

IRCCS Santa Lucia pubblico

La sanità italiana tra battaglie di principio e soldi buttati

Di Paolo Belardinelli

Una norma contenuta nel decreto-legge “Omnibus” del 7 agosto 2024 ha temporaneamente salvato dal fallimento l’ospedale privato IRCCS Santa Lucia di Roma, eccellenza della ricerca nelle neuroscienze e della neuroriabilitazione. Il comma 4 dell’articolo 11 del decreto¹ prevede infatti l’assegnazione, per il solo anno 2024, di un contributo di 11 milioni di euro. Questo ha consentito alla fondazione Santa Lucia IRCCS di pagare gli stipendi e proseguire nella gestione ordinaria in vista di una soluzione strutturale.

L’erogazione straordinaria è, però, una misura transitoria. In una riunione a settembre, presieduta dal ministro delle Imprese e del Made in Italy Adolfo Urso, e alla presenza del ministro della Sanità Orazio Schillaci, del ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Maria Elvira Calderone, e del Presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, i vertici della Fondazione hanno richiesto l’avvio della procedura di amministrazione straordinaria.

Contemporaneamente, nell’iter di conversione del medesimo decreto Omnibus, il governo ha accolto un emendamento che, nella possibile acquisizione del Santa Lucia, favorisce le fondazioni di diritto pubblico o di diritto privato istituite per legge. Infatti, il successivo articolo 11-bis prevede che, nell’ambito di procedure di amministrazione straordinaria (quale è quella dell’istituto romano), “in caso di vendita di complessi aziendali operanti nei settori della ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari di ricovero e cura di alta specialità e di eccellenza, è riconosciuto il diritto di prelazione alle Fondazioni di diritto pubblico o di diritto privato istituite per legge che svolgono attività nel settore della ricerca biomedicale o che sono abilitate ad operare” negli stessi settori. Non inganni la formulazione apparentemente generale: si legge facilmente tra le righe che la norma riguarda, appunto, l’IRCCS Santa Lucia e la Fondazione Enea Tech (della quale lo stesso emendamento amplia l’oggetto sociale estendendolo alla possibilità di gestire strutture ospedaliere), come del resto immediatamente riconosciuto dalle agenzie specializzate.² Tale fondazione potrà operare

Paolo Belardinelli è Research Fellow dell’Istituto Bruno Leoni.

1. [Decreto-legge 9 agosto 2024](#), n.113, convertito con modificazioni dalla L. 7 ottobre 2024, n. 143 (in G.U. 08/10/2024, n. 236).
2. <https://www.publicpolicy.it/dl-omnibus-e-irccs-s-lucia-entra-in-gioco-la-fon->

tramite la creazione di un ente no-profit partecipato anche dalla Regione Lazio.

Si tratta dello stesso governo che è stato accusato da più parti di agire consapevolmente per eliminare la sanità pubblica a favore di quella privata. In questo caso, il governo si è speso per espandere il perimetro della sanità pubblica. I soldi dei contribuenti sono stati utilizzati per dare un po' di ossigeno a un ospedale privato, evidentemente mal gestito – si parla di un debito accumulato di oltre 150 milioni di euro, ed è probabile che saranno anche usati per dotare la nuova fondazione di risorse per il risanamento dell'Istituto. In questo documento si analizza questa scelta politica. In sintesi, si tratta di una scelta che ben rappresenta un approccio ricorrente dei decisori pubblici italiani alla sanità: ciò che conta sono le apparenze e va bene usare i soldi dei contribuenti per una battaglia di principio: “Santa Lucia pubblico! Bisogna garantire la continuità assistenziale”. Purtroppo, questo approccio impedisce che le poche risorse a disposizione siano impiegate meglio e dove possono produrre più risultati. Dietro la bandiera della sanità pubblica, si buttano soldi a spese del servizio al pubblico.

