

SENZA WELFARE?

Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010

Da Nord a Sud. Considerazioni preliminari su alcuni “nodi” specifici della sanità nel Mezzogiorno a partire da un’analisi delle politiche dell’assistenza sanitaria territoriale di due regioni settentrionali

Marco Arlotti*

Paper presentato alla Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010
Sessione: nr. 1C “Processi di regionalizzazione dei sistemi sanitari in Italia e in Europa meridionale: quali prospettive fra cambiamenti di policy e dinamiche di politics”

(*) Dipartimento di Studi Sociali, Università degli Studi di Brescia
Via San Faustino, 74/b
25122 Brescia
marco.arlotti@uniurb.it

Introduzione¹

Questo *paper* ha come oggetto il tema dell'assistenza sanitaria territoriale, intendendo con ciò tutto quello che va dal sistema delle cure primarie, ovvero il medico di base, per arrivare ai servizi territoriali e socio-sanitari, come l'assistenza domiciliare, i centri diurni, le strutture residenziali. L'attenzione sarà posta, più specificamente, sull'attuale situazione di due regioni settentrionali (Lombardia ed Emilia-Romagna), collocando le stesse in un più ampio scenario comparato. Tuttavia, prima di proseguire nell'esplicitare in maniera più dettagliata il percorso che si vorrà seguire, ai fini di una più chiara comprensione delle ragioni che hanno spinto a trattare questo tema specifico, nonché della cornice entro cui lo stesso assume rilevanza, è necessaria una breve contestualizzazione.

Di fatto, uno dei processi principali che attraversa la gran parte dei paesi occidentali, ed in maggior misura il nostro paese, è quello dell'invecchiamento della popolazione. Ciò a cui si sta assistendo è una progressiva crescita del peso della popolazione anziana, ed in particolar modo degli ultra vecchi, all'interno degli equilibri della piramide socio-demografica dei diversi paesi.

Dal progressivo invecchiamento della popolazione scaturisce, inoltre, un mutamento profondo che attiene il quadro dei bisogni. Si registra, infatti, l'inversione del rapporto fra la malattia "acuta" e quella "cronica", con il forte aumento di tutta una serie di malattie croniche e a carattere degenerativo tipiche della terza età (disabilità, demenza, scompenso cronico di cuore, BPCO, diabete e neoplasie)² (Polillo, 2009: 15). La cronicità impone un tipo di gestione della malattia differente da quella "acuta", in cui si richiedono forme assistenziali più complesse ed, in particolare, di lungo periodo che possono trovare una risposta solo parziale e limitata nell'ambito tradizionale dell'intervento sanitario ospedaliero (Bissolo e Fazzi, 2005: 16). E' in questo quadro che l'assistenza sanitaria territoriale ha assunto crescente rilevanza. Peraltro, tale rilevanza si definisce in relazione non solo al perseguimento di obiettivi di "efficacia" (ovvero nella capacità di fornire una risposta più adeguata al tipo di bisogni dei malati cronici), ma anche di "efficienza", ovvero di maggiore appropriatezza nel ricorso al ricovero ospedaliero.

Prendendosi in carico della gestione di patologie che, per le proprie caratteristiche, se gestite in ambito ospedaliero possono risultare inappropriate sia in termini clinici che organizzativi, l'assistenza territoriale contribuisce, infatti, ad un maggior governo della spesa sanitaria; nonché a diminuire il carico e l'affollamento delle strutture ospedaliere. Dunque favorendo, seppur indirettamente, l'abbattimento delle liste d'attesa.

L'assistenza sanitaria territoriale, tuttavia, è strategicamente rilevante non solo in relazione (in senso stretto) alla questione della gestione della malattia cronica, ma anche per altre questioni, che attengono innanzitutto - proprio a partire dal suo forte radicamento nella società e nel territorio - la garanzia di una maggiore possibilità di accesso dei cittadini ai servizi sanitari (che costituisce a sua volta un fattore decisivo, seppur non il solo, nella lotta alle disuguaglianze sociali nella salute) (Maciocco, 2009: 2); ma anche lo sviluppo di una logica d'intervento più di natura preventiva che, a sua volta, gioca un ruolo fondamentale nel favorire e nell'incentivare la partecipazione dei cittadini (Auxilia, 2009: 8).

¹ Questo *paper* mette assieme, in via assolutamente provvisoria, alcune parti di una tesi di dottorato (peraltro ancora in via di stesura), il cui tema è quello della tutela degli anziani cronici non autosufficienti nel caso italiano. Tali tesi si colloca nell'ambito del Dottorato in Sociologia Economica, Dipartimento di Studi Sociali, Università degli Studi di Brescia (XXIII ciclo). In questo ho potuto beneficiare di una borsa di studio (2008-2010) da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Data la provvisorietà del *paper*, si prega - dunque - gentilmente di non citare senza chiedere permesso all'autore.

² Oltre alla questione dell'invecchiamento, va notato inoltre come anche i progressi della ricerca farmacologica comportino un aumento progressivo di stati patologici stabilizzati o che progrediscono lentamente (come nel caso dell'AIDS, del trapianto di organi, delle patologie tumorali stabilizzate, delle lesioni neurologiche) (Bissolo e Fazzi, 2005: 16).

E' importante, peraltro, evidenziare come tali questioni (e ciò vale per la stessa centralità strategica dell'assistenza sanitaria territoriale) siano tutt'altro che nuove. Esse, infatti, hanno costituito in particolare fra gli anni '70 ed '80 la "stella polare" nelle rivendicazioni dei movimenti sociali, politici e sindacali di lotta per la salute che hanno poi contribuito, per esempio nel nostro paese, all'approvazione della legge istitutiva sul Servizio Sanitario Nazionale.

Fatta questa breve, ma necessaria contestualizzazione, circoscrivendo l'attenzione al caso italiano, in questo *paper* sosterremo l'ipotesi secondo cui le caratteristiche dei sistemi regionali dell'assistenza sanitaria territoriale non si definiscono nel "vuoto", ovvero in maniera autoreferenziale, ma vanno lette, e comprese attentamente, in relazione a quelli che sono stati gli indirizzi strategici specifici attraverso cui le regioni hanno perseguito le politiche di riorganizzazione dei sistemi dell'assistenza ospedaliera.

E' a partire da come le regioni sono intervenute su questo versante, infatti, che si è definito il quadro di vincoli ed opportunità (intese anche in senso finanziario) per lo sviluppo, e di conseguenza per le caratteristiche, dei sistemi stessi dell'assistenza sanitaria territoriale. Tale ipotesi di partenza trae spunto, peraltro, anche da una serie di contributi presenti nell'ambito della letteratura specialistica (cfr. Caroppo e Turati, 2007), che hanno affrontato proprio questo tipo di argomento.

Tuttavia, anche le strategie di riorganizzazione dei sistemi dell'assistenza ospedaliera non si sono formate nel vuoto, ma sono risultate complementari a quelle che sono state le scelte specifiche adottate in merito al tipo di regolazione dei sistemi sanitari. Scelte che, a loro volta, vanno collocate nel quadro più generale delle riforme che hanno investito gli assetti del nostro sistema sanitario in particolare nel corso degli anni novanta, in linea anche a quanto è avvenuto nella gran parte dei paesi occidentali nella riforma dei sistemi sanitari.

L'ipotesi da cui si muove, dunque, è che per comprendere le caratteristiche dei sistemi dell'assistenza sanitaria territoriale, occorre indagare e comprendere appieno quanto avvenuto nell'ambito della riorganizzazione del sistema dell'assistenza ospedaliera, processo che a sua volta viene determinato dalle scelte fatte "a monte" dalle regioni in tema di sistema di regolazione. Motivo per cui, nella prima parte (cfr. par. 1.) affronteremo subito – per sommi capi - l'analisi delle principali riforme di sistema adottate in Lombardia ed Emilia-Romagna nell'arco dell'ultimo quindicennio circa, e ciò che ne è scaturito complessivamente in termini di sistema di regolazione (Neri, 2006).

Di seguito, "muniti" degli strumenti di comprensione delle logiche regolative dei sistemi sanitari e quindi ricostruito il contesto regolativo di fondo, affronteremo più specificamente l'oggetto di studio, ovvero le caratteristiche dei sistemi dell'assistenza territoriale (cfr. par. 2.), valutando le stesse specificamente in relazione alle modalità con cui viene garantita nelle due regioni la "continuità assistenziale", nel delicato passaggio che porta la persona "dall'ospedale" al "territorio", ovvero dalla dimissione ospedaliera al ritorno a casa.

Il passaggio successivo (cfr. par. 3.) sarà quello di tentare una prima comprensione di tali caratteristiche, e delle differenze significative che emergono nel confronto fra le due regioni (con una maggiore arretratezza del caso lombardo rispetto a quello emiliano-romagnolo), in relazione ai processi specifici attraverso cui in Lombardia ed Emilia-Romagna si è dato corso alla riorganizzazione del comparto dell'assistenza ospedaliera, affrontando il tema cruciale della "de-ospedalizzazione".

