati dall'esistenza di una effettiva domanda, la politica di investimenti in edilizia sanitaria sembra poter essere interpretata come strumento di creazione di consenso sul territorio e, dunque, rispondere più a dinamiche elettorali che all'esigenza di ottimizzare l'offerta sanitaria.

1 Già nel 2006 il Rapporto Oasi metteva sei ospedali lombardi nella classifica dei migliori venti (Cergas, 2006). Nel 2011 la regione è invece al primo posto in Italia per capacità attrattiva di pazienti provenienti da altre regioni (percentuale dei ricoveri intorno al 10%), per il saldo tra pazienti in ingresso e in uscita (maggiore di circa il 40% rispetto alla seconda regione, l'Emilia Romagna) e per maggior tasso di “fidelizzazione”, oltre alla presenza di un privato di qualità, che attira un numero sempre maggiore di pazienti (Ermeia, 2012).

vato, il settore pubblico continua a giocare un ruolo centrale. Si tratta di un intervento distorsivo? Allo scopo di esaminare se il pubblico sia effettivamente in grado di adattare l'offerta del servizio ai mutamenti della domanda, si sono analizzati gli investimenti in edilizia sanitaria.

2. Il contesto normativo

Per capire come si è evoluto il settore sanitario nazionale è utile iniziare dall'analisi della legislazione in materia degli ultimi venti anni, verificando come tale cambiamento abbia modificato l'organizzazione e la gestione della rete ospedaliera italiana e quale ruolo hanno giocato le regioni nel garantire una maggiore efficienza.

Il primo provvedimento normativo di interesse per i nostri obiettivi risale al 1992-1993 (decreti legislativi 502/92 e 517/93), quando sono stati introdotti meccanismi di mercato per incentivare la concorrenza nella fornitura dei servizi sanitari, coerentemente con le esperienze internazionali di quel periodo (in particolare, quella dei *quasi-mercati* inglesi²). A tal fine, era prevista la separazione tra produttori e finanziatori: le regioni potevano quindi creare Aziende ospedaliere (AO), separate dalle ASL e indipendenti rispetto agli ospedali di maggiori dimensioni. Era compito delle ASL garantire un'assicurazione per il rischio di malattia a tutti i cittadini, rimborsando agli ospedali le prestazioni erogate. Si assicurava inoltre il principio di parità tra strutture pubbliche e private, stimolando così l'avvio di meccanismi competitivi e offrendo un'effettiva alternativa - non solo più un'integrazione - alla sanità statale. Nel 1995 fu promulgato il DM Sanità 14/12/1994, con cui si stabilivano le modalità di finanziamento dei fornitori. Anziché basarsi sul rimborso a piè di lista per le strutture pubbliche e sulle giornate di degenza per quelle private, il nuovo sistema si fondava su tariffe uniformi per "raggruppamenti omogenei di diagnosi" (DRG): la Regione stabiliva per ogni prestazione una tariffa fissa, ossia l'ammontare di rimborso per l'ospedale, indipendente dai costi effettivamente sostenuti. L'obiettivo era quello di incentivare una riduzione delle degenze medie e migliorare l'efficienza produttiva, ma determinava anche un forte rischio di comportamenti opportunistici da parte dei fornitori atti, ad esempio, a selezionare i pazienti meno problematici e, quindi, meno costosi, o a dimmetterli precocemente (selezione avversa).

L'effettiva applicazione di questa riforma nelle Regioni è stata però scoraggiata dal decreto legislativo 229/99 finalizzato a incentivare gli strumenti di programmazione e controllo della spesa, piuttosto che a intervenire sulle debolezze normative e sulle carenze gestionali del settore. Si lasciava così ampio potere alle Regioni in materia tariffaria e organizzativa:³ avevano infatti la possibilità di intervenire sui rimborsi, e quindi sui ricavi, dei fornitori, per assicurare che fossero coerenti con i fabbisogni pre-determinati in sede di programmazione regionale. A tal fine potevano agire tramite le

2 Ci si riferisce al genere di una struttura di mercato, a metà tra il modello tradizionale di welfare state e un sistema tipicamente liberista fondato sulla concorrenza, che riconosce l'importanza della libera iniziativa privata anche nel garantire l'interesse generale dei cittadini. L'espressione "quasi-mercato" è associata ad alcune riforme avviate dai governi conservatori nel Regno Unito e mantenute inalterate dal New Labour (Bartlett e Le Grand, 1993). Nei quasi-mercati, infatti, l'ente pubblico non è più gestore diretto, ma regolatore: così facendo si ritiene di garantire la qualità dei servizi e ridurre l'influenza del pubblico sulle scelte dei privati. Il servizio è invece fornito da una pluralità di attori differenti - pubblici e privati, Profit e Non Profit - che si trovano a convivere e competere tra loro, assicurando così la libertà di scelta al cittadino, supportato anche con strumenti di sostegno quali detrazioni, deduzioni d'imposta, voucher e buoni. Per superare le asimmetrie informative con cui si scontrano i pazienti sono inoltre previsti degli strumenti di valutazione e accreditamento per gli enti erogatori.

3 Solo la Lombardia, ad esempio, ha effettivamente separato la funzione di finanziamento e quella di erogazione del servizio; altre regioni hanno preferito accorpare gli ospedali pubblici di prima accoglienza o di intervento specialistico; altre ancora hanno optato per una maggiore frammentazione.

ASL (Toscana e, in parte, Lombardia), che chiudevano accordi con le strutture pubbliche o contratti con quelle private oppure, come di fatto accade più spesso, attraverso l'intervento diretto, fissando target o tetti⁴ che, se stabiliti in modo globale anziché per singole strutture, potevano stimolare un minimo di concorrenza tra le strutture.

Tra le riforme per ridurre la capacità produttiva in eccesso, una ha stabilito gli standard in termini di posti letto rispetto alla popolazione: un'intesa della conferenza Stato-Regioni li fissa infatti a 4,5 per ogni mille abitanti. L'efficacia di tale intervento non è però assicurata: se, infatti, nel decreto del ministero della Sanità del 12/12/2000 si prevede che una dimensione gestionale sia ottimale con un numero di posti letto compreso fra 400 e 650, secondo la letteratura questo valore sarebbe intorno ai 200 posti letto. Al di sotto, i costi fissi diventerebbero eccessivamente gravosi, mentre al di sopra servirebbe una struttura organizzativa tale da limitare le economie di scala (Turati, 2006). Inoltre la definizione per legge della "firm size" non garantisce la flessibilità necessaria ad adattarsi ai cambiamenti della domanda o alle eventuali peculiarità locali.

La ristrutturazione del settore ha comunque orientato l'evoluzione della rete ospedaliera in Italia verso la riduzione degli ospedali, dei posti letto e dei divari tra regioni in termini di posti letto per abitante (Lozzi, 2008), con un conseguente ridimensionamento della rete pubblica. Il cambiamento non è però stato omogeneo: si rilevano infatti forti differenze tra le regioni, tra cui si distinguono quelle del Nord e alcune del Centro per gli importanti interventi effettuati al fine di ridimensionare una rete ipertrofica e di renderla tecnologicamente adeguata.