Auspiciando che il governo possa fare marcia indietro e quanto meno eliminare quel diritto di prelazione che finirà col penalizzare gli attuali creditori del Santa Lucia (essendoci una parte, quella pubblica, favorita nell'eventuale asta, la stessa asta sarà poco o per nulla partecipata e, quindi, la procedura ricaverà meno denaro di quanto avrebbe potuto) e a nulla serve se non a garantire l'esercizio di un nuovo controllo politico sulla struttura, si delinea la possibilità che il salvataggio da parte del governo sia solo un passaggio intermedio prima di una gara pubblica che tenti di identificare un nuovo proprietario privato.

La legge arbitraria

Innanzitutto, da un punto di vista meramente legale, l'intervento del governo a salvataggio della Fondazione Santa Lucia viola i principi di generalità e astrattezza della legge, concetti fondamentali nel diritto, che in linea teorica dovrebbero contribuire a garantire l'equità e l'imparzialità del sistema giuridico. Non scopriamo oggi che la legge italiana continuamente tradisce questi due principi, ma è utile ricordarlo per evidenziare il livello di imbarbarimento del processo di creazione delle leggi.

Il primo principio menzionato, quello di generalità, implica che una legge deve applicarsi a una categoria ampia di soggetti e situazioni, piuttosto che a casi o individui specifici. In questo modo, la legge dovrebbe quindi valere per tutti coloro che rientrano nelle situazioni previste dalla norma, senza favorire o svantaggiare determinati soggetti o gruppi. Secondo il principio di astrattezza invece, una legge non dovrebbe riferirsi a fatti concreti e specifici, ma piuttosto regolare situazioni e comportamenti in modo generale. Le norme dovrebbero stabilire regole di condotta valide per situazioni ipotetiche che si potrebbero verificare in futuro, anziché regolamentare casi individuali e specifici. Dovrebbero essere, appunto, astratte, al fine di salvaguardare la neutralità del sistema giuridico.

Entrambi questi principi sono finalizzati a prevenire l'arbitrarietà legislativa, evitando che il potere normativo venga utilizzato in modo eccessivamente personalistico o strumentale. In questo caso, ci troviamo di fronte a due interventi che violano

chiaramente entrambi questi principi. Il primo intervento assegna un contributo straordinario di 11 milioni di euro a un soggetto specifico, ovvero la Fondazione Santa Lucia. Si tratta di un soccorso diretto, esplicito e finalizzato a sanare il bilancio della Fondazione (e non di altri soggetti) per l'anno in corso, a tutto beneficio dei suoi azionisti. Il secondo intervento crea una norma ad hoc per assegnare, nell'ambito di procedure di amministrazione straordinaria, il diritto di prelazione alle fondazioni pubbliche o private istituite per legge, ovvero la Fondazione Enea Tech Biomedical, che nello stesso emendamento vede ampliata ad hoc la propria capacità di azione, rendendola perfettamente abile per essere in pole position nel processo di vendita dell'ospedale Santa Lucia IRCCS, altro soggetto specifico e concreto. All'apparenza si tratta di un nuovo istituto potenzialmente applicabile a una pluralità di situazioni, purché siano coinvolti soggetti in amministrazione straordinaria. Ma è chiaro a tutti, se non proprio esplicitamente dichiarato, che anche in questo caso l'obiettivo ha nome e cognome.

Vale la pena notare che la scelta e concreta del legislatore, in questo caso, non solo consiste nel dirottare risorse pubbliche verso una singola struttura privata malgestita, ma anche nel favorire l'assegnazione della futura proprietà a una fondazione terza. Nel merito di questa ultima scelta, non si capisce peraltro in base a quali criteri la Fondazione Enea Tech Biomedical possa risultare una buona soluzione per la gestione di una struttura ospedaliera. L'origine di questa fondazione risale al Governo Conte II e la sua ragione d'essere non è esattamente chiara.³ Di certo, non si tratta di una Fondazione specializzata nel risollevare le sorti di strutture ospedaliere ormai decotte, non avendo alcuna esperienza in tal senso, tanto che, come detto, il decreto Omnibus interviene anche sui suoi settori di attività, ampliandone il perimetro proprio al fine di consentire l'acquisizione del Santa Lucia.