Anche da questo punto di vista emergono differenze notevoli. In particolare, per la Lombardia, pare che il debole sviluppo dell'assistenza territoriale sia stato determinato - nel quadro del proprio processo specifico di "de-ospedalizzazione" – da una certa centralità mantenuta dall'offerta ospedaliera in regime di "acuzie", a fronte anche di un certo "protagonismo" (in termini di attività) rinvenente nel settore "privato". Rispetto a tale "protagonismo", tuttavia, sorgono alcuni dubbi circa il grado di qualità dell'assistenza erogata e, a partire peraltro da quanto già evidenziato in merito dalla letteratura (cfr. Rossi, 1997), pare lecito ipotizzare la presenza di comportamenti altamente speculativi da parte degli erogatori privati. Motivo per cui nella parte quarta (cfr. par. 4.),

cercheremo di comprendere più a fondo ciò che è avvenuto nel caso lombardo, ed in particolare, se l'ipotesi di attività speculativa del privato può ritenersi "solida" ed, in caso affermativo, in che cosa consista essa nel concreto.

Peraltro, allargando lo sguardo a livello di macro-aree territoriali (cfr. par. 5.), l'elemento che appare interessante è il fatto che anche nel Mezzogiorno le profonde arretratezze nell'investimento strategico e sul consolidamento dell'assistenza territoriale paiono inquadarsi, fra le diverse corse, nella centralità dell'assistenza ospedaliera in regime di "acuzie", e in essa del "privato". Come noteremo di seguito, in questa parte dedicata ad una prima analisi delle principali problematiche della sanità nel Mezzogiorno (nella quale coglieremo l'occasione anche per riflettere in termini più "critici" su alcuni nodi specifici, come quello della mobilità sanitaria), da questo punto di vista Nord" e "Sud" appaiono molto più simili rispetto a quanto il dibattito corrente sui vari "virtuosismi" regionali ci potrebbe far immaginare.

Questi esiti di ordine empirico paiono, inoltre, fornire alcuni spunti interessanti per sviluppare due tipi di ragionamento di ordine più generale, intrecciati fra loro. Il primo s'inquadra più a livello teorico, nell'ambito del dibattito sui problemi della sanità nel nostro paese (ed ancor più nel Mezzogiorno). Da questo punto di vista, gli esiti di ricerca paiono legittimare la ripresa e l'accostamento a quei filoni teorici che recentemente hanno assunto maggiore centralità (fra tutti quello degli economisti sanitari, sulla cosiddetta "capacità di governance") (cfr. Mapelli, 2008) di un tipo d'interpretazione (da cui si è tratto spunto) più di carattere "sociologico", attraverso il quale si getta luce in termini di problematicità anche al tipo di intreccio fra "pubblico" e "privato", come tratto sostantivo delle politiche sanitarie nel nostro paese (Vicarelli, 1995) e, al contempo, del sistema di welfare nel suo complesso (Paci, 1989).

Peraltro, gli stessi esiti di ricerca paiono, inoltre, aprire la possibilità di un confronto teorico a partire da una prospettiva "sociologica", con quei filoni che tendono a "de-problematizzare", sotto certi punti di vista, la presenza in sé degli attori privati all'interno della sanità pubblica nel nostro paese, ritenendola non significativa nella ricerca delle determinanti che sottendono gli andamenti della spesa sanitaria e la creazione di disavanzi finanziari (CERGAS-Bocconi, 2009).

Un secondo tipo di ragionamento si collega, invece, più ad un dibattito non solo "scientifico", ma anche "politico" e riguarda la questione della speculazione privata entro la sanità pubblica. Da questo punto di vista, ci pare che l'opinione corrente converga nel ricondurre tale fenomeno essenzialmente ad una questione di "controllo": insomma la speculazione privata prospera in assenza di controlli e, dunque, il contrasto ad essa non può che basarsi sull'incremento dei vari tipi di controllo (primo fra tutti quello sulle cartelle cliniche). Tuttavia, anche alla luce delle risultanze empiriche emerse nel corso del *paper*, tale opinione pare essere limitata e probabilmente (in ultima istanza) inefficace nelle prescrizioni di policy che ne scaturiscono, poiché non considera e non colloca in alcun modo la questione della speculazione privata nel contesto regolativo entro cui essa affonda pesantemente le proprie radici.

1. I sistemi di regolazione delle politiche sanitarie in Lombardia ed Emilia-Romagna in uno scenario comparato

A partire dagli anni novanta, dati i profondi cambiamenti che hanno investito gli assetti istituzionali-organizzativi nonché territoriali delle politiche sanitarie nel nostro paese, si è assistito ad un notevole protagonismo delle regioni nella costruzione e definizione dei propri sistemi regionali (Neri, 2006). Chiaramente, tale protagonismo non si è collocato nel vuoto, ma si è innestato sulla storia organizzativa e di *policy* pregressa di ciascun contesto regionale. Di fatto, è già a partire dalla l. 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che alle regioni è riconosciuta una notevole rilevanza in termini di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari a livello territoriale, seppur all'interno delle coordinate politiche definite dallo stato centrale. Nel corso degli anni novanta, tuttavia, il livello di differenziazione fra le diverse regioni ha assunto molto

probabilmente uno dei livelli più significativi, riversandosi in particolare sul terreno delle scelte organizzative e di configurazione degli schemi di offerta, in linea con un processo comune alla gran parte dei paesi occidentali (Vicarelli, 2001).

In particolare tali scelte, ispirate dal riconoscere centralità o meno principalmente ai meccanismi della “competizione” o della “cooperazione” nel coordinamento e nell’allocazione delle risorse fra gli attori, hanno portato all’affermazione di due modelli regolativi principali (Neri, 2008: 105). Il primo (tipico della Lombardia) essenzialmente incardinato su una logica di forte *competizione* fra i diversi attori. Il secondo (tipico delle regioni dell’Italia Centrale e, seppur in misura diversa, del Veneto) basato, invece, su una logica di forte *integrazione* e *cooperazione* fra tutti gli attori coinvolti nella programmazione ed offerta dei servizi.

A questi due modelli principali se ne aggiungerebbe, inoltre, un terzo tipico di buona parte delle regioni del Mezzogiorno in cui scarsa è, invece, la capacità di optare chiaramente per un assetto regolativo, da cui consegue un certo oscillamento fra la promozione di logiche *competitive* (del primo modello) o *integrative* (del secondo modello) (*ibidem*).

Se passiamo ora ad analizzare più nel dettaglio le nostre due regioni, va notato come in Lombardia l’adozione di una variante regolativa fortemente improntata al principio della competizione avviene sin da subito (ovvero seconda metà degli anni ’90), in particolare attraverso la completa separazione fra “acquirenti” e “fornitori” (*ibidem*: 105-108).

In altre parole, oltre ad allargare i “cordoni” dell’accreditamento a nuove e numerose strutture private (in modo da rendere più plurale l’offerta), il legislatore lombardo provvede a “de-integrare” completamente gli assetti della sanità pubblica, delineando da un lato un ruolo pubblico (in capo alle ASL) di mera programmazione e di committenza e dall’altro un ruolo pubblico (in capo alle AO) di mera fornitura, quest’ultimo però sullo stesso piano ed in competizione con le strutture private. Oltre a questo, e al fine di garantire il massimo della competizione fra strutture, non vengono previsti tetti di produzione (ovvero limiti massimi al numero di ricoveri e di prestazioni) a livello di singole strutture, bensì solo un tetto generale, il cosiddetto “tetto di sistema”. In questo modo, qualora si registri uno sfondamento dei parametri complessivi previsti in termini di ricoveri e prestazioni, la leva dell’abbattimento tariffario - utilizzata per rientrare da tale sfondamento - coinvolge tutti gli erogatori. Ciò significa che coloro che avranno spinto di più attraendo pazienti e vincendo la competizione con le altre strutture, possono “ammortizzare” l’abbattimento tariffario in caso di sfondamento; d’altro canto, per coloro che non riescono ad attrarre pazienti il problema sarà doppio, perché anch’essi dovranno comunque contribuire al rientro attraverso gli abbattimenti tariffari. Questa impostazione, particolarmente pro-mercato del sistema lombardo ha registrato, tuttavia, una serie correzioni sin dal 2002 (*ibidem*: 107).

Come prima cosa la regione mette dei paletti all’accreditamento di nuove strutture, invertendo la rotta rispetto alla prima fase di ampia apertura. Come seconda, invece, tende progressivamente ad abbandonare il meccanismo del tetto di sistema, sostituendolo principalmente con accordi contrattuali tra ASL e strutture erogatrici (*ibidem*).

Il ri-orientamento nell’impostazione regolativa trova la sua ragion d’essere negli evidenti squilibri cui aveva portato l’impostazione spinta di mercato adottata sin dalla seconda metà degli anni ’90, in termini di un forte incremento dei ricoveri (come si vedrà anche di seguito) e di una dinamica particolarmente sostenuta (e forse, fuori controllo) della spesa. Tuttavia, tale impostazione iniziale – nei suoi tratti di fondo - è stata tutt’altro che messa in discussione e anzi, come dimostra l’opera di stimolo all’entrata di soggetti privati nella proprietà e gestione di strutture ospedaliere pubbliche, sembra aver proseguito in diverse forme nella sua evoluzione (*ibidem*).