In particolare, la Lombardia è intervenuta in modo incisivo sulla struttura del settore: ha infatti separato le funzioni di produzione, erogazione e controllo delle prestazioni sanitarie, mentre nelle altre regioni queste mansioni fanno capo ad un unico soggetto, ossia la regione, che si occupa direttamente del governo e del finanziamento, mentre delega gli altri compiti alle ASL, comunque dipendenti dalle regioni sotto i profili finanziario e amministrativo. La Lombardia, con la legge 31/97, ha invece disegnato una riforma del settore orientata ad assicurare una maggiore efficacia ed appropriatezza del servizio e a garantire un'effettiva libertà di scelta al cittadino, pur nel rispetto dei principi di universalità e solidarietà tipici del modello nazionale. È stata infatti attuata una netta separazione tra i compiti affidati esclusivamente alle ASL, ossia le funzioni di sanità pubblica, assistenza di base e controllo dell'attività specialistica e ospedaliera, e quelli – produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie – di cui invece si occupano le Aziende ospedaliere pubbliche o private. Queste ultime sono soggette a controlli da parte di regioni e ASL, creando così le condizioni affinché ci sia un effettivo confronto tra soggetti erogatori e controllori, al contrario di quanto avviene in altre regioni italiane dove le ASL, oltre ad essere al contempo controllori e controllati, sono anche responsabili di prendere provvedimenti in caso di malfunzionamenti, causando così un conflitto di interessi che impedisce un processo di miglioramento orientato ad assicurare una maggiore qualità del servizio.

I governi lombardi dalla seconda metà degli anni Novanta hanno inoltre incentivato lo sviluppo del privato – che oggi rappresenta circa un terzo dell'offerta – non solo formalmente, ma affidandogli tutte le funzioni tipiche del pubblico, a fronte della stessa modalità di pagamento (DRG) per prestazione erogata: grazie a questo mix di erogatori pubblici e privati, si assicura davvero al paziente il principio della libertà di scelta del

4 I primi si traducono in obiettivi di spesa o volume con abbattimento tariffario in caso di superamento dello stesso. I tetti si fissavano invece tramite vincoli sulla spesa o sui volumi con meccanismi di abbattimento tariffario in caso di avvicinamento al tetto o di riduzione proporzionale delle tariffe al raggiungimento dello stesso (Lozzi, 2008).

luogo di cura, sia garantendogli l'esistenza di numerosi erogatori, sia incentivando una maggiore efficacia del sistema grazie alla competizione tra i diversi attori.

La Lombardia si distingue così per la realizzazione di una rete ospedaliera molto efficiente, dove il privato gioca un ruolo rilevante non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo (Pelissero e Mingardi, 2010).

3. La spesa sanitaria nelle regioni italiane

Negli ultimi venti anni, quindi, si è cercato di riformare il sistema sanitario italiano in modo da razionalizzare la spesa sanitaria, che ad oggi risulta essere tra le più basse tra i paesi OCSE ma è comunque finanziata costantemente in deficit, segnale di una gestione inefficiente. Su questo risultato influisce il fatto che tutte le regioni italiane a statuto ordinario hanno registrato un disavanzo nel periodo 2003-2008, ad eccezione della sola Lombardia.⁵

FIGURA 1
Disavanzi annuali, Regioni a Statuto ordinario 2003-2008

(in migliaia di €)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTALE
PIEMONTE	-100,469	-671,132	874	-7,174	30,690	2,621	-744,590
LOMBARDIA	63,661	131,324	-14,285	-4,325	9,810	21,177	207,363
VENETO	-145,273	5,679	-114,098	71,385	75,417	16,175	-90,714
LIGURIA	-48,431	-328,910	-253,757	-100,119	-141,810	-109,478	-982,507
E. ROMAGNA	-40,324	-380,096	-16,303	-38,418	25,926	7,191	-442,024
TOSCANA	20,351	-240,356	-14,986	-120,619	42,244	39,272	-274,094
UMBRIA	-45,892	-52,376	-8,236	-40,647	6,886	16,700	-123,565
MARCHE	-71,379	-162,769	-18,297	-38,953	15,022	18,808	-257,568
LAZIO	-710,581	-1,669,281	-1,737,346	-1,970,862	-1,613,931	-1,638,804	-9,340,804
ABRUZZO	-216,478	-103,714	-240,919	-140,414	-151,467	-87,795	-940,787
MOLISE	-73,011	-43,686	-139,375	-58,787	-66,630	-73,198	-454,686
CAMPANIA	-555,998	-1,181,810	-1,792,586	-761,088	-863,694	-496,630	-5,651,807
PUGLIA	108,877	41,634	-411,945	-169,904	-312,846	-414,395	-1,158,578
BASILICATA	-19,152	-31,186	-42,762	-22,100	-17,588	-25,804	-158,592
CALABRIA	-57,302	-128,359	-79,106	-34,933	-125,235	-113,585	-538,519
ITALIA	-1,891,401	-4,815,038	-4,883,126	-3,436,958	-3,087,205	-2,837,745	-20,951,472

Fonte: Elaborazioni de Il Revisore su dati della RUEF

Gli sforzi riformatori fin qui fatti non sembrano quindi aver portato ai risultati sperati, probabilmente anche perché le regioni, pur godendo di un ampio margine di azione, hanno una limitata autonomia fiscale: il sistema sanitario è infatti finanziato con il gettito dei ticket, decisi dalle regioni, ma in prevalenza con quello dell'Irap, il cui ammontare è invece definito a livello nazionale. Limiti in termini di gestione del budget, oltre al forte impatto politico rappresentato dalla spesa sanitaria (per cui i tagli alla spesa sono

⁵ La scarsa disponibilità di dati e l'utilizzo di fonti diverse implicano che la lunghezza delle serie storiche sia diversa in base ai dati.

generalmente percepiti come tagli al servizio), rappresentano un insieme di disincentivi per una corretta gestione delle risorse economiche del servizio sanitario.

La Lombardia è l'unica regione che ha avviato una riforma orientata a creare spazi di concorrenza ed è anche la sola in grado di coprire i costi con i ricavi. Il pubblico continua a rimanere gestore diretto, oltre che il principale attore del mercato: sarà quindi importante verificare se sia stato effettivamente perseguito un processo di razionalizzazione della spesa oppure se la spinta regolatoria sia stata inefficace o insufficiente. Per effettuare questa valutazione, ci si concentrerà sull'edilizia sanitaria, ossia la costruzione di nuovi ospedali o la ristrutturazione di quelli già esistenti. In linea di principio, ci si dovrebbe aspettare un ridimensionamento delle strutture ospedaliere. Un loro aumento, o una riduzione insufficiente, potrebbe essere motivata da interessi politici e personalismi quali la costruzione del consenso o la visibilità e popolarità dei politici di quanti si arrogano il merito di aver creato, o salvato, strutture, sebbene inutili. A fronte di questi benefici personali, si scontano però costi pubblici, che si riflettono in un sovradimensionamento dell'offerta e nell'incapacità di quest'ultima di adattarsi ai mutamenti del mercato.

Occorrerà quindi verificare se il numero di posti letto regionale – che rispecchia l'ampliamento o la nascita di nuovi ospedali – sia effettivamente stato giustificato dall'andamento della domanda di cure sanitarie. Il numero di posti letto riflette la dotazione teorica, ma non il posto letto operativo che, per essere tale, necessita di personale e altre dotazioni; ha però il vantaggio di essere una misura abbastanza oggettiva, in quanto non manipolabile attraverso nuove e diverse suddivisioni degli ospedali finalizzate a mostrare un ridimensionamento della rete di fatto inesistente (De Giacomi *et al.*, 2009). Per questo il numero di posti letto appare, tutto considerato, una variabile ragionevolmente rappresentativa del fenomeno che intendiamo studiare.

4. Il caso della Lombardia

a. Background socio – economico – demografico della regione:

Nel decennio 1996-2007 la spesa sanitaria italiana è aumentata del 6,9% annuo e potrebbe più che raddoppiare nel 2050 (*V Atto integrativo*, 2009). A fronte di tale incremento, si è però registrato un tasso di crescita del PIL inferiore della metà. Sono quindi necessari dei cambiamenti nel sistema sanitario, che tengano conto anche dei mutamenti della domanda, costituita in generale da una popolazione anziana crescente a fronte di una bassa natalità. In Lombardia tale trend è un po' meno evidente, grazie all'aumento dei giovani (sotto i 15 anni) dovuto all'incremento della natalità, ma controbilanciato dalla crescita della popolazione oltre i 65 anni⁶ (dal 17% al 19,7%), legata all'allungamento della vita media (il cambiamento della speranza di vita alla nascita è passato da 75,58 a 78,70 anni per i maschi e da 82,38 a 84,30 per le femmine) (*V Atto integrativo*, 2009). Considerata la ridotta crescita del PIL degli ultimi anni e il deficit registrato nel finanziamento di tale servizio, una maggiore quanto urgente razionalizzazione della spesa non può prescindere da una più accurata gestione degli investimenti in edilizia sanitaria, in modo da evitare la costruzione di ospedali fotocopia e altri inutili quanto costosi duplicati esclusivamente in nome del consenso politico.

