

Le funzioni non tariffate: il caso lombardo

Di Lucia Quaglinò

Introduzione

Il sistema sanitario lombardo si distingue rispetto a quello delle altre regioni italiane perché consente una maggiore competizione fra erogatori pubblici e privati. Fin dalla seconda metà degli anni Novanta, nell'ambito della regionalizzazione della sanità, è stata fatta la scelta di perseguire una chiara separazione fra regolamentazione e fornitura del servizio che ha consentito la crescita di una forte componente privata, che ad oggi rappresenta il 36% della rete ospedaliera (si veda figura 1 a pagina 4). La legge 31/97 ha diviso nettamente le funzioni di sanità pubblica, assistenza di base e controllo dell'attività specialistica e ospedaliera – affidate alle Asl – da quelle di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie specialistiche e ospedaliere, di cui invece sono responsabili le Aziende ospedaliere pubbliche o private. Ciò ha contribuito a rendere meno cospicui i conflitti di interesse tipici quando i soggetti erogatori e controllori coincidono. Il mix di erogatori pubblici e privati ha consentito al paziente di poter scegliere tra diversi erogatori che, trovandosi in competizione tra loro, saranno incentivati a fornire servizi sanitari migliori per attirare un maggior numero di pazienti possibile. Il sistema lombardo, quindi, si distingue da quello delle altre regioni per la migliore capacità di assicurare la possibilità di scelta al paziente, pur nel rispetto dei principi di universalità e solidarietà alla base del SSN italiano.¹

Sia per il pubblico che per il privato, il meccanismo di remunerazione si fonda sul rimborso delle prestazioni sulla base di un tariffario pre-determinato (Drg).² All'interno di questo sistema "automatico" di ripartizione dei fondi esiste una fascia relativa alle "funzioni non tariffate": si tratta di fondi che la Regione assegna ad Asl e ospedali per finanziare, ad esempio, la ricerca, la didattica universitaria, la riabilitazione e le prestazioni di emergenza-urgenza e per i quali indubbiamente possono esistere margini di discrezionalità.

L'ammontare annuo, erogato in base al rispetto di parametri teoricamente i

1 Pelissero G. (2010), "Il sistema sanitario italiano: una realtà in continua evoluzione", in Pelissero G., Mingardi A. (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*, Torino, IBL Libri; Pelissero G. (2011), "Verso un nuovo welfare sanitario. Il caso Lombardia", in Pelissero G., Scudiero L., *Il futuro del welfare sanitario. Un caso italiano e uno spagnolo*, Torino, IBL Libri.

2 *Diagnosis-related group*, il cui equivalente italiano è Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD): il Drg è un sistema che permette di classificare i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alla quantificazione economica di risorse impegnate, consentendo così di remunerare ogni episodio di ricovero. Uno dei fini ultimi di tale meccanismo è il controllo della spesa sanitaria.

Lucia Quaglinò è Fellow dell'Istituto Bruno Leoni.

più oggettivi possibile, è stabilito da una delibera regionale. Nel caso lombardo, l'ultima è la no. IX / 2132 del 4 agosto 2011 dove, per il 2010, veniva stanziata una somma pari a 994.735.036 euro. Si prevedeva inoltre che l'incremento delle risorse rispetto al 2009, per le singole strutture accreditate o per l'ente gestore di più strutture, non fosse superiore alla soglia del 40%. Complessivamente, il budget per le funzioni non tariffate tra il 2007 e il 2010 è stato sempre attorno a un miliardo di euro annui.

Nelle ultime settimane sono state sollevate pesanti contestazioni sull'impiego delle funzioni non tariffate.³ I critici hanno infatti sostenuto che la possibilità di fare un ricorso parzialmente discrezionale a queste risorse sia stata utilizzata dall'amministrazione regionale per attribuire extra-finanziamenti agli ospedali privati. Inoltre molta confusione è stata fatta fra le funzioni non tariffate e la cosiddetta legge Daccò, che ha finalità e modalità attuative completamente diverse.

Questo Focus intende analizzare l'impiego che effettivamente è stato fatto dei fondi per le funzioni non tariffate e dei fondi previsti dalla legge Daccò allo scopo di verificare se esse sono state utilizzate per distribuire surrettiziamente risorse a vantaggio degli erogatori di diritto privato.