Altra impostazione è, invece, quella seguita in Emilia-Romagna, dove sin dall’inizio si punta fermamente ad una logica di regolazione fortemente improntata ai principi di “integrazione” e di “cooperazione” fra strutture (pubbliche e private) (*ibidem*, 108-109). Ciò significa, innanzitutto, che - diversamente dal caso lombardo - non si provvede a “de-integrare” gli assetti della sanità pubblica, attivando dunque un numero limitatissimo di aziende ospedaliere le quali rimangono, invece, prevalentemente integrate negli assetti con le Aziende USL. Al contempo, l’accreditamento delle

strutture e degli erogatori, in particolare privati, avviene strettamente in base all'esigenze della domanda e, dunque, in relazione a quanto viene previsto in termini di necessità nell'ambito della programmazione regionale. Peraltro, va segnalato che – ancora diversamente dal caso lombardo - sin dall'inizio si persegue in questa regione una politica di intensa contrattazione e stipula di accordi con gli stessi erogatori, articolata sia – più in generale – a livello regionale (con una contrattazione regione e organizzazioni di rappresentanza); sia, ed ancor più, a livello territoriale con le singole strutture, attraverso la stipula di accordi contrattuali direttamente con le Aziende USL. (*ibidem*).

2. L'assistenza sanitaria territoriale in Lombardia ed Emilia-Romagna in uno scenario comparato

2.1. La continuità assistenziale e la relazione “ospedale-territorio”

Normalmente, il grado di sviluppo dell'assistenza territoriale viene misurato in via “indiretta”, ovvero valutando per specifiche patologie croniche (come l'asma o il diabete), il tasso di ospedalizzazione. Dunque, ipotizzando che ove l'ospedalizzazione per queste patologie è più elevata ciò è dovuto ad una carenza di assistenza e servizi territoriali (e viceversa) (Bonini, 2008; Ministero della Salute, 2010). Tuttavia, un secondo modo per valutare il grado di sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale (e la sua sinergia con l'ospedale) è quello di analizzare come venga garantita la continuità delle cure, ad esempio nel delicato passaggio che porta la persona dalla dimissione dal reparto ospedaliero al ritorno a casa.

Tale questione assume notevole significato, in particolare se consideriamo i bisogni delle persone anziane non autosufficienti. Di fatto, in molti casi, ciò che si presenta è la dimissione dai reparti ospedalieri (talvolta anche con veri e propri fenomeni di dimissioni forzate) (Milano, 2009: 37) di anziani che pur avendo superato la cosiddetta fase “acuta” della malattia, presentano ancora un quadro clinico non stabilizzato e, dunque, necessitano di assistenza continuativa. Oppure, altra situazione tipica è quella dell'anziano che proprio a seguito del superamento della fase “acuta”, entra in quella “cronica” con la perdita definitiva dell'autosufficienza. In entrambe le situazioni, l'assenza di continuità assistenziale (nonché forme di cosiddetta “dimissione protetta”), determina conseguenze drammatiche sia per l'anziano malato, cui non viene garantita la necessaria tutela e nemmeno “integralmente” il diritto alla salute; sia per la famiglia, che si trova in molti casi ad assistere persone che necessitano di assistenza continuativa e che bisognerebbero, invece, di forme più qualificate di supporto.

Seppur in maniera “grossolana”, alcune indicazioni su questo tema possono essere rilevate dalle statistiche ministeriali relative alle schede di dimissione ospedaliera (SDO)³, nelle quali vengono specificati per i diversi tipi di ricovero (ovvero: “acuzie”, “riabilitazione” e “lungodegenza”) le modalità attraverso cui i ricoverati vengono dimessi⁴. Nel nostro caso si è effettuata una selezione rispetto a queste, selezionando anzitutto le modalità che possono fornire indicazioni di una sinergia

³ La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è stata istituita nel 1991 (con Decreto ministeriale 28.12.1991) come strumento per raccogliere informazioni relative ad ogni paziente dimesso sia dalle strutture pubbliche che da quelle private (Ministero della Salute, *anni vari* (a)). Nel corso del tempo, le informazioni raccolte attraverso le SDO sono state arricchite nonché hanno acquisito progressivamente una certa consistenza ed affidabilità, diventando dunque un importante strumento ai fini della programmazione sanitaria, della valutazione e del monitoraggio dell'assistenza (*ibidem*). Sul sito del Ministero della Salute, è possibile la consultazione dei diversi rapporti annuali e dei dati in formato excel.

⁴ Tali modalità sono: 1) dimissione per decesso; 2) dimissione ordinaria a domicilio; 3) dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistita (RSA); 4) dimissione protetta a domicilio con ospedalizzazione domiciliare; 5) dimissione volontaria; 6) trasferimento ad altro istituto per acuti; 7) trasferimento ad altro regime di ricovero o altro tipo di attività nello stesso istituto; 8) trasferimento ad Istituto di riabilitazione; 9) dimissione ordinaria con attivazione assistenza domiciliare integrata (ADI).

fra l'ospedale e il "territorio" tesa a garantire la continuità assistenziale, attraverso per esempio l'attivazione dei servizi territoriali (come nel caso delle dimissioni ordinarie presso le RSA, oppure di quelle protette a domicilio, con forme di ospedalizzazione domiciliare, ADI).

In aggiunta, sarà considerata - sulla scorta della letteratura (Mapelli, 2007: 151-52) - la dimissione relativa al trasferimento ad istituto di riabilitazione, da cui possano essere ricavate indicazioni circa la continuità assistenziale, seppur non attraverso l'attivazione dei servizi territoriali, quanto all'interno delle stesse strutture ospedaliere, più specificamente nel rapporto fra il momento delle "acuzie" e quello delle "post-acuzie"⁵.

Oltre a questi tipi di dimissione, la valutazione del grado di continuità assistenziale avverrà anche in via "indiretta", ovvero considerando il "peso" della semplice dimissione ordinaria a domicilio, che può fare ipotizzare, al contrario, l'assenza di continuità e quindi una situazione di "scarico" diretto alla famiglia, senza l'attivazione di alcuna forma di supporto.

2.2. La continuità assistenziale nell'ambito delle dimissioni dal settore delle "acuzie"

Partiamo, dunque, proprio da quest'ultimo aspetto, ovvero dall'analisi dell'incidenza (%) della modalità di dimissione ordinaria a domicilio⁶. Come si evince dal grafico (cfr graf. 2.1) sia la Lombardia che l'Emilia-Romagna presentano nelle tre annualità un'incidenza, per questo tipo di dimissioni, al di sotto della media nazionale e comunque distante da quanto avviene mediamente nelle altre aree territoriali, fra cui svetta (negativamente) la situazione del Mezzogiorno.

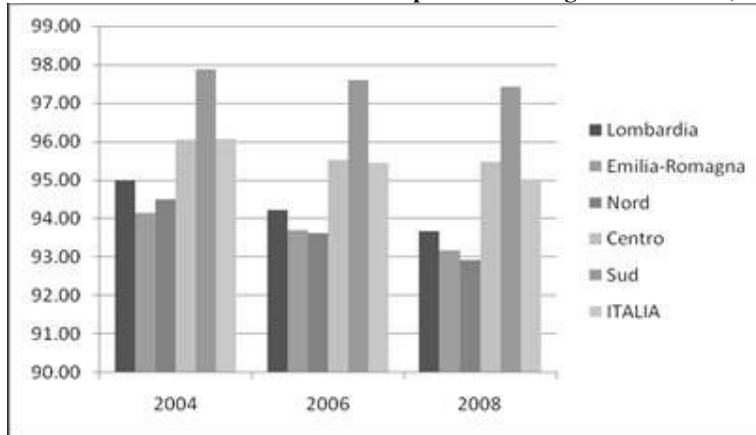
Tuttavia, se il raffronto lo si pone rispetto agli andamenti medi delle regioni settentrionali, emerge una differenziazione significativa fra le due regioni. La Lombardia presenta, infatti, un'incidenza delle dimissioni ordinarie, a domicilio, superiore non solo al dato dell'Emilia-Romagna, ma anche a quello (medio) delle altre regioni settentrionali. Nel grafico, per evitare un'eccessiva complessità, non si è inserito la disaggregazione della media settentrionale, sulla base delle due macro-aree

⁵ Rispetto alla terminologia qui utilizzata di "acuzie" e "post-acuzie", ricordiamo come il percorso di assistenza in ospedale (oltre alla prima emergenza), prevede innanzitutto il ricovero ospedaliero, cui chiaramente si ricorre per effettuare diagnosi, interventi o terapie complesse. Il ricovero può essere di più giorni (ed in questo caso si ha un ricovero ordinario), oppure anche di un giorno solo (come nel caso del *day hospital* oppure del *day surgery*). Tali prestazioni rientrano in quello che viene definito come il settore delle "acuzie." A volte però, pur essendo superato il momento acuto della malattia, è necessario comunque un periodo più lungo di ricovero per osservazioni oppure perché, per esempio, la persona necessita di riabilitazione. A tal proposito il caso classico è quello della persona anziana che, operata all'anca, deve acquisire la completa padronanza della nuova articolazione. In quest'ultimo caso, la persona viene trasferita in altri reparti ospedalieri, che prendono il nome di riabilitazione e lungodegenza. Tali reparti si collocano in quello che viene definito come il settore delle "post-acuzie".