6 Nonostante tale incremento, il valore di popolazione over 65 è comunque inferiore al valore medio nazionale (19,46%) e a quello del Nord-Ovest (20,75%).

b. Gli investimenti in edilizia sanitaria:

Nell'ultimo decennio nella Regione sono stati realizzati dei programmi di intervento strutturale e tecnologico con un investimento complessivo di circa 3 miliardi di euro. A questi si aggiunge il progetto "Città della Salute", un complesso che unisce cura, ricerca e didattica, per un valore di 520 milioni di euro quasi interamente finanziati dalla Lombardia.

Risale al 1999 la sottoscrizione da parte della Regione con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze di cinque Accordi di Programma Quadro dove venivano pianificati 182 interventi di edilizia sanitaria per riformare e rinnovare la rete ospedaliera e socio-sanitaria. Per raggiungere tale obiettivo, fu previsto un investimento di 1.966 milioni di euro (valore alla stipula), di cui 1.462 milioni (il 74%) a carico dello Stato. Nel *V Atto integrativo* (2009) sono stati consolidati tali obiettivi. Di seguito il quadro finanziario derivante da tale documento, che comprende dieci interventi in edilizia sanitaria:⁷

FIGURA 2				
ESERCIZIO FINANZIARIO	FONTE FINANZIARIA			
	STATO	REGIONE	AZIENDE SANITARIE	TOTALE
2009	320,270,596.01	18,169,960.19	20,229,834.80	358,670,391.00
TOTALE	320,270,596.01	18,169,960.19	20,229,834.80	358,670,391.00

Fonte: *V Atto integrativo, 2009*

Segue (Figura 3) l'elenco dei nuovi ospedali (oltre a quelli di Varese e Stradella, già conclusi), per la cui costruzione è stato necessario più di un miliardo di euro e al cui finanziamento hanno anche partecipato soggetti privati (*Sanità in forma*, 2010). A questi si aggiunge quello di Lecco,⁸ inaugurato nel 2000.

7 Il 26 novembre 2009 è stato sottoscritto il Protocollo d'intesa dove si definiscono gli strumenti per raggiungere gli obiettivi politici del *V Atto integrativo* (2009) quali il consolidamento dello standard di 4,5 posti letto per mille abitanti, la trasformazione di p.l. ordinari in p.l. di DH e DS, il potenziamento e l'ammodernamento del parco tecnologico biomedicale mediante integrazione di apparecchiature tecnologiche sanitarie presso i nuovi ospedali in corso di realizzazione.

8 Il reperimento dei dati presso le ASL è stato abbastanza laborioso. Ne riportiamo un esempio in appendice.

FIGURA 3**I nuovi ospedali lombardi in cifre**

Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano" - Nuovo Ospedale di Legnano	
Costo totale:	€ 211,459,644.00
Contributo a carico Stato e Regione	€ 139,038,644.00
Contributo a carico Azienda	€ 16,965,047.00
Contributo a carico dei Privati (Concessionario)	€ 55,455,953.00
Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti di Bergamo" - Nuovo Ospedale di Bergamo "Beato Papa Giovanni XXIII"	
Costo totale:	€ 361,963,131.03
Contributo a carico Stato	€ 250,295,308.84
Contributo a carico Azienda - Alienazioni sedi attuali	€ 76,185,000.03
Contributo a carico dei Privati (Concessionario)	€ 35,482,822.16
Azienda Ospedaliera "S. Anna" di Como - "Nuovo Ospedale S. Anna" di Como	
Costo totale:	€ 241,171,439.92
Contributo a carico Stato - Regione - altri enti	€ 153,527,724.52
Contributo a carico Azienda - Alienazioni sedi attuali	€ 51,047,374.35
Contributo a carico dei Privati (Concessionario)	€ 36,596,341.05
Azienda Ospedaliera "Niguarda Ca' Granda" Milano - Riqualficazione dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano	
Costo totale:	€ 343,464,599.06
Contributo a carico Stato e Regione	€ 217,572,723.70
Contributo a carico dei Privati (Concessionario)	€ 125,891,875.36
Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Vimercate" - Nuovo Ospedale di Vimercate	
Costo totale:	€ 216,144,809.21
Contributo a carico Stato e Regione	€ 134,480,950.00
Contributo a carico Azienda	€ 20,750,000.00
Contributo a carico dei Privati (Concessionario)	€ 60,913,859.21
Azienda Ospedaliera "A. Manzoni" Lecco - Presidio ospedaliero "A. Manzoni"	
Costo totale:	€ 109,257,334.90
Contributo a carico Stato	€ 87,332,861.64
Contributo a carico Regione	€ 21,924,473.33
Azienda Ospedaliera "A. Manzoni" Lecco - Presidio ospedaliero "A. Manzoni"	
Costo totale:	€ 109.257.334.97
Contributo a carico Stato	87,332,861.64
Contributo a carico Regione	21,924,473.33

Fonte: Regione Lombardia; Sanità in forma, 2010

Quindi alcuni dati relativi all'offerta ospedaliera:

FIGURA 4 Analisi dell'offerta (2008)	
	DATO REGIONALE
Numero posti letto per acuti per 1000 abitanti	
pubblici	2,47
privati	1,39
Numero posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	
pubblici	0,27
privati	0,53
Tasso di ospedalizzazione (ricoveri ogni 1000 ab.) per acuti	136,6
Mobilità passiva per acuti	< 58000
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1000 residenti	10,9
% anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (>65 anni)	4,78%
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100000 residenti	52,06
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100000	
Altro	

La seguente tabella mostra i classici indicatori di efficienza delle strutture ospedaliere relativi sia ai ricoveri ordinari che ai ricoveri in day hospital (percentuale di saturazione dei posti letto, indice di rotazione dei posti letto, intervallo di *turn over*).

FIGURA 5				Day Hospital
Ricoveri ordinari				
Tipologia	Saturazione %	Indice Rotaz.	Interv. Turn over	Saturazione %
Casa di cura	75,50	33,89	2,81	54,75
Osp. Classificato	78,81	37,47	2,14	42,43
IRCCS privato	82,00	36,90	1,91	70,42
Azinde Osp.	83,25	39,62	1,62	57,43
IRCCS pubblici	79,19	41,14	2,03	57,34
Osp. ASL	64,90	36,65	3,59	43,91
Totale	81,01	38,10	1,93	57,93

Fonte: V Atto integrativo, 2009

FIGURA 6
Alcune caratteristiche dei ricoveri effettuati

Tipologia	Casi DH	GG DH	Casi DO	Casi > 1 gg	Degenza media	% casi O.V.S.	% casi Chir	% casi Compl	Peso medio
Tot. privati	109.568	332.983	486.037	386.667	9,81	5,38	42,5	13,40	1,2704
Casa di cura	60.595	146.430	270.359	205.053	10,28	5,76	42,09	13,27	1,1680
Osp. Classificato	9.939	28.344	50.801	44.593	8,43	4,79	25,78	16,30	1,0152
IRCCS	39.034	158.209	164.877	137.021	9,57	5,01	48,55	12,66	1,5067
Tot. Pubblici	359.933	867.991	999.991	882.722	8,22	5,40	31,64	13,89	1,1064
Aziende osp.	295.946	773.974	889.403	787.664	8,26	5,46	30,97	13,82	1,0834
IRCCS	61.983	88.607	98.124	84.230	7,99	5,08	38,60	14,49	1,3431
Osp. ASL	2.004	5.410	12.464	10.828	7,15	3,21	26,31	14,35	0,9386
Tot. generale	469.501	1.200.974	1.486.028	1.269.389	8,70	5,39	34,95	13,74	1,1564

c. L'offerta sanitaria pubblica e privata al 31.12.2008:

FIGURA 7
Strutture ospedaliere

PROV	Privato			Pubblico			TOT PUBB	TOT COMPL
	CASA DI CURA	IRCCS PRIVATO	TOT PRIV	IRCCS E FONDAZIONE	OSPEDALE CLASSIFICATO E QUALIFICATO	OSP. A GESTIONE DIRETTA PRESIDIO DELLA ASL E AO		
BG	15		15			10	10	25
BS	12	2	14		1	15	16	30
CO	6		6		3	4	7	13
CR	3		3			5	5	8
LC	2	1	3	1	1	3	5	8
LO			0			4	4	4
MI	27	10	37	3	2	30	35	72
MN	5	1	6			4	4	10
PV	6	4	10	1		8	9	19
SO			0			4	4	4
VA	8	1	9			10	10	19
TOT.	84	19	103	5	6	96	109	212

Fonte: V Atto integrativo, 2009

FIGURA 8
Strutture sanitarie pubbliche e private non ospedaliere

Dettaglio Assetto	Privato N. Strutture	Pubblico N. strutture	TOT
Ambulatori	430	277	707
AMB - Lab sanità pubb e medicina Sport	55	33	78
CAL	8	58	66
Consultorio	62	208	270
Hospice	18	1	19
Strutt. Residenziale assistenza anziani e disabili fisici/ psichici/ tossicdip./AIDS/NPI e Psichiatria	1052	166	1218
Strutt. Semiresidenziali assistenza anziani e disabili/fisici/psichici/ tossicdip./NPI e Psichiatria	462	176	638
Strutt. Terr. Assistenza AIDS/idrotermale/tossicodipendenti/AIDS/NPI/ Psichiatria	22	400	422
Totale complessivo	2109	1319	3418

Fonte: V Atto integrativo, 2009

FIGURA 9
Strutture di riabilitazione (ex art. 26 della legge 833/78) a livello di ASL

ASL	Residenziali	Semiresidenziali	Ambientali
Bergamo	7	3	4
Brescia	4	1	4
Como	2	3	3
Cremona	9	4	6
Lecco	3	3	4
Lodi	2	0	2
Mantova	4	1	3
Città di Milano	6	6	17
Milano 1	2	4	5
Milano 2	1	2	2
Milano 3	2	1	2
Pavia	3	2	3
Sondrio	2	3	6
Varese	0	0	1
Vallecamonica	0	0	0
Totale complessivo	47	33	62

Fonte: V Atto integrativo, 2009

d. Domanda e offerta sanitaria a confronto:

Negli ultimi anni si è osservata una generale diminuzione del numero dei posti letto: questo trend è davvero in linea con l'obiettivo di assicurare un'efficiente razionalizzazione della spesa in ambito di edilizia sanitaria? Per rispondere si confronta l'andamento nel tempo della domanda e dell'offerta sanitaria: l'offerta pubblica non ha saputo adeguarsi alle mutate esigenze dei cittadini, determinando un eccesso di capacità produttiva.

Una prima stima della domanda è rappresentata dal tasso di ospedalizzazione, ossia il numero di ricoveri/dimissioni ogni 1.000 residenti in un anno: esso tiene conto del fatto che maggiore è l'età media della popolazione, maggiore è anche l'esigenza di cure. Nonostante l'età e la vita media siano aumentate, si osserva una costante riduzione del tasso in tutte le ASL, che passa da 176,7 a 127 ricoveri ogni 1.000 abitanti, l'esatto opposto di quanto ci si sarebbe aspettato di osservare: a fronte, infatti, di una maggiore necessità di cure, sarebbe logico attendersi un trend in crescita, che invece non si osserva non solo a livello di media, ma addirittura in nessuna delle ASL esaminate. Se, quindi, il tasso di ospedalizzazione tende a ridursi, allora una buona gestione della rete ospedaliera non può richiedere la costruzione di nuovi ospedali (a meno che questi non rimpiazzino vecchie strutture che chiudono).

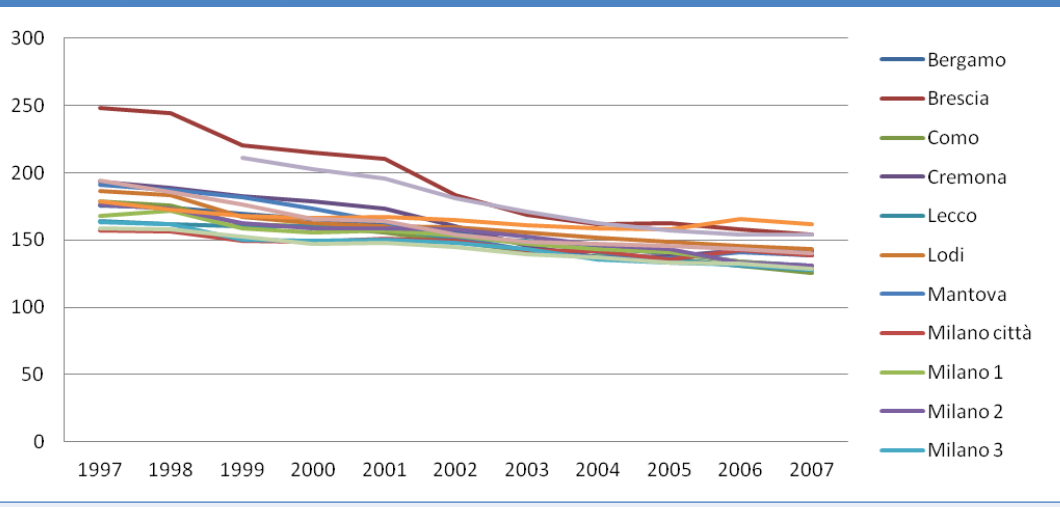
FIGURA 10

(a) Tassi standardizzati (per età) di ricovero ordinario differenziati per singola ASL e per gli anni 1997-2007.

Tasso di ospedalizzazione per ASL														
ASL	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bergamo	175,5	173,7	169,3	165,5	161,9	155,3	147,5	143,8	139,8	133,6	130,7			
Brescia	248,3	244,2	220,7	214,8	210,5	183	168,4	162,1	162,4	158	153,7			
Como	178,4	175,8	161,4	160,2	155,3	148,9	141,8	137,6	136,5	130,8	125,4			
Cremona	193,4	188,8	182,4	178,9	173,2	160,1	145,4	136,7	137,7	142,3	141,5			
Lecco	164,1	161,8	160,4	160,1	158,9	151,3	149,3	140,8	135,7	131	128			
Lodi	186,4	183,5	167,1	162,5	160,3	159,2	155,3	151,9	148,3	145,2	143,6			
Mantova	191	187,4	181,6	173,6	163,4	151,5	142,5	137,3	136,3	141,1	138,5			
Milano città	157,2	156,7	149,5	148,5	151,1	149,3	142,7	141,5	135,4	142,3	138,7			
Milano 1	167,6	171,4	158,8	155,4	157,2	153,2	147,2	143,4	140,9	134,2	130,2			
Milano 2	176,6	173	162,3	158,6	158,9	157,6	152,3	146,6	142,9	133,1	131			
Milano 3	163,2	161,8	150,5	149,3	150,5	147,7	143	135,5	133,1	131,6	127,6			
Pavia	178,6	172,9	167,7	166,5	166,9	164,7	161,1	158,7	157,6	165,7	161,9			
Sondrio	193,8	186	176,1	165,3	164,2	154,1	148,6	147,2	145,8	143	139,8			
Varese	159	157,6	152,5	146,7	148	144,7	139,4	136,7	133,2	132,6	128,9			
Vallecamonica			210,9	202,3	196	181	170,6	162,5	157,1	153,8	154,3			
TOTALE	177	174	167	164	163	154,8	147,6	144,3	141,5	140,1	137	135	133	127