Il mercato delle strutture ospedaliere

Dal punto di vista economico, l'aiutare finanziariamente un ospedale privato e il favorire un soggetto pubblico nel processo di acquisizione dello stesso altera il processo concorrenziale nel mercato delle strutture ospedaliere, già di per sé limitato dai numerosi vincoli di legge e dalla prevalente presenza di operatori pubblici, non soggetti al rischio di fallimento. Il sistema più efficiente di organizzare un mercato è generalmente la concorrenza, in virtù dei benefici che porta ai consumatori. In questo caso l'amministrazione straordinaria del Santa Lucia si troverà nell'impossibilità di rispondere appieno agli interessi dei creditori (fornitori, banche, ecc.), in quanto gli stessi si troveranno – verosimilmente – a doversi accontentare di meno risorse rispetto a quelle che sarebbero potute rinvenire da un'asta competitiva non alterata dalla prelazione a favore di un soggetto (o di una categoria di soggetti), prelazione che scoraggerà altri soggetti dal formulare offerte concorrenziali.

Eppure, nel settore sanitario italiano questa idea non attecchisce. In nome dei principi dell'universalità dell'accesso alle cure e dell'esenzione dal pagamento per

3. Una recente indagine di Carlo Tecce per L'Espresso ha preso di mira la fondazione, che avrebbe consumato molte risorse in consulenze e uffici ma non avrebbe trovato una propria, evidente ragione d'essere. Osserva Carlo Tecce: "si candida con prepotenza a un posto nella galleria dei carrozzoni dello Stato": <https://lespresso.it/c/inchieste/2023/11/20/il-megaflop-di-enea-tech-il-carrozzone-di-stato-che-doveva-innovare-spende-solo-in-affitti-e-poltrone/46553>

i pazienti – principi comunque spesso disattesi – vengono giustificate alterazioni alla concorrenza di vario tipo, dal controllo dei prezzi delle prestazioni da parte del regolatore fino all'erogazione diretta del servizio da parte del soggetto pubblico, che quindi è spesso uno e trino: regolatore, finanziatore e erogatore.

Nel settore sanitario si parla di quasi-mercato e non di mercato. Un mercato concorrenziale viene infatti definito tale quando l'entrata e l'uscita degli operatori dal mercato stesso risulta agile e contemporaneamente viene salvaguardata la libertà di esercizio dell'attività imprenditoriale. Nel settore sanitario, è noto, esistono limiti su tutte queste dimensioni. La libertà di entrata è ostacolata da norme nazionali e procedure di accreditamento obsolete, che risalgono all'inizio degli anni '90. La libertà di svolgimento dell'attività imprenditoriale viene ostacolata da una gran mole di regole, che vanno appunto dalla regolazione dei prezzi fino all'assegnazione di budget prestabiliti che le strutture non possono superare. La libertà di uscita è principalmente ostacolata dall'impossibilità per le aziende ospedaliere pubbliche di fallire. L'intervento del governo sancisce di fatto l'impossibilità di fallire anche per le aziende ospedaliere private.

Nonostante i limiti tipici del settore sanitario, va sottolineato che è importante tentare di salvaguardare alcuni meccanismi che favoriscono un qualche livello di competizione tra strutture ospedaliere. I benefici che comporta un maggior livello di competizione riguardano innanzitutto una gestione più virtuosa delle strutture stesse e la loro specializzazione nel soddisfare i bisogni dei pazienti. Non a caso la regione che più ha tentato di fare leva sulla competizione tra strutture ospedaliere pubbliche e private, ovvero la Lombardia, è anche quella che attrae più pazienti⁴ grazie alla presenza di numerose strutture specializzate su diversi ambiti di cura. Si trovano in Lombardia 18 IRCCS su 51 complessivi in Italia.

Nondimeno, rispetto alla gestione delle strutture, i benefici dinamici del processo concorrenziale si vedono anche nella selezione degli operatori più efficienti. In questo senso, la possibilità del fallimento rappresenta il meccanismo con cui il processo concorrenziale concretizza la selezione degli operatori più efficienti. Esso costituisce l'esito naturale per quelle aziende che si trovano in stato di insolvenza, ovvero che non hanno la capacità di soddisfare regolarmente (nei tempi e nei modi dovuti) le proprie obbligazioni. Quando interviene lo stato, chiaramente insolvenza non necessariamente significa inadempienza. Un ospedale che continui a soddisfare le proprie obbligazioni tramite risorse pubbliche può continuare ad adempiere ai propri obblighi pur essendo insolvente di fatto, ovvero in uno stato per cui le risorse ricavate dalla gestione (inclusi i trasferimenti pubblici, che consentono la gratuità delle cure ove previsti) non sono sufficienti a coprire gli obblighi necessari alla gestione.