⁶In tutti casi, il peso percentuale delle diverse modalità dimissione, è stato calcolato con due accorgimenti. Il primo riguarda il fatto che non si sono considerate le dimissioni avvenute a causa del decesso della persona ricoverata e ciò, chiaramente, per ovvi motivi viste le finalità che ci si pone in questo percorso di analisi. Il secondo è che si è deciso di non considerare anche le dimissioni di carattere volontario, in modo da ricostruire quanto più in maniera appropriata lo scenario comparato entro cui fare risaltare le caratteristiche delle due regioni: non solo quindi in relazione al trend medio nazionale, ma anche in relazione a quanto accade nelle diverse aree territoriali del nostro paese. Di fatto, se si fossero considerate le dimissioni a carattere volontario, un fenomeno che colpisce con notevole intensità le regioni meridionali e che indubbiamente costituisce un indicatore del livello di scarsa fiducia dei cittadini nei confronti delle strutture ospedaliere (Mapelli, 2007: 151), i dati relativi al Mezzogiorno (per quanto riguarda, ad esempio, le dimissioni ordinarie a domicilio) ne sarebbe usciti pesantemente distorti. Motivo per cui, complessivamente, le incidenze percentuali che analizzeremo di seguito, e relative alla modalità di dimissione selezionate, risultano calcolate al netto sia delle dimissioni per decesso sia di quelle a carattere volontario. Per avere un minimo di serie storica, e al contempo avere un certo grado di semplificazione del quadro complessivo d'analisi, si è deciso inoltre di considerare (sulla base delle informazioni disponibili relative alle SDO) solo tre annualità, mantenendo un intervallo regolare nella distanza fra le annualità stesse, ovvero: 2004; 2006; 2008.

“Nord-ovest” e “Nord-est”⁷. Tuttavia, anche in relazione alla propria macro-area territoriale di riferimento (cfr. “Nord-ovest”), il valore lombardo risulta al di sopra degli andamenti medi. Fra il 2004 e il 2008, l’incidenza delle dimissioni ordinarie in Lombardia tende a scendere, seguendo peraltro un trend grossomodo comune a tutte le diverse aree territoriali (seppur con minore intensità nel Mezzogiorno). A “bocce ferme”, ovvero nell’ultimo anno a disposizione, il valore percentuale di questa regione (93.68%) si conferma, comunque, al di sopra del valore medio territoriale (92.93%), e fra i più alti se considerato a livello delle singole regioni, inferiore solo al dato relativo alla regione Veneto (94.39%).

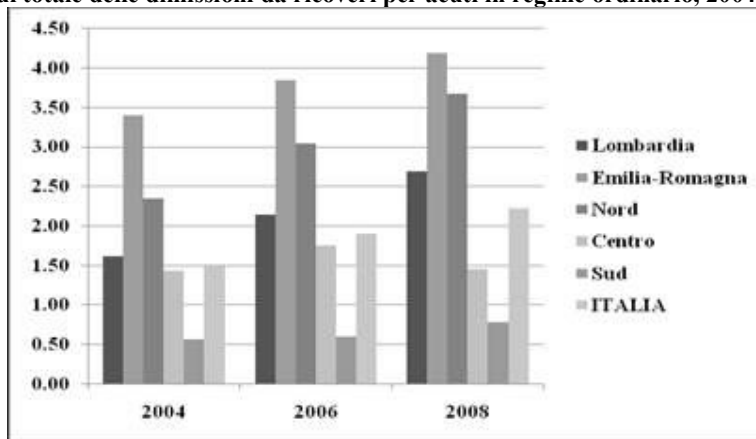
Graf. 2.1 - Incidenza (%) modalità di dimissione ordinaria a domicilio sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario , 2004-08



Fonte: nostre elaborazioni su banca dati SDO - Ministero della Salute (anni vari) (a)

Da questi primi dati, risulta quindi plausibile ipotizzare che il sistema sanitario lombardo tenda a garantire un minor grado di continuità assistenziale di converso, invece, a quello emiliano-romagnolo in cui il ricorso alla semplice dimissione ordinaria risulta più contenuto. Vediamo ora, passando all’analisi di quelle che sono le modalità di dimissione - che forniscono un’indicazione “diretta” della continuità assistenziale - se queste prime considerazioni risultano confermate o meno.

Graf. 2.2 - Incidenza (%) totale “continuità assistenziale” sul totale delle dimissioni da ricoveri per acuti in regime ordinario, 2004-08



Fonte: nostre elaborazioni su banca dati SDO - Ministero della Salute (anni vari) (a)

⁷ Secondo la ripartizione ISTAT, nell’area “nord-ovest” vengono incluse le seguenti regioni: Valle d’Aosta, Piemonte, Liguria e Lombardia. Nell’area “nord-est”, invece: Trentino, Friuli, Veneto ed Emilia-Romagna.

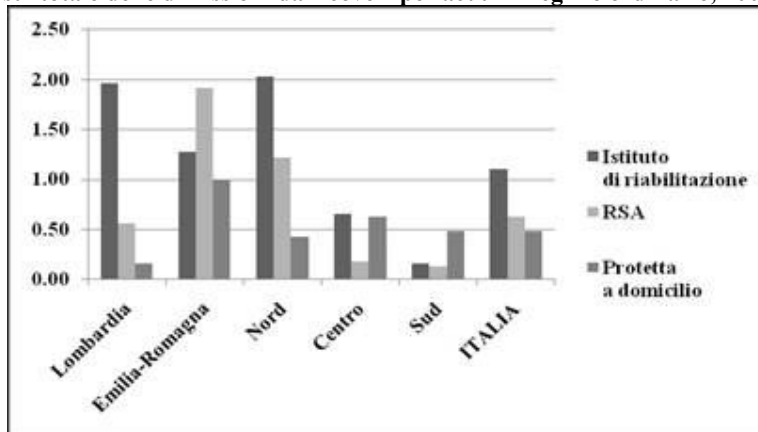
Le incidenze nel graf. 2.2 mostrano, in maniera chiara, come l'ipotesi formulata poc' anzi trovi una sua conferma. Di fatto, quella che può essere ritenuta come una *proxy* complessiva della continuità assistenziale nei diversi sistemi sanitari regionali (attraverso le modalità che vedremo, più nello specifico, fra poco), vede l'Emilia-Romagna registrare l'incidenza più alta, con un valore nettamente superiore non solo a quello della Lombardia, ma anche al valore medio delle regioni settentrionali, ed ancor più di quello nazionale. Per la Lombardia l'incidenza complessiva rimane, seppur al di sopra della media nazionale, ben al di sotto di quanto avviene nel gran parte delle altre regioni che le sono simili sia in termini di sviluppo socioeconomico che di consolidamento dei sistemi sanitari. Nel quadro di ciò si colloca la situazione drammatica delle regioni meridionali, in cui forme di continuità assistenziale paiono veramente essere pressoché inesistenti.

Rilevato, dunque, come il maggior peso delle dimissioni ordinarie s'intrecci, nei diversi contesti, con un minor sviluppo della continuità assistenziale (e viceversa), vediamo ora attraverso quali modalità effettivamente viene garantita la continuità a coloro che vengono dimessi, dopo il superamento di un episodio "acuto" della malattia. Questa indicazione ci viene fornita dal grafico successivo (cfr graf. 2.3) che, per esigenze di semplificazione, considera – diversamente dalle precedenti ricostruzioni grafiche - solo i dati relativi all'ultima annualità (cfr. 2008).

Anche qui emergono alcune indicazioni molto interessanti. Come si nota dalla diversa incidenza percentuale delle modalità di dimissione, le differenze fra la Lombardia e l'Emilia-Romagna attengono non solo, come abbiamo visto sopra, il livello complessivo della continuità, quanto anche le specifiche modalità attraverso cui la stessa avviene.

Nel caso della Lombardia, la continuità assistenziale (per come la si è intesa) si origina precipuamente in quello che il maggior peso delle dimissioni dalle "acuzie" agli istituti di riabilitazione, mentre sono assolutamente marginali forme di continuità assistenziale attraverso l'attivazione dei servizi territoriali, come le residenze sanitarie e i servizi domiciliari. Rispetto a quest'ultimi, va peraltro notato come i valori si attestino non solo a livello inferiore delle altre regioni settentrionali quanto, addirittura, in certi casi ben al di sotto delle tendenze medie a livello nazionale, come nel caso delle dimissioni protette a domicilio (ovvero: ospedalizzazione domiciliare o ADI). Ben diversa è, invece, la situazione in Emilia-Romagna, dove l'analisi disaggregata dell'elevato valore che si era rilevato in precedenza in termini di livello complessivo di continuità assistenziale, mostra come essa venga garantita attraverso una più spinta attivazione dei servizi territoriali, e quindi plausibilmente alla luce di una più forte sinergia ed integrazione fra "l'ospedale" e il "territorio".