L'analisi delle funzioni non tariffate nel tempo: pubblico vs privato

Molte accuse alla base delle inchieste sulla sanità lombarda fanno riferimento a una legge regionale varata nel 2007 – la no. 34 del 28 dicembre 2007, nota ormai come legge Daccò⁴ – finalizzata a concedere fondi (nel 2007 pari a 56 milioni di euro) ai privati per migliorare le strutture di assistenza sanitaria e che nulla ha a che vedere con le funzioni non tariffate e la loro disciplina giuridica. All'art. 1, dove si definivano i soggetti beneficiari, era infatti esplicitato quanto segue:

“A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge e fino al 31 dicembre 2010 è autorizzata l'erogazione di contributi a favore dei soggetti privati che, alla data del 31 marzo 2007, operano da statuto senza fini di lucro, non sono controllati da società con fini di lucro e svolgono attività di ricovero e cura in regime di accreditamento a contratto, con oneri a carico del servizio sanitario regionale, in strutture ospedaliere ubicate in Lombardia”.

La “legge Daccò”, pertanto, è esplicitamente pensata per il privato non profit. È appena il caso di ricordare in questa sede che tali realtà hanno speciali privilegi e sono esentate dall'obbligo di presentare i bilanci, se enti non commerciali.⁵

Al centro dei recenti scandali che hanno coinvolto la sanità lombarda vi sono non a caso due strutture non profit, la Fondazione San Raffaele del Monte Tabor e la Maugeri

3 Si vedano, tra gli altri, Corica A., “Dal Pirellone un fiume di soldi al San Raffaele e alla Maugeri”, *La Repubblica*, 26 aprile 2012, http://milano.repubblica.it/cronaca/2012/04/28/news/maxi_rimborsi_alla_maugeri_in_sette_anni_148_milioni-34070943/; Franco L., “Sanità in Lombardia: «Ai privati 176 milioni in 3 anni, 84 finiti a S. Raffaele e Maugeri»”, *Il Fatto Quotidiano*, 21 aprile 2012, <http://www.ilfattoquotidiano.it/2012/04/21/anni-milioni-strutture-sanitarie-private-raffaele-maugeri/206036/>; “Fondazione Maugeri: in sette anni creati fondi neri per 56 milioni di euro, undici volte il San Raffaele”, *Il Sole 24 Ore*, 13 aprile 2012, <http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2012-04-13/fondazione-maugeri-sette-anni-212700.shtml?uuid=AbKqVfNF>

4 Legge Regionale 28 dicembre 2007, n. 34, “Politiche regionali di sviluppo dei soggetti non profit operanti in ambito sanitario”, *BURL* n. 52, 1° suppl. ord. del 29 Dicembre 2007.

5 Massimo Mucchetti ha esplicitamente ricordato come proprio tale opacità abbia consentito al San Raffaele di don Verzé una gestione così spericolata. Mucchetti M., “Il sacro (e il profano) nei conti del Raffaele”, *Corriere della sera*, 26 luglio 2011, http://archiviostorico.corriere.it/2011/luglio/26/Sacro_Profano_nei_Conti_del_co_8_110726010.shtml

che, in virtù della “legge Daccò” hanno ricevuto risorse extra per un valore di 84 milioni di euro tra il 2008 e il 2010. Ciò è bastato per fare di tutta l’erba un fascio, condannando il settore privato nel suo complesso nonostante all’interno di tale mondo esistano sia le realtà non profit – di cui fanno parte i due ospedali citati – sia quelle orientate al profitto, che andrebbero quindi tenute ben distinte in quanto basano il loro comportamento su presupposti molto diversi.

Gli ospedali di diritto privato che sono imprese for profit sono soggetti a tutti i vincoli e alle normative che tipicamente regolano la vita delle imprese. Sono inoltre soggetti ai medesimi incentivi: la ricerca del profitto, il dover dar conto ai propri investitori e azionisti, un rapporto trasparente coi creditori contribuiscono ad orientarne l’azione.