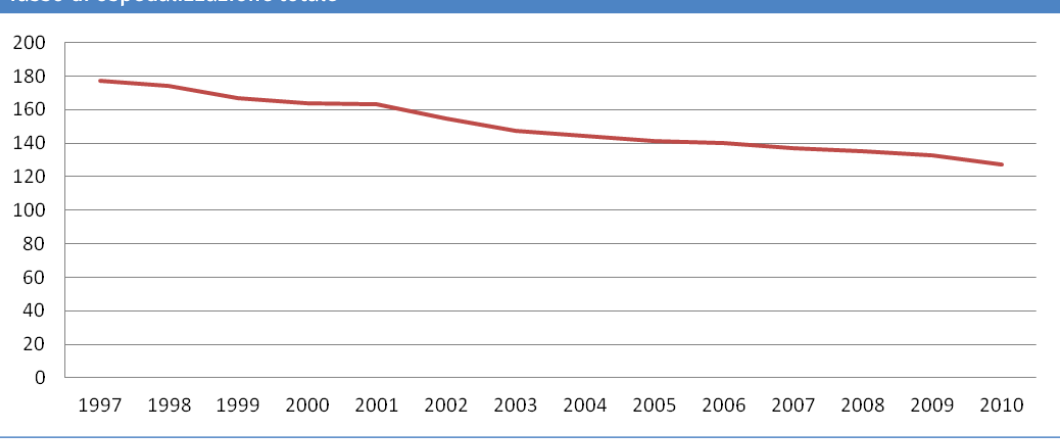
Fonte: V Atto integrativo, 2009

FIGURA 11
Tasso di ospedalizzazione per ASL



Fonte: V Atto integrativo, 2009

FIGURA 12
Tasso di ospedalizzazione totale



Fonte: Ermeneia, 2012

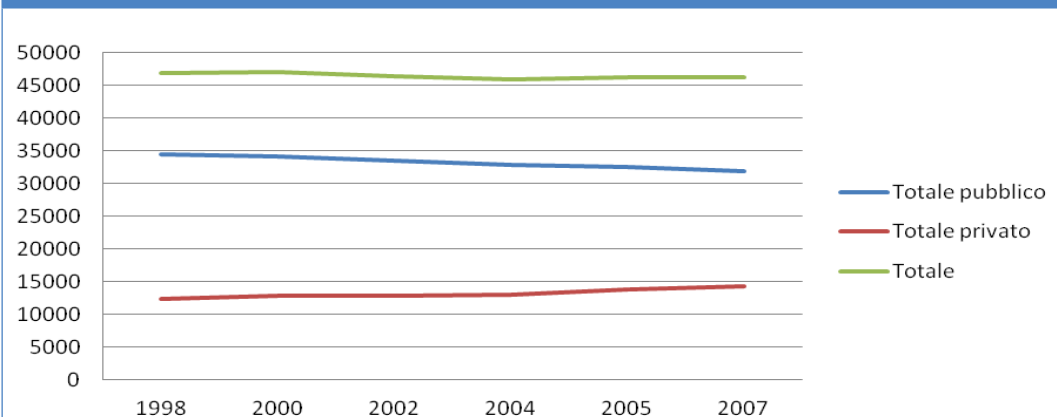
In particolare, alla riduzione del tasso di ospedalizzazione del 28,8% corrispondono due diversi trend, come mostrano i grafici successivi: da una parte si assiste infatti ad un aumento dell’offerta (rappresentata dal numero di posti letto ordinari accreditati) privata pari al 16%, mentre dall’altra si nota una riduzione di quella pubblica, ma solo del 7,6%. La crescita del privato è un’ulteriore ragione della contrazione della domanda di sanità pubblica, in quanto una parte di pazienti si è orientata su strutture considerate migliori o più affidabili.

FIGURA 13
Riduzione dei posti letto ordinari accreditati per mille abitanti

Posti letto ordinari accreditati												
	1998	% 2000	2000	%	2002	%	2004	%	2005	%	2007	%
Ospedali pubblici	31998	68,3	31637	67,3	30982	66,7	30304	65,9	29384	63,5	29062	62,9
IRCCS pubbl.	2519	5,4	2578	5,5	2594	5,6	2593	5,6	3111	6,7	2827	6,1
Totale pubblico	34517	73,7	34215	72,8	33576	72,3	32897	71,6	32495	70,2	31889	69
P.L. / 1000 ab	3,83194705		3,77708449		3,71724729		3,55770933		3,51695723		3,33880113	
Case di cura	8334	17,8	8458	18	8528	18,4	8736	19	8798	19	8366	18,1
Ospedali classificati	1527	3,3	1459	3,1	1459	3,1	1459	3,2	1492	3,2	1525	3,3
IRCCS privati	2462	5,3	2882	6,1	2864	6,2	2864	6,2	3505	7,6	4447	9,6
Totale privato	12323	26,3	12799	27,2	12851	27,7	13059	28,4	13795	29,8	14338	31
P.L. / 1000 ab	1,36805295		1,41291551		1,42275271		1,41229067		1,49304277		1,50119887	
Totale	46840	100	47014	100	46427	100	45956	100	46290	100	46227	100
P.L. / 1000 ab	5,2		5,19		5,14		4,97		5,01		4,84	

Fonte: Direzione Sanità Regione Lombardia da: banca dati strutture accreditate ed iscritte al registro regionale

FIGURA 14
Posti letto ordinari accreditati



Fonte: Direzione Sanità Regione Lombardia, banca dati strutture accreditate ed iscritte al registro regionale

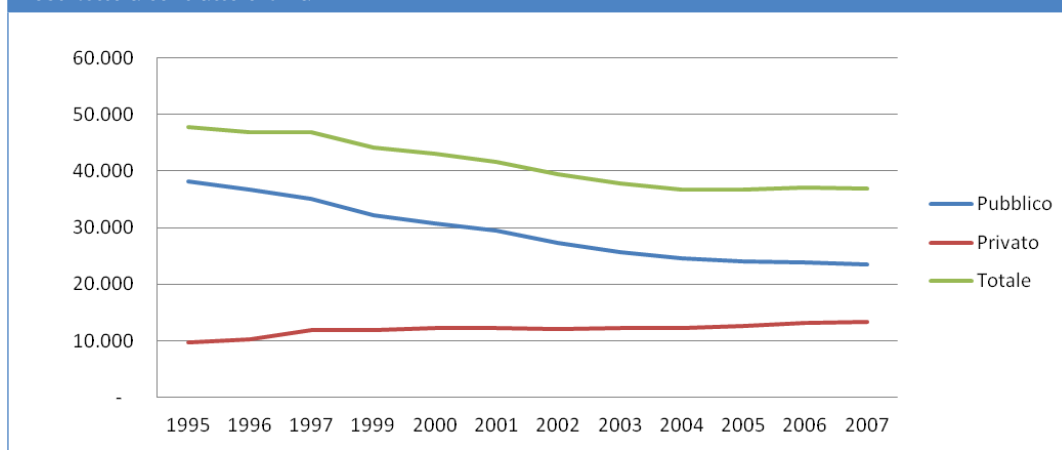
Ora, se l'offerta sembra ridursi solo lievemente - a causa della simultanea modesta riduzione dell'offerta pubblica e dell'aumento di quella privata - come si è mossa la domanda? E, al di là dei valori aggregati, come si è orientata tra offerta pubblica e privata?