**Graf. 2.3 - Incidenza (%) modalità di dimissione ordinaria
"presso RSA", protetta a domicilio o trasferimento ad istituto di riabilitazione,
sul totale delle dimissioni da ricoveri per acuti in regime ordinario, 2008**



Fonte: nostre elaborazioni su banca dati SDO - Ministero della Salute (anni vari) (a)

Insomma, da questa analisi sembrano emergere essenzialmente due aspetti. Il primo, più generale, è che in un quadro di forte differenziazione territoriale, si conferma la situazione particolarmente drammatica del Mezzogiorno, in cui al fenomeno delle dimissioni volontarie si congiunge una pressoché totale assenza di forme di continuità assistenziale o di dimissione protetta. Il secondo, peraltro degno d'attenzione, è che le differenziazioni in termini di sviluppo e di consolidamento del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale (per come la si è intesa nella forma della continuità assistenziale), si presentano anche fra le regioni più avanzate in termini di sviluppo dei sistemi sanitari, come emerso dal raffronto fra la Lombardia e l'Emilia-Romagna. E' a partire, dunque, da questo interessante riscontro che cercheremo di comprendere, nei prossimi passaggi, il motivo di tali differenze.

3. L'assistenza sanitaria territoriale e la gestione della non autosufficienza nel quadro delle strategie di ri-organizzazione dell'assistenza ospedaliera e dei processi di “de-ospedalizzazione”

Per comprendere le modalità attraverso cui le regioni forniscono risposta ai bisogni delle persone croniche non autosufficienti, attraverso i servizi territoriali e la continuità assistenziale, occorre analizzare innanzitutto come le regioni stesse hanno affrontato il tema della ri-organizzazione dell'assistenza ospedaliera, sia con riferimento alla fase delle “acuzie” che a quella delle “post-acuzie”.

Infatti, da un lato la riduzione dell'eccesso di offerta (in particolare nell'ambito delle “acuzie”, secondo il ben noto di processo di “de-ospedalizzazione”) rappresenta una condizione indispensabile per “liberare” risorse a favore del potenziamento dell'offerta socio-sanitaria nel territorio (Caroppo e Turati, 2007). Dall'altro lato, invece, il potenziamento delle “post-acuzie” (“riabilitazione” e “lungodegenza”), risulta fondamentale per due ragioni. In primo luogo, poiché assicura la garanzia di percorsi di cura adeguati a favore di persone che, pur avendo superato la fase della cosiddetta “acuzie” necessitano ancora di una certa fase di stabilizzazione e quindi non sono ancor in grado di tornare a domicilio (Ragaini, 2009: 2). In secondo luogo, perché diminuisce la possibilità di un ricorso improprio alle strutture territoriali (si pensi a tutto il sistema delle RSA), proprio per l'assistenza a persone ancora in fase di stabilizzazione⁸. (*ibidem*). Per ragioni di spazio, nei prossimi passaggi, considereremo solo uno di questi due aspetti, ovvero l'andamento del settore delle “acuzie”.

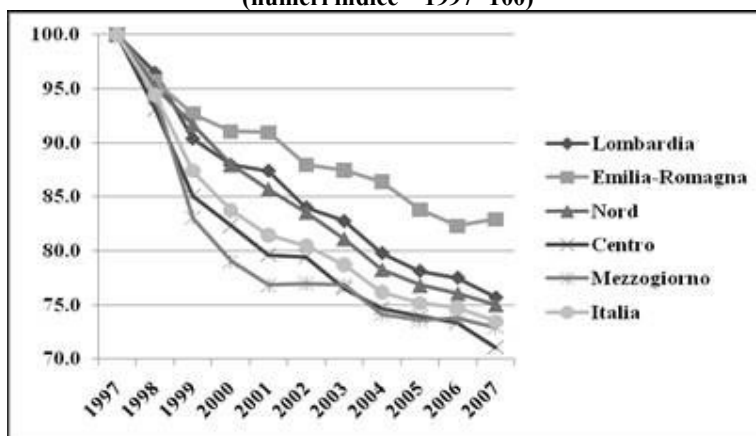
3.1. La “de-ospedalizzazione” in Lombardia ed Emilia-Romagna in prospettiva comparata

Prima di analizzare più specificamente ciò che è avvenuto nel settore delle “acuzie” è necessario avere un'idea più generale dell'intensità con cui la “de-ospedalizzazione” ha effettivamente preso luogo nelle due regioni oggetto di attenzione. Per fare questo ci limiteremo a prendere in considerazione l'andamento dei posti letto. Elaborando una serie storica su numeri indice, emergono subito alcune indicazioni interessanti. Entrambe le regioni, infatti, paiono aver dato luogo a processi di “de-ospedalizzazione” attraverso una riduzione nella dotazione complessiva di posti

⁸ Peraltro se considerata sotto un profilo di ripartizione delle responsabilità finanziarie nella copertura dei costi (Ragaini, 2005; Perino, 2006), il ricorso improprio al sistema delle RSA per l'assistenza a soggetti ancora in fase “post-acuta”, configura sostanzialmente un processo di ri-definizione dei rapporti fra “sanità” e “assistenza”, con uno scarico di oneri finanziari su quest'ultima (ovvero, direttamente sui cittadini ed, eventualmente, sugli enti locali nel caso in cui siano tenuti all'integrazione della retta), visto che per l'assistenza nelle RSA il sistema sanitario copre solo in parte i costi di degenza (secondo la normativa nazionale dovrebbe essere il 50%, ma nel concreto è generalmente molto meno), diversamente dalle “post-acuzie” in cui la copertura degli oneri risulta totalmente a carico della sanità.

letto, seppur con un differente grado di intensità, ovvero più significativo per la Lombardia, ed in misura più ridotta per l'Emilia-Romagna.

Graf. 3.1 – Andamento totale posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati, 1997-2007 (numeri indice – 1997=100)



Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero della Sanità (anni vari) e Ministero della Salute (anni vari) (b)

Se collochiamo questo dato in prospettiva comparata, si rileva – inoltre - come l'intensità nella riduzione dei posti letto è stata inferiore non solo (in particolare per l'Emilia-Romagna, mentre il dato della Lombardia risulta più in linea) alla media delle regioni settentrionali, ma anche in relazione a quanto avvenuto mediamente nello stesso periodo a livello nazionale, dove la riduzione complessiva è stata superiore. Fra le diverse macro aree territoriali, è in particolare nel Centro che si registra la contrazione più significativa di posti letto, cui fanno seguito le regioni del Mezzogiorno ed in misura inferiore quelle settentrionali.

Per indagare più in profondità le caratteristiche e la portata del processo di “de-ospedalizzazione” occorre, tuttavia, considerare ulteriori elementi. Fra questi, oltre all'analisi di ciò che avviene più specificamente nel settore delle “acuzie” e in quello delle “post-acuzie”, va innanzitutto considerato l'andamento dei ricoveri, che rappresentano in termini di “output” il complemento all'input (ovvero i posti letto) del processo stesso dell'assistenza ospedaliera (Caroppo e Turati, 2007). Inoltre, va considerato anche in che misura la “de-ospedalizzazione” ha interessato la componente “pubblica” e quella del “privato” (accreditato). Tale questione assume un significato particolare, poiché dietro a situazioni che possono essere apparentemente simili nei termini di una riduzione complessiva di posti letto, di ricoveri ecc ... (indicazioni dalle quali si potrebbe desumere una tendenza effettiva alla “de-ospedalizzazione”) si possono celare talvolta anche percorsi significativamente differenti che, per esempio, equi-distribuiscono fra “pubblico” e “privato” gli oneri delle politiche di contrazione oppure scaricano in via preminente sull'uno o sull'altro dei soggetti coinvolti tali oneri. In quest'ultimo caso è chiaro che se il target di riduzione di posti letto viene perseguito da un lato, dall'altro non si creano le condizioni “sostantive” per lo sviluppo di un sistema di offerta maggiormente in linea coi bisogni derivanti dal mutamento del quadro epidemiologico.

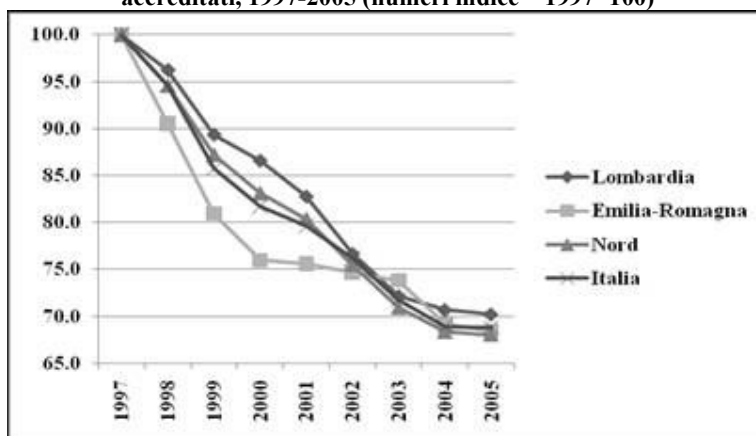
3.2. L'andamento dei posti letto per “acuti”, nel settore pubblico e in quello privato

3.2.1. L'andamento dei posti letto per acuti

Se si passa ora ad analizzare più specificamente il sistema delle “acuzie” emerge un primo dato interessante⁹ (cfr. graf. 3.2). Entrambe le regioni, infatti, perseguono una politica di riduzione di posti letto in questo settore, seppur con andamenti differenti. Nel caso della Lombardia, la contrazione dell’offerta appare molto più debole perlomeno sino ai primi anni del 2000, rispetto a quanto si registra nello stesso periodo a livello nazionale e fra le regioni settentrionali.