L'impossibilità di fallire per le strutture sanitarie pubbliche rappresenta un'importante barriera alla possibilità che i benefici del processo concorrenziale possano

4. Nel 2023, sono sette le regioni italiane a presentare un bilancio attivo sulla mobilità sanitaria, mentre le altre 14 hanno saldi negativi. La Lombardia riporta il saldo attivo più alto di tutte le regioni, pari a 579 milioni, seguita dall'Emilia Romagna con 465 mln. Seguono il Veneto con 189 mln, la Toscana con 58 mln, il Molise (22 mln), Pa Bolzano (1 mln) e Pa Trento con 2,8 mln. Le altre 14 regioni sono in passivo.

concretizzarsi.⁵ Estendere questa barriera anche alle strutture sanitarie private, come farebbe il governo con la Fondazione Santa Lucia, non fa che peggiorare la situazione. Vale la pena sottolineare che il fallimento non implica eliminare i fattori produttivi della struttura fallita, ma apre alla possibilità che questi vengano riallocati in maniera più efficiente rispetto alla situazione precedente. Naturalmente, perché questo avvenga, si deve dare la possibilità agli operatori sul mercato di poter acquisire la struttura nella procedura di amministrazione straordinaria, a parità di condizioni, non favorendo una parte “regalandole” il diritto di prelazione. La statalizzazione elimina questa possibilità e, al contrario, il diritto di prelazione per mezzo di legge assegnato a una fondazione partecipata dalla Regione Lazio ostacola apertamente potenziali diversi compratori che volessero entrare in gara per l’acquisizione.

Una scelta insensata

Al di là dei meccanismi concorrenziali, ci sono almeno altri due motivi che rendono questa decisione particolarmente poco sensata. Il primo riguarda la gestione delle strutture sanitarie pubbliche. Qualcuno potrebbe infatti auspicare che sia il soggetto pubblico, appropriandosi dei fattori produttivi dell’ospedale privato, a migliorarne la gestione. L’esperienza ci dice che questo non è, a essere buoni, probabile. Le strutture sanitarie pubbliche non brillano infatti per virtuosità nella gestione economico-finanziaria, né in Lazio né altrove in Italia. L’archivio banca dati economico-finanziari regionali del Ministero della Salute⁶ pubblica i conti economici di tutte le aziende sanitarie nelle regioni. I bilanci pubblicati, seppur non sempre facilmente leggibili, possono fornire qualche evidenza sulla gestione, per capire per esempio se i ricavi delle strutture ospedaliere pubbliche dovuti a prestazioni e servizi siano sufficienti a coprirne i costi di gestione o se, diversamente, siano necessarie coperture aggiuntive da parte della regione per chiudere i bilanci.

In Lazio, come in tutte le altre regioni ad eccezione della Lombardia, molti presidi ospedalieri sono a gestione diretta delle Asl. Le aziende ospedaliere autonome il cui conto economico viene pubblicato dalla banca dati del Ministero della Salute sono solo sette.⁷ Analizzando i conti economici di queste sette aziende ospedaliere, le risorse necessarie a coprire la gestione che non trovano un legame diretto né con le prestazioni erogate né con alcuna funzione di ricerca e non di ricerca sono pari, in media,⁸ al 22,6 per cento dei costi in Lazio: si tratta di un vero e pro-