Gli erogatori non profit sono in una zona grigia: privati, ma non “di mercato”, esibiscono caratteristiche affini a quelle degli enti pubblici. Non dovendo rispondere direttamente e personalmente di eventuali perdite, è probabile che essi tenderanno ad adottare comportamenti opportunistici non orientati a una gestione virtuosa. Infatti, indipendentemente dai risultati economici e qualitativi raggiunti, sanno che otterranno comunque il finanziamento. La legge Daccò aveva proprio questo fine, ossia la tutela di tali enti indipendentemente dai meriti propriamente aziendali: gli effetti distorsivi non si sono fatti attendere. Diversamente dalla legge Daccò le funzioni non tariffate sono una modalità di pagamento che viene introdotta con il D.L. 502/92. Esse riguardano tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, e come già abbiamo ricordato nascono con l’obiettivo di rendere sostenibili alcuni servizi e funzioni che non possono trovare remunerazione nelle tariffe Drg. L’esempio più tipico è rappresentato dal pronto soccorso, un servizio che deve essere presente e operativo 24 ore al giorno indipendentemente dal numero di prestazioni effettivamente erogate.

Di seguito si analizzerà l’andamento delle funzioni non tariffate nel tempo, mettendo a confronto il pubblico e il privato, per verificare come tali contributi siano stati ripartiti.

La tabella 1 mostra come le risorse siano destinate in misura ridotta ai privati, non solo in anni recenti ma già dal 2003: nel 2010 (ultimo anno in cui si hanno bilanci certificati), hanno ottenuto 188 milioni su 994 totali erogati. In termini percentuali, più dell’81% delle risorse è assegnato al pubblico, mentre meno del 19% è stato destinato ai privati.

TABELLA 1

Funzioni non tariffate – raffronto anni 2003 – 2010

Riepilogo Enti Sanitari	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Media
Enti Pubblici	81,6	80,08	77,69	75,86	81,52	83,33	80,6	81,07	80,2
Enti privati	18,4	19,92	22,31	24,14	18,48	16,67	19,4	18,93	19,7

Fonte: Elaborazioni dell’autrice su dati delle delibere regionali (2010 – DGR n. 2132 del 04/08/2011, 2009 – DGR n. 9/133 del 17/6/10, 2008 – DGR n. 9675 del 30/6/2009, 2007 – DGR n. 8731 del 22/12/08, 2007 – DRG N. 7860 del 30.7.2008 qualità avanzata, 2007 – DGR n. 7294 del 19/5/08, 2006 – DGR n. 5159 del 25/7/07, 2005 – DGR n. 3065 del 01/08/2006, 2004 – DGR n. 370 del 20/07/2005, 2003 – DGR n. 17250 del 23/04/2004)

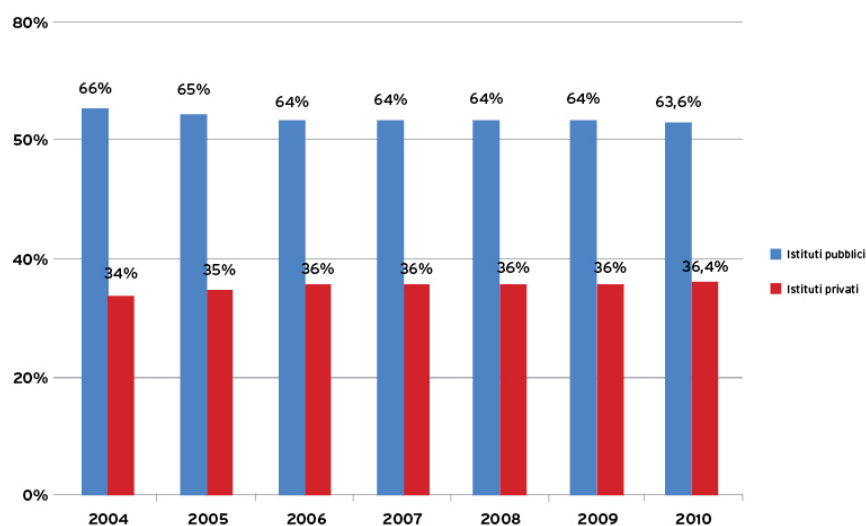
Tra il 2003 e il 2010 la quota destinata ai privati è cresciuta impercettibilmente, guadagnando circa mezzo punto percentuale, e quella pubblica si è ridotta di pari misura. Nel frattempo la “torta” è quasi raddoppiata, passando da meno di 600 milioni di euro a circa 1 miliardo. Il divario esistente – in un rapporto di un euro a quattro tra pubblici e privati – assume un valore anche maggiore se si confrontano i volumi di attività (figura 1): il pubblico rappresenta il 64%, il privato il 36%. Mentre però il primo ottiene rimbor-