Diversamente, in Emilia-Romagna si assiste ad un processo molto più spinto di riduzione, che tende a rallentare nei primi anni del 2000, ma che comunque, complessivamente, nel periodo considerato porta a raggiungere un tasso di contrazione pressoché in linea con quello medio nazionale e quello del Nord.

Graf. 3.2 – Andamento totale posti letto previsti per “acuti” nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati, 1997-2005 (numeri indice – 1997=100)



Fonte: nostre elaborazioni su banca dati Caroppo e Turati (2007) e ISTAT “Health for all”.

In particolare il dato dell’Emilia-Romagna appare interessante poiché nel paragrafo precedente era emerso come questa regione, pur avendo perseguito complessivamente una politica di riduzione di posti letto, ne risultava con un tasso di contrazione inferiore sia a quello della Lombardia che a quello delle altre macro aree territoriali. Considerando, invece, che nel settore delle “acuzie” la riduzione pare essere stata più sostenuta è plausibile ipotizzare che essa sia stata “compensata” da un aumento più che significativo della dotazione di posti letto nelle “post-acuzie”, giungendo quindi all’esito cui si è fatto cenno poc’anzi¹⁰. Per semplificazione, nel grafico, non si sono considerati invece i dati relativi al “Sud” e al “Centro”. Tuttavia, va notato che nel Mezzogiorno la contrazione delle “acuzie” risulta pressoché in linea a quella media nazionale. Tenendo conto, come visto in precedenza, che le regioni del sud hanno registrato, sempre rispetto al valore nazionale, una riduzione complessiva più sostenuta dei posti letto, è plausibile ipotizzare – in maniera opposta dall’Emilia-Romagna - che in queste regioni il settore delle “post-acuzie” sia andato incontro invece

⁹ Rispetto alle fonti dati, diversamente dal grafico precedente (in cui sono utilizzati i dati ministeriali relativi ai diversi annuari), in questo e nei successivi si sono utilizzate altre fonti, ovvero: la banca dati di Caroppo e Turati (2007), in allegato alla monografia da essi curata sui servizi sanitari regionali; ed, in particolare, visto che i dati messi a disposizione dai due autori si fermano ai primi anni del 2000, alla banca dati “Health for all -Italia” curata dall’ISTAT (<http://www.istat.it/sanita/Health/>). Il motivo di tale scelta, deriva essenziale dal fatto che purtroppo negli annuari del Ministero i dati sulla dotazione di posti letto previsti - rispettivamente per le “acuzie” e per le “post-acuzie” - vengono resi solo in termini di incidenza sulla popolazione residente (quindi come tasso per 1000 ab.), e non anche in termini di valori assoluti. Ciò rende, dunque, impossibile effettuare alcune delle ri-elaborazioni fatte in precedenza, come per esempio i tassi di contrazione su numeri indice; ed ancor più il calcolo dei valori di riferimento a livello di macro-aree territoriali (Nord-Centro-Mezzogiorno, essendo riportato negli annuari, il tasso di posti letto solo a livello di singole regioni e a livello complessivo nazionale) che sono invece assolutamente utili per una migliore comprensione delle due regioni attraverso l’esercizio del metodo comparato.

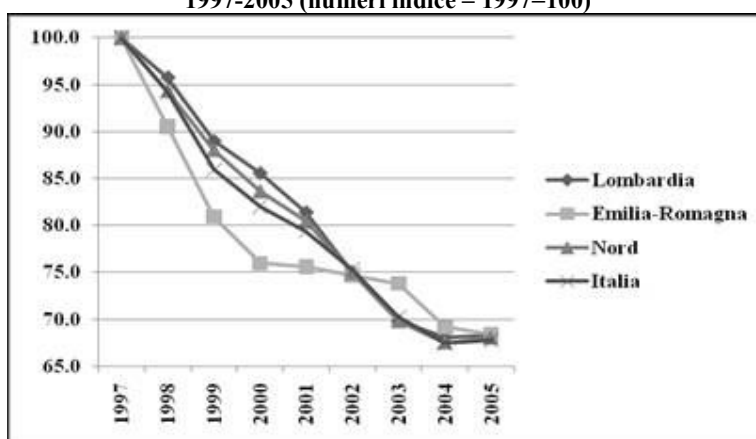
¹⁰ Per ragioni di spazio, non si è riportata l’analisi parallela a quella delle “acuzie” condotta per il settore delle “post-acuzie”. Tuttavia l’ipotesi avanzata ha un suo fondamento empirico.

ad una dinamica più incisiva di contrazione, come peraltro evidenziato anche dalla stessa letteratura (Caroppo e Turati, 2007: 283).

3.2.2. Pubblico e privato nell'andamento dei posti letto per "acuti"

Passando ora a verificare il contributo dato rispettivamente dalle strutture pubbliche e da quelle private, nell'andamento dei posti letto per "acuti"¹¹, il primo aspetto interessante che si riscontra è che in Lombardia, la minore riduzione di posti letto in questo settore, è stata determinata dalla fusione di due tendenze differenti. Da un lato, infatti, il pubblico (cfr. graf. 3.3) ha teso costantemente a decrementare, in linea con il dato delle altre regioni settentrionali e, per buona parte della serie storica, anche con quello medio nazionale.

Graf. 3.3 – Andamento posti letto delle strutture pubbliche utilizzati per l'attività di ricovero per "acuti", 1997-2005 (numeri indice – 1997=100)

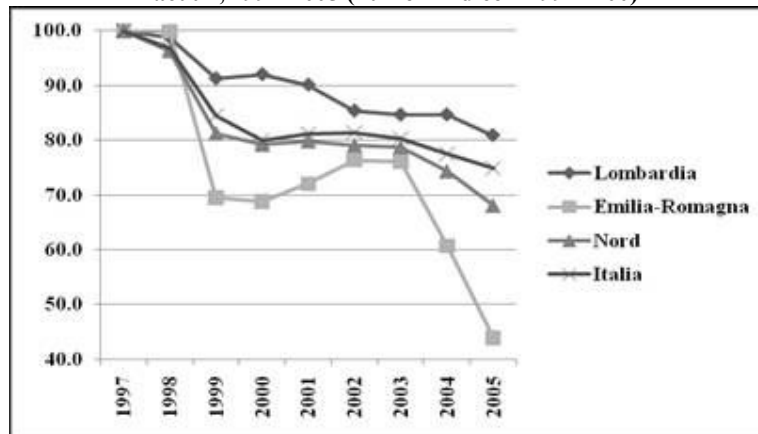


Fonte: nostre elaborazioni su banca dati Caroppo e Turati (2007) e ISTAT "Health for all".

Nel caso dell'offerta privata (cfr. graf. 3.4) invece, ciò che si registra è un tasso di contrazione molto più contenuto sia rispetto alla tendenza media nazionale sia, ed ancor più, rispetto a quella delle altre regioni settentrionali. Ciò significa, dunque, che la contrazione più rallentata in Lombardia dell'offerta di posti letto nel settore delle "acuzie" pare originarsi, in particolare, nel minor contributo - fornito proporzionalmente in termini di riduzione - dall'offerta privata rispetto a quella pubblica. Per l'Emilia-Romagna, invece, i rapporti s'invertono ed è l'offerta privata a registrare un contrazione maggiore rispetto al pubblico (che comunque diminuisce con notevole intensità perlomeno sino al 2002), conducendo all'esito complessivo di forte riduzione dell'offerta nel settore delle "acuzie" in questa regione.

¹¹ Relativamente a questo tipo di analisi va comunque segnalata una particolare limitazione. Di fatto, il modo con cui si provvede a considerare rispettivamente "pubblico" e "privato" i posti letto segue la classificazione ufficiale nella quale, per esempio, all'interno del pubblico si considerano anche quelle strutture che sono solo "equiparate" a quelle pubbliche, come per esempio gli "IRCCS" (Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, che possono essere pubblici, ma anche di diritto privato); i "Policlinici universitari" (privati); gli "Ospedali classificati" (ex art. 41, l. 833/78, generalmente strutture di proprietà di enti religiosi) ed, infine, gli "Istituti qualificati presidio ASL" (ex art. 43, l. 833/78), che rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di enti religiosi o di soggetti privati. Ciò comporta una certa difficoltà ad isolare correttamente l'offerta "privata" da quella del "pubblico", in particolare per quanto riguarda la Lombardia dove gli IRCCS sono ormai in larga parte di diritto privato (nel 2007, su un totale di 24 IRCCS 19 erano di diritto privato i rimanenti 5 pubblici, di cui 4 questi con la formula della fondazione) (Corte dei Conti, 2008: 17). Le medesime limitazioni si hanno anche (precipuaemente sulla computazione degli IRCCS) nell'analisi dei ricoveri.