5. L’Istituto Bruno Leoni ha già dedicato in passato uno studio al problema del mancato fallimento delle aziende ospedaliere pubbliche: “Bilanci e gestione degli ospedali pubblici: una buona notizia e una proposta,” link: <https://www.brunoleoni.it/ricerche/bilanci-e-gestione-degli-ospedali-pubblici-una-buona-notizia-e-una-proposta/>
6. <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/programmazioneFinanziamentoSSN/dettaglio-ContenutiProgrammazioneFinanziamentoSSN.jsp?lingua=italiano&id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati>
7. Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini, Azienda ospedaliera S.Giovanni/Addolorata Roma, Policlinico Umberto I, Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Spallanzani IRCCS, Azienda ospedaliera Sant’ Andrea, Policlinico Tor Vergata.
8. Il dato è della gestione 2021. La media non riflette differenze importanti tra le aziende ospedaliere. Si va da un minimo di circa il 13 per cento del Policlinico Tor Vergata a un massimo di circa il 31 per cento del San Camillo/Forlanini.

prio ripianamento delle perdite pagato dai contribuenti.⁹ Dunque, pensare che la malagestione del Santa Lucia IRCCS verrà risolta grazie alla pubblicizzazione della struttura è una chimera. Piuttosto, è plausibile credere che l'influenza della politica sull'ospedale ne peggiorerà la gestione.

Il secondo motivo per cui ci troviamo di fronte a una decisione insensata riguarda lo stato delle finanze pubbliche e i conti della sanità pubblica italiana. Il piatto piange. I rappresentanti politici litigano sui numeri, selezionando specifici indicatori che considerino o meno inflazione e PIL, per sostenere come i fondi della sanità siano stati aumentati o ridotti nell'ultima legge di bilancio. Una prospettiva che tenga conto degli andamenti di lungo periodo dovrebbe tuttavia far riflettere sul fatto che sono almeno due decenni in cui le risorse a disposizione degli operatori sanitari sono di fatto stabili in termini reali, a fronte di una crescita dei costi (personale, servizi e materiale) e di un'esplosione dei bisogni sanitari dovuta a trend demografici che vedono l'allungamento delle aspettative di vita della popolazione accompagnarsi all'aumento delle cronicità. Le liste di attesa sono un segno tangibile di queste differenze tra le risorse a disposizione e i bisogni da soddisfare. Se alcune eccellenze rendono il nostro sistema sanitario in certi casi attrattivo anche all'estero, il sistema sanitario nazionale offre invece perlopiù una sanità inadeguata.

Il grafico che segue mostra la spesa sanitaria pro-capite a prezzi costanti¹⁰ in Italia e in altri Paesi a noi comparabili negli ultimi 30 anni. Se negli altri Paesi la spesa sanitaria pubblica in termini reali è più che raddoppiata, con l'unica eccezione della Germania, dove l'aumento è stato pari al 90 per cento, in Italia tra il 1994 e il 2023 la spesa sanitaria pubblica pro-capite in termini reali è aumentata di solo il 38%, ovvero poco più di un punto percentuale all'anno, passando da circa 1.274 Euro a circa 1.760 Euro. Questo è il destino di un'economia che non cresce: difficilmente aumentano le risorse da dedicare alle cose importanti come la sanità. Se la spesa è rimasta sostanzialmente stabile, non si può dire altrettanto dei bisogni sanitari. Nel 1995, il numero di persone con più di 65 anni stava intorno ai 9 milioni, rappresentando circa il 15 per cento della popolazione di allora. Oggi abbiamo superato i 14 milioni, ossia circa il 24 per cento della popolazione. La crescita può attribuirsi a fattori come l'aumento dell'aspettativa di vita e la diminuzione della natalità, che hanno trasformato la composizione demografica del paese. Con l'invecchiamento della popolazione, aumenta anche il numero di persone affette da malattie croniche, dal momento che molte di queste, come per esempio l'ipertensione, il diabete e le malattie respiratorie, colpiscono prevalentemente gli anziani, che appunto rappresentano una fetta sempre più grande della popolazione italiana. Nel 2023, si stima che circa 24 milioni di italiani soffrano di almeno una patologia cronica.¹¹