Può essere utile, prima di arrivare a una risposta, osservare un'altra stima della domanda sanitaria, cioè l'andamento dei posti letto a contratto, quelli effettivamente utilizzati. Si nota come quelli ordinari siano in graduale diminuzione, rispetto al forte aumento di quelli in *day-hospital*: quest'ultimo fenomeno è dovuto all'acquisizione di nuove tecnologie che permettono tempi più brevi di diagnostica, cura e ripresa del paziente. Parte della riduzione di entrambi è inoltre dovuta all'incremento dell'offerta di quelli privati.

FIGURA 15
Posti letto a contratto

Anno	Ordinari				Day Hospital			
	Pubblico	Privato	Totale	PL / 1000	Pubblico	Privato	Totale	PL / 100
1995	38.199	9.647	47.846		1.863	185	2.048	
1996	36.745	10.223	46.968		2.298	336	2.634	
1997	35.027	11.917	46.944		2.872	415	3.287	
1999	32.240	11.916	44.156	4,89	3.015	439	3.454	0,38
2000	30.801	12.211	43.012	4,74	2.985	666	3.651	0,40
2001	29.428	12.259	41.687	4,57	3.022	863	3.885	0,43
2002	27.218	12.140	39.358	4,36	3.075	937	4.012	0,44
2003	25.656	12.214	37.870	4,16	3.168	974	4.142	0,45
2004	24.537	12.264	36.801	3,98	3.171	999	4.170	0,45
2005	24.082	12.646	36.728	3,91	3.116	1.060	4.176	0,44
2006	23.852	13.162	37.014	3,91	3.118	1.112	4.230	0,45
2007	23.541	13.293	36.834	3,86	3.157	1.149	4.306	0,45

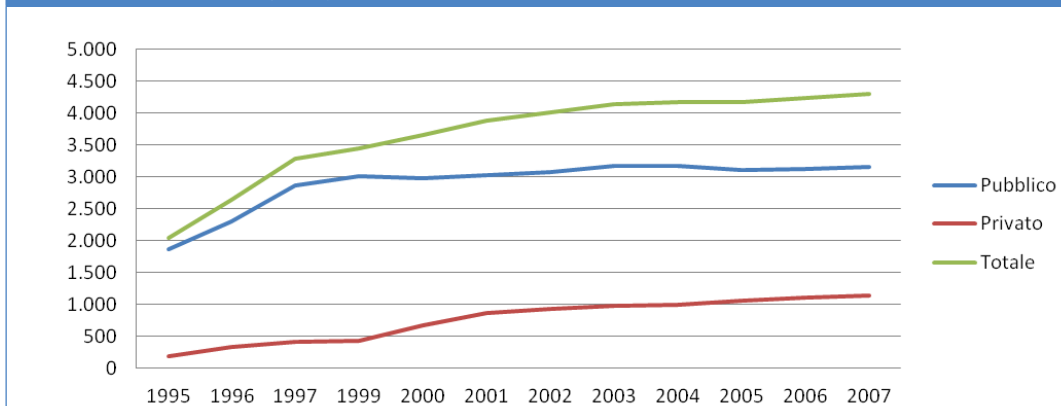
Fonte: V Atto integrativo, 2009

FIGURA 16
Posti letto a contratto ordinari

Fonte: V Atto integrativo, 2009

Anche in questo caso, si assiste al fallimento del tentativo pubblico di indirizzare e prendere le decisioni in linea con il mutamento delle condizioni del mercato, al contrario del privato, che invece orienta l'offerta in base alle necessità e alla richiesta dei cittadini. Confrontando infatti la domanda pubblica (posti letto ordinari a contratto) con la relativa offerta (posti letto ordinari accreditati), si osserva come la seconda diminuisca solo del 7,6% nonostante la riduzione del 33% della prima: è evidente come negli anni si sia creato un clamoroso eccesso di capacità produttiva, che un gestore razionale avrebbe dovuto colmare con una più decisa riduzione dei posti letto disponibili. Ma annunciare la chiusura di un ospedale, o anche solo di un reparto, non è considerata una scelta elettoralmente vincente. Viceversa, nel settore privato, che non ha alcun incentivo a massimizzare il consenso politico, l'offerta è cresciuta di pari passo alla domanda: il numero di posti letto disponibile è salito del 16%, mentre quelli effettivamente utilizzati sono aumentati del 12%.

FIGURA 17
Posti letto a contratto day-hospital



Fonte: V Atto integrativo, 2009

Un'ulteriore conferma di questo trend è rappresentata dall'analisi del rapporto tra pubblico e privato: mentre nei posti letti accreditati tale valore conosce una riduzione del 21,4% (dal 2,8 nel 1998 al 2,2 nel 2007), nei posti letto a contratto è pari al 39% (da 2,9 nel 1997 a 1,77 nel 2007). Questo significa che, a fronte dello spostamento di una domanda – per altro in calo - dal pubblico al privato, il primo non ha la flessibilità, volontà e capacità di adattarsi. Invece è presumibile che, in mancanza di “reti protettive” (il privato può fallire), i privati sappiano e vogliano adeguarsi più rapidamente al cambiamento dell'offerta.

Una gestione più orientata alle logiche del mercato e meno influenzata dalle aspettative della maggioranza elettorale sembra quindi essere maggiormente capace di gestire e organizzare la rete ospedaliera in modo efficiente, mentre la ricerca del consenso politico appare spingere verso scelte demagogiche che fruttano consenso e accontentano i cittadini. Un'ulteriore conferma è rappresentata dalla presenza costante di politici locali e regionali all'inaugurazione dei diversi ospedali, sempre pronti a citare ed elencare numeri e dati apparentemente incontestabili, ma difficili da verificare: per l'apertura dell'ospedale di Vimercate, ad esempio, erano presenti sia il governatore Roberto Formigoni, sia l'assessore regionale Luciano Bresciani – entrambi intervenuti anche all'inaugurazione della struttura Sant'Anna di Como (*PortalediComo.it*, 2009) –, oltre ad Antonio Rognoni, direttore generale di Infrastrutture Lombarde, ai sindaci del territorio tra cui il padrone di casa, Paolo Brambilla, alla senatrice Emanuela Baio e all'assessore alla Qualità dell'Ambiente Massimo Ponzoni, tutti quanti pronti a dimostrare l'apparente utilità della nuova struttura.⁹ Similmente, all'inaugurazione dell'ospedale di Legnano hanno partecipato, oltre a Carla Dotti, direttrice dell'azienda ospedaliera, presidente della Regione e il sindaco Lorenzo Vitali (*Varese.News*, 2010): del resto, a chi non converrebbe essere in prima fila quando si promette un incremento dell'offerta

⁹ «L'opera parla da sola – ha detto davanti alle autorità – con una postazione tecnologica per ciascun degente, 20 sale operatorie, e una superficie di 80.000 mila metri quadri, il nuovo ospedale si snoda su spazi doppi rispetto a oggi, pur avendo mantenuto inalterata la capienza». E ancora: «Le autorità hanno fatto chiarezza anche sul fronte dei costi. Partito con una spesa di 128 milioni di euro, il nuovo ospedale è salito a 142 per le sole opere murarie, aggravio dovuto a una miglioria non preventivata in prima battuta. Il teleriscaldamento e l'impianto di cogenerazione che renderanno la struttura perfettamente autonoma sotto il profilo della produzione di energia elettrica (10 dei 142 milioni, 4 invece sono di aumento vero e proprio, il 2% del totale). [...] Alla fine l'ospedale è costato 1.400 euro al metro quadro» (Calderola, 2009; Sala, 2009).

sanitaria, sia pure indipendentemente dalla qualità offerta e dalla domanda di cure espressa?