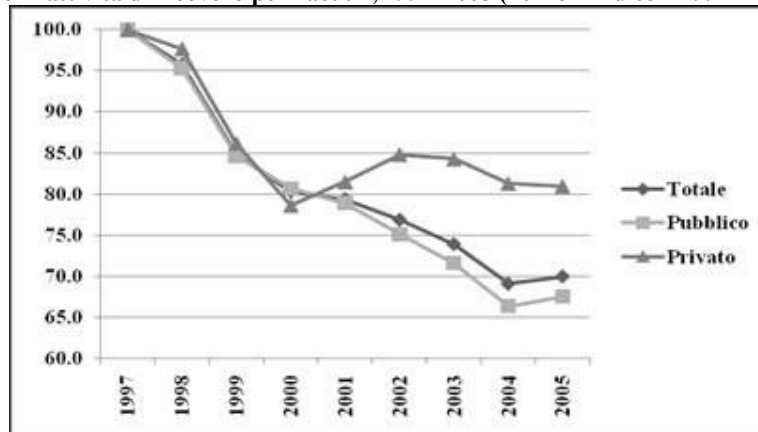
Graf. 3.4 – Andamento posti letto delle strutture private accreditate utilizzati per l'attività di ricovero per "acuti", 1997-2005 (numeri indice – 1997=100)



Fonte: nostre elaborazioni su banca dati Caroppo e Turati (2007) e ISTAT "Health for all".

Allargando lo sguardo a livello di macro-aree territoriali, una tendenza analoga a quella della Lombardia si verifica nel Mezzogiorno (cfr. graf. 3.5) dove la riduzione dei posti letto per "acuti" vede scaricarsi, in particolare dal 2000 in poi, in larga parte sul "pubblico", mentre nel settore "privato" si assiste in parallelo ad una contrazione più contenuta.

Graf. 3.5 – Andamento posti letto delle strutture pubbliche e private accreditate utilizzati nel Mezzogiorno per l'attività di ricovero per "acuti", 1997-2005 (numeri indice – 1997=100)



Fonte: nostre elaborazioni su banca dati Caroppo e Turati (2007) e ISTAT "Health for all".

3.3. L'andamento dei ricoveri per "acuti", nel settore pubblico e in quello privato

3.3.1. L'andamento dei ricoveri per "acuti"

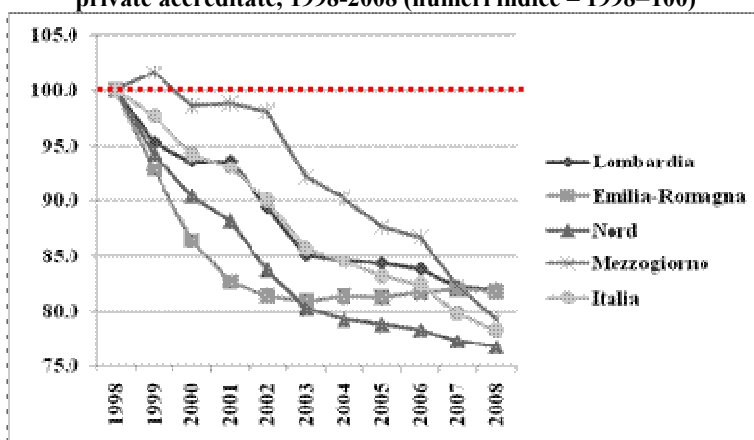
Dall'analisi dei ricoveri per "acuti"¹² (cfr. graf. 3.6)¹³, paiono trovare conferma alcune delle indicazioni emerse precedentemente nell'analisi degli andamenti dei posti letto. Per l'Emilia-

¹² Per i ricoveri, si è depurato il dato (operando ri-elaborazioni proprie) dai ricoveri in case di cura private "non accreditate" (vedi anche sopra). Dove presente il dato per macro-area territoriale, esso risulta da nostre ri-elaborazioni, visto che il rapporto SDO non fornisce tale dato, ma solo quello di riferimento a livello nazionale. Rispetto all'intervallo temporale, per omogeneità col dato relativo ai posti letto, si è cercato di ricostruire la serie a partire dal 1997: tuttavia, i

Romagna, infatti, si assiste ad una dinamica particolarmente sostenuta nella riduzione dei ricoveri in questo settore, ben al di sopra degli andamenti medi nazionali mentre lievemente inferiore (in parte) a quelli delle altre regioni settentrionali. Qualcosa cambia a partire dal 2005, in cui il processo di contrazione pare saturarsi rispetto, invece, a quanto avviene in generale a livello nazionale: ciò rappresenta, indubbiamente un dato nuovo, considerando che, nel paragrafo precedente, l'intervallo temporale era più limitato.

In Lombardia, invece, la dinamica dei ricoveri nelle “acuzie” segue un trend decrescente molto meno sostenuto (seppur in linea con quello nazionale) sia rispetto a quanto avviene nelle altre regioni settentrionali sia, ancor più, rispetto all'Emilia-Romagna, perlomeno in buona parte della serie storica considerata. A livello di macro aree ciò che si riscontra, in particolare, è una dinamica più contenuta di riduzione dei ricoveri per “acuti” nel Mezzogiorno, con un trend decrescente che si scosta per buona parte del periodo considerato dalla tendenza nazionale.

Graf. 3.6 – Andamento totale ricoveri per “acuti” in regime ordinario nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, 1998-2008 (numeri indice – 1998=100)



Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero della Sanità (anni vari) e Ministero della Salute (anni vari) (a)

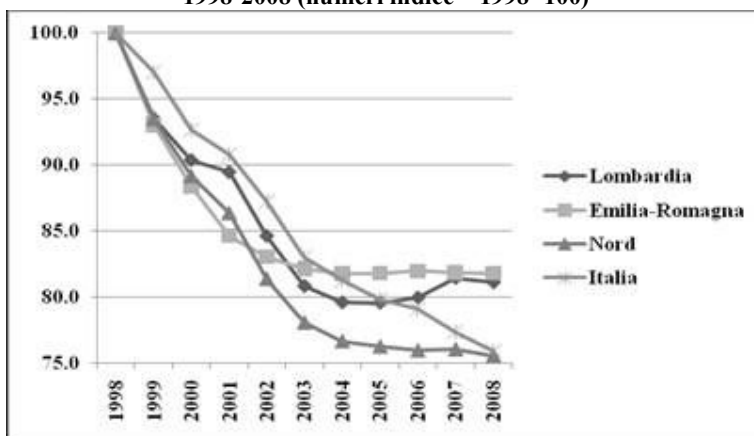
3.3.2. Pubblico e privato nell'andamento dei ricoveri per “acuti”

Dopo aver analizzato in termini aggregati l'andamento dei ricoveri nell'ambito delle “acuzie” vediamo ora come tali andamenti siano stati determinati rispettivamente dalla componente pubblica e da quella privata. Anche in questo caso si delineano alcune questioni importanti. Partendo dalla Lombardia, ciò che emerge, infatti, è che la riduzione più contenuta dei ricoveri per “acuti” evidenziata per questa regione in precedenza, è stata determinata - per buona parte del periodo considerato, e similmente a ciò che è avvenuto nell'andamento dei posti letto - da come sono stati ripartiti gli “oneri” e ri-definiti i rapporti fra pubblico e privato. Come si evince dal graf. 3.7 se si considerano in senso stretto l'andamento dei ricoveri in strutture pubbliche, il dato della Lombardia risulta perlomeno sino al 2005 inferiore alla media nazionale e, addirittura per un certo periodo, ben più basso anche di quello dell'Emilia-Romagna.

dati disponibili dal rapporto scaricabile sul sito del ministero - almeno da quanto abbiamo constatato - non forniscono un dettaglio adeguato per effettuare le ri-elaborazioni di cui sopra. Motivo per cui, la serie storica parte dal 1998.

¹³ Non si è considerata la ripartizione “Centro” solo a fini di semplificazione della rappresentazione grafica.

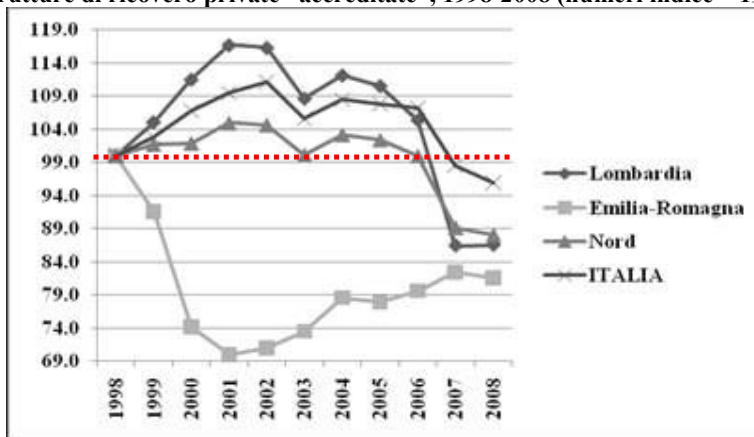
Graf. 3.7 – Andamento dei ricoveri per “acuti” in regime ordinario nelle strutture di ricovero pubbliche, 1998-2008 (numeri indice – 1998=100)



Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero della Sanità (anni vari) e Ministero della Salute (anni vari) (a)

Diversamente, nel settore privato i ricoveri in “acuzie” aumentano con un ritmo particolarmente sostenuto sino ai primi anni del nuovo millennio, con tassi d’incremento che non hanno paragone sia in relazione alla media nazionale che al valore delle altre regioni settentrionali, in cui il privato registra comunque un aumento.