si per una quota maggiore del proprio volume di attività (l'81%), il secondo invece riceve una percentuale decisamente inferiore (18,9%, praticamente la metà).

FIGURA 1

Sistema ospedaliero della Lombardia. Rete a gestione pubblica e rete a gestione privata

Volume di attività (Comprensivo di day hospital)



Fonte: Sistema informativo sanitario della Lombardia

Nel 2010, delle dieci strutture lombarde che hanno ottenuto i fondi più elevati, nove sono comunque pubbliche. Tra i privati, in cima alla classifica ci sono quelli non profit: la Fondazione San Raffaele del Monte Tabor figura al secondo posto, seguita dalla Maugeri, al 21esimo posto con 20.743.682 euro. I privati for profit sono rari nelle posizioni iniziali della classifica, essendo quelli che hanno meno usufruito di questi finanziamenti. Infatti i privati non profit, pur rappresentando una percentuale minore (circa il 31%), assorbono il 64% delle risorse assegnate.

Dal 2008 al 2010 il complesso delle strutture accreditate ha ricevuto 575 milioni di euro, di cui 219 – quasi il 40% – erogati a due sole non profit: Fondazione San Raffaele del Monte Tabor e Maugeri (tabella 3).⁶

Solo questi due attori hanno inoltre assorbito una enorme porzione – nel 2008-2010 quasi il 48% (84 milioni⁷ su 176) – dei contributi della legge Daccò.

Se andiamo a considerare la ripartizione delle prestazioni non tariffate, due dati emergono chiaramente:

- a) sono stati soprattutto (in misura pari all'80% in media tra il 2003 e il 2010) i soggetti pubblici i veri beneficiari di tali fondi;

⁶ Complessivamente, i 219 milioni destinati alle due strutture private rappresentano solo il 7,3% sul totale di 3 miliardi (percentuale che si riduce al 6,2% nel 2010). Lo ha attestato la stessa Regione Lombardia in una nota, il riferimento alla quale è reperibile qui: Regione Lombardia, "Funzioni non tariffabili, 81% agli ospedali pubblici", *Lombardia Notizie*, 27 aprile 2012, <http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=News&childpagename=Regione%2FDetail&cid=1213516270433&pagename=RGNWwrapper>

⁷ Tuttavia, secondo la regione Lombardia, sarebbero solo 44. Franco L., "Sanità in Lombardia: "Ai privati 176 milioni in 3 anni, 84 finiti a S. Raffaele e Maugeri"", *Il Fatto Quotidiano*, 21 aprile 2012, <http://www.ilfattoquotidiano.it/2012/04/21/anni-milioni-strutture-sanitarie-private-raffaele-maugeri/206036/>

- b) nel privato, quasi il 40% del totale è stato assorbito da due realtà non profit; tale percentuale sale a circa il 48% se si considerano i fondi assegnati sulla base dei criteri della legge Daccò.

TABELLA 2 Funzioni Non Tariffate Anno 2010		
Tipologia	Aziende Sanitarie	Totale
Pubblico	A.O. Brescia	52.833.000
Privato	Fondazione San Raffaele del Monte Tabor	41.052.809
Pubblico	A.O. Vimercate	38.691.000
Pubblico	IRCCS Osp Policlinico – MI	38.214.000
Pubblico	A.O. Varese	37.304.000
Pubblico	A.O. legnano	34.836.000
Pubblico	A.O. I.C.P.	34.532.000
Pubblico	A.O. Como	31.663.000
Pubblico	A.O. Niguarda	30.882.999
Pubblico	A.O. Busto Arsizio	30.231.000
TOTALE		994.735.036