5. Conclusioni:

Da circa un ventennio si susseguono interventi legislativi e amministrativi per introdurre meccanismi di mercato finalizzati ad ottimizzare il sistema sanitario nazionale: sebbene sia stata lasciata grande discrezionalità alle Regioni in termini organizzativi e tariffari, complessivamente tali interventi sono riusciti a ridimensionare la rete pubblica, seppur con forti differenze regionali. Non pare però esserci evidenza che siano stati sufficienti a migliorare i risultati economici: in Italia il settore sanitario si trova infatti in disavanzo strutturale, e nonostante ciò l'incidenza della spesa sanitaria pubblica su quella totale rivela una crescita costante nel tempo, al contrario di quella privata (rapportata a quella pubblica), che invece mostra valori più stabili (Figura 16). In questo paper si è preso in esame il caso della Lombardia, proprio in virtù della superiore efficienza del suo sistema sanitario rispetto a quello di altre Regioni, per porre l'accento su dinamiche indissolubilmente legate alla gestione "politica" della fornitura dei servizi sanitari, persino nei modelli di maggiore successo. Ci siamo chiesti se gli investimenti posti in essere con il pretesto di ottimizzare la spesa non mirino in realtà a ottenere consenso elettorale. E se, proprio per quella ragione, essi di fatto non finiscano per avere una modesta incidenza sul miglioramento dei risultati economici, in quanto inadeguati ad adattarsi alle mutate condizioni del mercato e del contesto socio-demografico.

FIGURA 18

Anni	Incidenza della spesa ospedalità pubblica sul totale della spesa sanitaria	Incidenza della spesa ospedalità privata accreditata sul totale della spesa sanitaria pubblica
2004	42,8%	4,1%
2005	43,2%	4,1%
2006	45,4%	4,1%
2007	46,4%	4,1%
2008	46,6%	4,1%
2009	46,8%	4,0%

Fonte: Ermeneia, 2011

La Lombardia è una delle regioni con risultati migliori dal punto di vista dell'amministrazione economica e qualitativa del servizio: ha infatti una spesa sanitaria pari al 5,4% del PIL. Seguono, a una notevole distanza, Emilia Romagna e Veneto, con il 6,1% (Ermeneia, 2012). Eppure neanche essa sembra essere stata in grado di programmare gli investimenti edilizi pubblici in modo da adattarli alle esigenze della domanda.

Questo è dimostrato dall'andamento nel tempo del numero di posti letto disponibili, quale *proxy* per la reale dimensione degli ospedali: il confronto tra la domanda – rappresentata dal tasso di ospedalizzazione e dal numero di posti letto ordinari a contratto – e l'offerta – ossia il numero di posti letto ordinari accreditati – non sembra mostrare alcuna evidenza di un ridimensionamento delle strutture ospedaliere. È infatti diminuito il numero dei posti letto del 7,6% a fronte della riduzione del tasso di ospedalizzazione del 28,8%. Tale decremento non rappresenta quindi una misura efficiente

del numero di posti letto pubblici, causando un eccesso di capacità produttiva non giustificato né dal punto di vista sociale né tanto meno da quello economico, dal momento che non tiene conto neanche dell'aumento del ruolo dei privati (+16%). Questo disequilibrio è ulteriormente confermato dal raffronto tra i posti letto ordinari accreditati e quelli a contratto, sempre nel settore pubblico: sebbene la domanda cali del 33%, l'offerta si riduce solo del 7,6%. Tale eccedenza di offerta sembra essere spiegata dalle nuove esigenze dei cittadini, che mostrano una preferenza sempre più spiccata – come evidenzia l'incremento della domanda del 12% - per il privato che, coerentemente con tale richiesta, ha aumentato l'offerta. Significativo è anche il fatto che nell'arco di un decennio il rapporto tra pubblico e privato sia variato in misura minore nel caso dell'offerta – che passa dal 2,8 nel 1998 al 2,2 nel 2007 - a fronte però di uno spostamento della domanda verso il privato – come dimostra la forte riduzione di tale valore, da 2,9 nel 1997 a 1,77 nel 2007 nei posti letto ordinari a contratto.

FIGURA 19

Posti letto ordinari accreditati			
	Totale pubblico	Totale privato	Rapporto pubblico/ privato
1998	34.517	12.323	2,801022
2007	31.889	14.338	2,22409
Variazione 1998-2007	- 7,61364	+16,3515	21,4%
Posti letto ordinari a contratto			
	Totale pubblico	Totale privato	Rapporto pubblico/ privato
1998	35.027	11.917	2,939246
2007	23.541	13.293	1,770932
Variazione 1998-2007	33	+ 12	39%
<i>Fonte: Elaborazione su dati Direzione Sanità Regione Lombardia, banca dati strutture accreditate ed iscritte al registro regionale</i>			

Persino in Lombardia, pertanto, la gestione pubblica ancora molto pervasiva appare inevitabilmente più orientata alla massimizzazione della proprio utilità, piuttosto che all'interesse collettivo. Non stupisce, dunque, come non sia in grado di adattare l'offerta alla domanda in un contesto di evoluzione delle condizioni socio-sanitarie e dei cambiamenti nella struttura del settore, in cui il privato tende a giocare un ruolo sempre più centrale e meno complementare: dove infatti c'è una buona offerta privata, la domanda tende a orientarsi verso questa. Questo sembrerebbe confermare come le scelte politiche non siano in grado di adattarsi alle nuove esigenze espresse dai cittadini: non esistono i benevoli "monarchi illuminati" interessati al benessere collettivo, ma attori razionali guidati dalla stessa mano invisibile che guida gli attori privati nel mercato, ossia l'utilità personale. Solo che l'utilità di un operatore privato è il profitto, il quale presuppone da un lato di intercettare la domanda dei pazienti, dall'altro di soddisfarli al minor costo possibile, adottando quindi processi i più efficienti possibile. Al contrario, un attore pubblico ha la propria utilità nella costruzione di consenso (e quindi di voti), il cui "costo" – per esempio la creazione o il mantenimento di ospedali inutili – viene scaricato sul contribuente, che non può sottrarsi al finanziamento del sistema sanitario. In altre parole, la funzione obiettivo del privato è massimizzare i

profitti, e se non ci riesce rischia il fallimento; la funzione obiettivo del pubblico è il consenso, che non viene compromesso (anzi) da una struttura dei costi fuori controllo, che però pesa sulle tasche dei cittadini, spesso ignari, pur non essendo loro i principali responsabili. In più, a differenza dei meccanismi di mercato, le decisioni pubbliche sono meno adattabili ai cambiamenti. La consapevolezza, poi, di poter attingere alle casse pubbliche – come dimostra il fatto che molte regioni finanziano il settore in deficit - è anche un elemento disincentivante a finire i lavori nei tempi rispettando il budget preventivato. L'ospedale di Bergamo, ad esempio, sarebbe dovuto entrare in funzione nel 2012, ma l'apertura è stata rimandata di un paio di anni, con un conseguente lievitamento dei costi dai 340 milioni preventivati a 407, su cui peseranno anche le spese per la vigilanza privata (*L'Eco di Bergamo.it*, 2011).

A fronte, quindi, della richiesta di un maggiore intervento privato – più flessibile dal punto di vista organizzativo e più stabile da quello economico - una buona amministrazione del servizio sanitario nazionale richiede una riduzione dell'offerta pubblica, che altrimenti non troverebbe né copertura economica né mercato. In sostanza, invece, nonostante la minore richiesta l'edilizia ospedaliera ha continuato ad alimentare investimenti, determinando un cattivo utilizzo delle risorse pubbliche relativamente sia alle spese di gestione sia al sottoutilizzo del capitale fisso. A tal fine, è quindi auspicabile un intervento per porre fine agli interventi di “keynesismo ospedaliero”, ossia per definire azioni finanziarie mirate a razionalizzare la spesa interrompendo così, coerentemente con la riduzione della domanda, il trend nazionale di costante crescita della spesa ospedaliera pubblica, senza però causare un peggioramento della qualità dell'offerta.