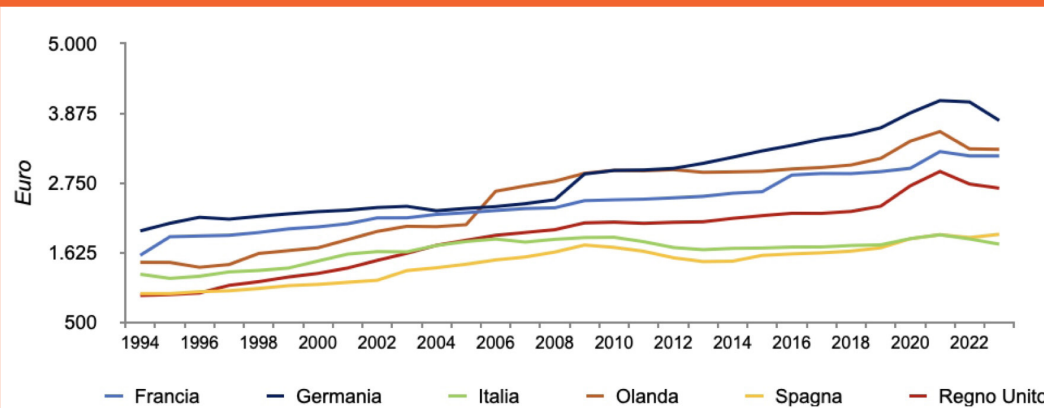
Una sanità povera, con sempre maggiori bisogni da soddisfare, che debba reggere sulle spalle anche la malagestione delle strutture sanitarie private, oltre alla malagestione di quelle pubbliche, si impoverisce ulteriormente.

9. Paolo Belardinelli e Carlo Stagnaro. "Spesa sanitaria tra pubblico e privato." LaVoce.info, <https://lavoce.info/archives/99872/spesa-sanitaria-tra-pubblico-e-privato/>

10. Riferimento al 2015.

11. Istat

Figura 1. Andamento della spesa sanitaria pro-capite in termini reali dal 1994 al 2023



Fonte: OECD Health Statistics, Health Expenditure and Financing.

Una possibile alternativa per l'Istituto Santa Lucia?

Rendere pubblico l'Istituto Santa Lucia IRCCS tramite la creazione di un ente no-profit gestito da Fondazione Enea Tech Biomedical e a cui parteciperanno enti pubblici, a partire dalla Regione Lazio, sarebbe una pessima idea. Nel breve termine, porrebbe a carico dei contribuenti sia l'esborso per l'acquisto della struttura sia la malagestione della stessa, senza una prospettiva reale di miglioramento. Un modo per buttare la polvere sotto il tappeto, che non farà altro che assorbire risorse preziose che potrebbero essere impiegate diversamente. Nel medio termine, questa decisione rischia di distorcere gli incentivi per molte strutture sanitarie private, a cui in sostanza si segnala la possibilità di rimediare a una gestione allegra delle strutture per mezzo dell'intervento dello stato e dell'impiego di risorse pubbliche. Non serve rigore nella gestione, perché nel peggiore dei casi paga Pantalone.

Non è troppo tardi per mitigare, almeno parzialmente, alcune delle conseguenze negative a breve e medio termine. Per prima cosa, sarebbe opportuno rimuovere il diritto di prelazione nell'ambito di procedure di amministrazione straordinaria assegnato alle fondazioni pubbliche o private istituite per legge, e quindi anche la Fondazione Enea Tech Biomedical, consentendo a eventuali altri attori interessati all'acquisizione della struttura di competere ad armi pari. Occorre sottolineare che, al momento, la legge semplicemente istituisce una facoltà, senza imporre alcun obbligo. Il governo, o la stessa Fondazione Enea Tech, potrebbero decidere di non usufruirne, lasciando quindi che si svolgano le procedure ordinarie per l'individuazione di un compratore, in modo da garantire la continuità operativa del Santa Lucia massimizzando, contemporaneamente, il gettito potenziale della vendita. Qualora la gestione della Fondazione Santa Lucia IRCCS passasse sotto controllo pubblico, sarebbe preferibile che questa soluzione fosse temporanea, fungendo come fase intermedia verso una vera gara per l'assegnazione della gestione dell'ospedale a soggetti privati. La continuità assistenziale sarebbe garantita, lo spreco di risorse pubblico sarebbe limitato e si lascerebbe ad altri l'onere di migliorare la gestione dell'Istituto – missione ben più complessa se nel compiere scelte difficili si deve rispondere a criteri politici.

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.