Fonte: Elaborazioni dell'autrice su dati delle delibere regionali (2010 – DGR n. 2132 del 04/08/2011, 2009 – DGR n. 9/133 del 17/6/10, 2008 – DGR n. 9675 del 30/6/2009, 2007 – DGR n. 8731 del 22/12/08, 2007 – DRG N. 7860 del 30.7.2008 qualità avanzata, 2007 – DGR n. 7294 del 19/5/08, 2006 – DGR n. 5159 del 25/7/07, 2005 – DGR n. 3065 del 01/08/2006, 2004 – DGR n. 370 del 20/07/2005, 2003 – DGR n. 17250 del 23/04/2004)

TABELLA 3 Storico delle funzioni non tariffate assegnate agli ospedali Maugeri e San Raffaele.		
	Maugeri	San Raffaele
2003	17.003.021	31.400.799
2004	19.197.636	37.587.505
2005	22.788.306	40.137.269
2006	24.359.487	41.821.458
2007	23.710.231	43.945.754
2008	25.112.271	47.842.641
2009	26.465.910	58.026.312
2010	20.743.682	41.052.809
TOTALE	179.380.544	341.814.547

Fonte: Elaborazioni dell'autrice su dati delle delibere regionali (2010 – DGR n. 2132 del 04/08/2011, 2009 – DGR n. 9/133 del 17/6/10, 2008 – DGR n. 9675 del 30/6/2009, 2007 – DGR n. 8731 del 22/12/08, 2007 – DRG N. 7860 del 30.7.2008 qualità avanzata, 2007 – DGR n. 7294 del 19/5/08, 2006 – DGR n. 5159 del 25/7/07, 2005 – DGR n. VIII/3065 del 01/08/2006, 2004 – DGR n. VIII/370 del 20/07/2005, 2003 – DGR n. 17250 del 23/04/2004)

Conclusioni

L'analisi dei dati mostra che le funzioni non tariffate rappresentano uno strumento prevalentemente a favore degli erogatori pubblici e, per quanto riguarda il comparto privato, tali fondi vanno tipicamente a beneficio di strutture non profit. Al contrario, gli erogatori privati che invece ragionano e si comportano quali aziende for profit sono più liberi dalle dinamiche e dagli interessi della politica locale. Esse tendono quindi ad avere risultati gestionali più virtuosi.

Fra erogatori privati, è quindi opportuno distinguere gli ospedali orientati alla ricerca del profitto dai non profit. La discriminazione di trattamento tra i diversi attori è finalizzata a "preservare" questi ultimi dalla concorrenza. Ciò fa sì che una componente della sanità privata non sia "responsabilizzata", come tipicamente avviene in presenza di incentivi di mercato.

Anche in sanità, nel privato gli utili segnalano se si sta agendo bene o no e la consapevolezza di non poter ricevere fondi aggiuntivi che consentono di coprire le perdite e, ancora di più, di dover rispondere personalmente di eventuali sforamenti (invece di farne cadere l'onere della copertura sulla collettività), riduce l'azzardo morale tipico di pubblico e privato non profit: essi infatti, a differenza dei privati for profit, sanno che otterranno comunque il finanziamento indipendentemente dai risultati economici e dalle prestazioni effettivamente erogate ai cittadini. Senza responsabilizzazione (che ha una dimensione sia economica che reputazionale) non c'è precauzione: mancano quindi gli stimoli per una gestione virtuosa.

Le funzioni non tariffate, dunque, dovrebbero essere ripensate in modo da evitare un trattamento discriminatorio nei confronti dei privati for profit e ridurre il rischio che le strutture pubbliche e private non profit adottino comportamenti opportunistici nella consapevolezza di poter ottenere fondi extra anche in situazioni di non copertura dei costi.

Il caso delle funzioni non tariffate non deve quindi indurre a conclusioni affrettate che condannano il ruolo dei privati e del modello sanitario lombardo nel complesso, ma piuttosto dovrebbe indurre riflessioni in merito alla necessità di introdurre quanto più possibile anche in questo settore i meccanismi di mercato, che tendono a premiare, attraverso la ricerca dei profitti e la responsabilizzazione in caso di errori e fallimenti, l'efficienza e la trasparenza.

IBL Focus

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.