Appendice

Per avere i dati relativi all'ospedale di Lecco si sono chieste informazioni sia alla Direzione Generale della Regione Lombardia che al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Lecco. Ad entrambi gli enti pubblici è stata mandata una raccomandata, rispettivamente in data 24 febbraio 2012 e 20 marzo 2012, con il seguente testo:

Spettabile Direzione,

con la presente si richiedono, per motivi di studio, i dati relativi alle spese sostenute per la costruzione dell'ospedale Manzoni di Lecco, con la specificazione di quanto è stato pagato dallo Stato, quanto dalla Regione Lombardia, quanto dall'Azienda Sanitaria, e, infine, a quanto sono ammontati i contributi dei privati.

Confidando in un Vostro positivo e pronto riscontro, essendo dati che possono tranquillamente essere resi pubblici, Vi alleghiamo qui di seguito le informazioni sul nostro Istituto di Ricerca e Vi inviamo i nostri più cordiali saluti.

Dopo sollecitazioni telefoniche, la risposta in data 4 maggio 2012 del Direttore Amministrativo dell'Ospedale di Lecco, Roberto Pinardi, è stata:

Alla c.a. della sig.ra Lucia Quaglino

OGGETTO: richiesta dati relativi alle spese sostenute per la costruzione del Presidio Ospedaliero "A. Manzoni" di Lecco.

Con riferimento all'oggetto spiace comunicare che quest'Azienda non ritiene di aderire alla Vostra richiesta di trasmissione dati formulata nella vostra nota del 20.3.2012.

Distinti saluti.

Relativamente alla Regione Lombardia, non avendo ottenuto riscontri, ho scritto dal mio account personale un tweet il 2 maggio a [@LombardiaOnLine](#): "ho mandato una raccomandata alla DGsanità il 24 febbraio e non ho ancora ricevuto risposta...qualche plausibile spiegazione?", a cui è seguita risposta tramite posta elettronica il 3 maggio:

Gentile Lucia Quaglino,

in merito alla Sua segnalazione su Twitter del 2 maggio, inerente la risposta ad una Sua raccomandata del 24 febbraio u.s., comunico che la Sua nota, con timbro postale del 4 aprile, è stata ricevuta dal protocollo generale regionale in data 11 aprile e trasmessa alla DG Sanità, Struttura Edilizia Sanitaria il 16 aprile.

La Struttura si è attivata per la selezione e la raccolta dei dati da Lei richiesti e Le peverrà a stretto giro di posta lettera scritta a firma del Dirigente, Dott. Luca Merlino.

Cordiali saluti

Il 10 maggio è arrivata la raccomandata datata 4 maggio da parte del Dirigente della Struttura Edilizia Sanitaria dott. Luca Merlino:

c.a. Sig.ra Lucia Quaglino

Oggetto: Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco.

In riferimento alla Vostra lettera, si allegano i dati relativi alle spese sostenute per la costruzione del nuovo Ospedale di Lecco.

Cordiali saluti.

Seguono i dati relativi alle spese sostenute da parte di Stato e Regioni per la costruzione dell'Ospedale A. Manzoni di Lecco, riportati in Figura 3.

Bibliografia

- Bartlett W., Le Grand J., (a cura di) (1993), *Quasi-Markets and Social Policy*, London, The MacMillan Press.
- Calderola B. (2009), “Vimercate, ospedale è finito e fra un anno sarà attivo”, *Infonodo.org*, 7 dicembre 2009, <http://www.infonodo.org/node/23950>.
- Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell’assistenza sanitaria e sociale) (2006), *Rapporto Oasi 2006. L’aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Colozzi R. (2010), “Elaborazioni sui dati della Ruef”, *Il Revisore*, http://www.regioni.it/upload/ILREVISORE_120210disavanzisanita.pdf.
- De Giacomi G., R. Di Domenicantonio, Aguilar Matamoros M., Angelastro A., Pieroni E. (2009), “Posti letto e andamento giornaliero dei ricoveri”, 5° supplemento a *Monitor*, anno VIII, n. 24, pp. 106-119.
- Ermeneia (2012), *Ospedali & Salute. Nono rapporto annuale 2011*, Milano, Franco Angeli.
- Ermeneia (2011), *Ospedali & Salute. Ottavo rapporto annuale 2010*, Milano, FrancoAngeli.
- L’Eco di Bergamo.it* (2011), “Nuovo ospedale, ancora ritardi. L’apertura entro la fine del 2012”, 20 maggio, http://www.ecodibergamo.it/stories/Cronaca/206664_nuovo_ospedale_ancora_ritardi_si_dovrebbe_aprire_entro_il_2012/.
- Lozzi M. (2008), “L’assistenza ospedaliera in Italia”, *Questioni di Economia e Finanza*, n. 28.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze e Regione Lombardia, *V Atto integrativo, 2009, Programma investimenti art. 20 legge no. 67/1988*.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze e Regione Lombardia, *IV Atto integrativo, Accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari, Programma investimenti art. 20 legge no. 67/1988*.
- Ministero della Salute, *Spesa sanitaria e finanziamento del SSN*, <http://www.salute.gov.it>.
- Mozione, Oggetto: Edilizia sanitaria, VI Accordo di programma quadro e utilizzo del Fondo Rotativo Regionale, 10 ottobre 2011, www.dsregionelombardia.it.
- OECD, *Health at a glance 2011*, <http://www.oecd.org/health/healthataglance>.
- Portale di Como.it (2009), “Nuovo ospedale S. Anna Como”, 18 dicembre, <http://www.portaledi-como.it/2009/nuovo-ospedale-s-anna-como/>.
- Pelissero G. e A. Mingardi (2010), *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*, Torino, IBL Libri.
- Regione Lombardia, *Investimenti in sanità*, 26 novembre 2009, www.salute.gov.it.
- Regione Lombardia, *Le regole di sistema del servizio sanitario regionali*, a cura del dott. Lucchina
- Repubblica italiana, Regione Lombardia, 9 novembre 2009, *Bollettino Ufficiale*, Serie editoriale ordinaria n. 45.
- Sala F. (2009), “Inaugurato l’ospedale tecnologico ed ecologico Formigoni: «Esempio dell’eccellenza lombarda»”, *Il Giornale.it*, 6 dicembre, <http://www.ilgiornale.it/milano/inaugurato-lospedale-tecnologico-ed-ecologico-formigoni-esempio-delleccellenza-lombarda/06-12-2009/articolo-id=404895-page=0-comments=1>.
- Sanità, “L’edilizia sanitaria in Lombardia”, www.sanita.regione.lombardia.it.
- Sanità, “Prende forma la Città della Salute”, www.sanita.regione.lombardia.it.
- Sanità in forma – Edilizia sanitaria* (gennaio-marzo 2010), “I nuovi ospedali lombardi in cifre”.
- Sanità in forma – Edilizia sanitaria* (ottobre-novembre 2009), “Maggior comfort e funzionalità nei nuovi ospedali lombardi”.
- Turati G. (2006), “In ospedale è tempo di micro-interventi”, www.lavoce.info.
- Varese.News* (2010), “Il nuovo ospedale è pronto con i complimenti di Formigoni”, 4 febbraio, <http://www3.varesenews.it/altomilanese/articolo.php?id=163432>.

IBL Briefing Paper

CHI SIAMO

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

COSA VOGLIAMO

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

I BRIEFING PAPER

I "Briefing Papers" dell'Istituto Bruno Leoni vogliono mettere a disposizione di tutti, e in particolare dei professionisti dell'informazione, un punto di vista originale e coerentemente liberale su questioni d'attualità di sicuro interesse. I Briefing Papers vengono pubblicati e divulgati ogni mese. Essi sono liberamente scaricabili dal sito www.brunoleoni.it.