Graf. 3.8 – Andamento dei ricoveri per “acuti” in regime ordinario nelle strutture di ricovero private “accreditate”, 1998-2008 (numeri indice – 1998=100)

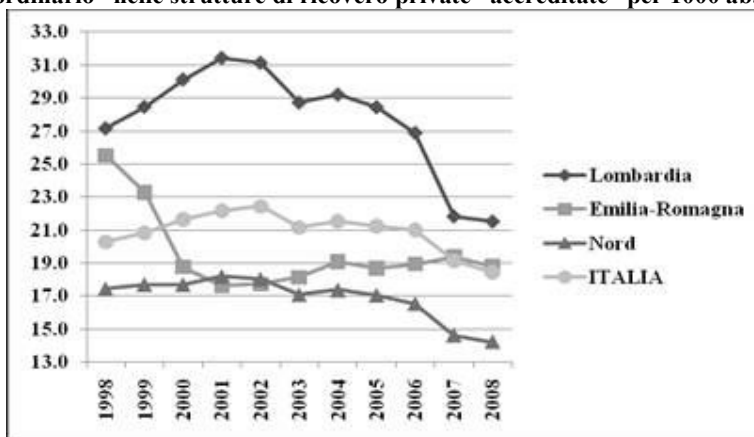


Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero della Sanità (anni vari) e Ministero della Salute (anni vari)

Qualcosa cambia solo a partire dall’ultimo biennio. Tuttavia, il segno indelebile di questa fortissima intensità dell’attività privata nelle “acuzie” in Lombardia si ripercuote nei valori assolutamente significativi ed, in prospettiva comparata – ci pare di poter sostenere - al di fuori della “norma”, che vengono raggiunte dal rispettivo “tasso di ospedalizzazione”¹⁴ (cfr. graf. 3.9).

¹⁴ Il “tasso di ospedalizzazione”, misura semplicemente l’incidenza dei ricoveri sulla popolazione di riferimento per 1000 abitanti.

Graf. 3.9 – Tasso di ospedalizzazione “grezzo ricoveri per “acuti” in regime ordinario” nelle strutture di ricovero private “accreditate” per 1000 ab. , 1998-2008



Fonte: nostre elaborazioni del tasso di ospedalizzazione su dati Ministero della Sanità (*anni vari*) e Ministero della Salute (*anni vari*) (a) per quanto riguarda i valori dei ricoveri; ISTAT – Banca dati “Health for all” Dicembre 2008 (=1998-2007) e demoistat (=2008) (<http://demo.istat.it/>) per quanto riguarda il valore della popolazione residente.

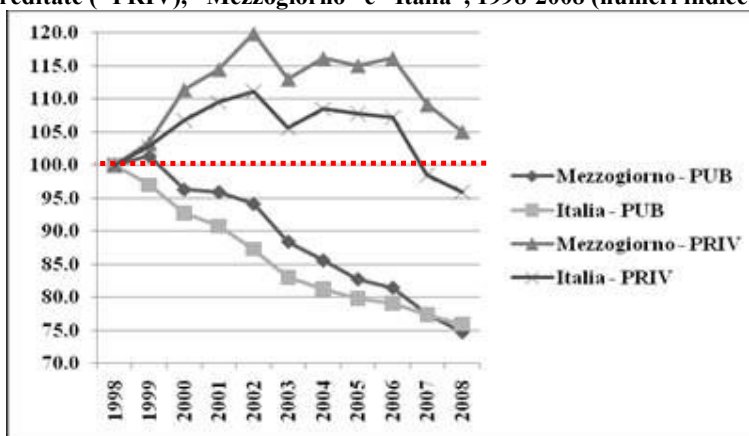
Dall’analisi dei dati si profila, dunque, come nel caso lombardo la riduzione dei ricoveri nelle “acuzie” (comunque, complessivamente, più contenuta in prospettiva comparata) sia stata per lungo periodo scaricata in termini di oneri sul pubblico, mentre per quello privato, addirittura, si sono registrati dei veri e propri tassi “esplosivi” di incremento, piuttosto che di contrazione. Tutto questo perlomeno sino al 2005, quando l’attività di ricovero nel privato tende significativamente a decrementare e ad allinearsi alla dinamica di contrazione di ricoveri nelle “acuzie” già perseguita, invece, da più di un decennio dal pubblico.

Diversamente, in Emilia-Romagna le politiche di contrazione dei ricoveri nelle “acuzie” paiono aver interessato complessivamente la componente pubblica e quella privata (cfr. graf. 3.7) (cfr. graf. 3.8) con, addirittura un onere maggiore che viene scaricato su quest’ultima in particolare nel primo periodo; mentre negli anni più recenti si assiste ad un allineamento della componente privata” a quella “pubblica” (che in valori assoluti si è tradotto in un incremento dei ricoveri in “acuzie” nell’ambito del settore privato).

A livello di macro aree territoriali, una scenario abbastanza simile a quello della Lombardia sembra riguardare il Mezzogiorno. In quest’area, se si ricorda, il dato di partenza era quello di un tasso di decremento dei ricoveri in “acuzie” più contenuto rispetto alla media nazionale (cfr. graf. 3.6). Tuttavia scomponendo questo dato rispettivamente lungo la dimensione del pubblico e del privato, ci pare di rilevare come la maggiore intensità delle “acuzie” in quest’area trovi un contributo significativo in quello che è il comportamento del settore privato.

Analizzando, infatti, i tassi di andamento (su numeri indice) dei ricoveri in “acuzie” (cfr. graf. 3.10), emerge come nel Mezzogiorno il settore pubblico proceda (con l’eccezione di un anno) ad una politica effettiva di riduzione dei ricoveri, per un certo periodo più contenuta rispetto alla tendenza media nazionale (seppur con un maggiore allineamento nel periodo più recente), ma comunque di segno negativo. D’altro canto, invece, il settore privato registra un forte aumento dei ricoveri, con una dinamica che si stabilizza ma che – cosa importante – non scende mai a livelli inferiori rispetto al numero dei ricoveri relativi al primo anno della nostra serie. Diversamente - elemento ancor più importante - da quanto accade, invece, a livello nazionale.

Graf. 3.10 – Andamento ricoveri per “acuti” in regime ordinario nelle strutture di ricovero pubbliche (=PUB) e private accreditate (=PRIV), “Mezzogiorno” e “Italia”, 1998-2008 (numeri indice – 1998=100),



Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero della Sanità (anni vari) e Ministero della Salute (anni vari) (a)

3.4. Alcune considerazioni di sintesi

Dopo l’innumerabile “dose” di dati e grafici, in questo breve passaggio cercheremo di mettere a sintesi quelle che sono state le premesse, nonché le risultanze, emerse dall’analisi. Quindi, per sintetizzare, si ricorda che la premessa di partenza è stata quella di tentare di comprendere le differenze, riscontrate nelle due regioni in termini di sviluppo dei sistemi dell’assistenza sanitaria territoriale (così come da noi rilevate) nel quadro dei rispettivi processi di “de-ospedalizzazione” e di ri-definizione dell’assistenza ospedaliera. A questo proposito ci si è concentrati sul settore delle “acuzie”, il cui “contenimento/riduzione” è un presupposto fondamentale per favorire l’investimento sulle “post-acuzie” e sui servizi territoriali.

Rispetto a questo tema è emerso innanzitutto come la Lombardia e l’Emilia-Romagna sembrano aver perseguito – in termini generali – un processo di “de-ospedalizzazione”, riducendo dunque sia la riduzione di posti letto che i ricoveri in “acuzie”.

Tuttavia, esistono differenze nel modo in cui tale processo ha preso luogo. L’Emilia-Romagna ha, infatti, perseguito una politica di contrazione abbastanza spinta in questo settore, come dimostrano sia gli andamenti di posti letto sia gli andamenti dei ricoveri. In Lombardia, invece, la contrazione delle “acuzie” pare essere stata molto meno sostenuta ed, in particolare, fortemente “vincolata” da come si sono ripartiti gli “oneri” fra pubblico e privato. Di fatto, (perlomeno per un periodo relativamente lungo), si è assistito in questa regione a livelli di attività del “privato” (come dimostrano in particolare gli andamenti dei ricoveri) particolarmente elevati. Allargando lo sguardo a livello di macro aree territoriali, è interessante segnalare come - in termini comparati - una situazione abbastanza simile a quella lombarda si sia verificata nel Mezzogiorno, con un significativo grado di attività e di peso del privato sempre nel settore delle “acuzie”. Dunque, questi elementi potrebbero costituire un primo “tassello” per comprendere il perché delle differenze riscontrate fra le due regioni, nonché a livello di macro-aree territoriali (l’attenzione è chiaramente al Mezzogiorno), in termini di sviluppo (per come l’abbiamo intesa) dell’assistenza sanitaria territoriale.

4. Un privato altamente speculativo?¹⁵ Fatti ed eventi dal profondo “Nord”

La questione di fondo che adesso emerge è, tuttavia, quella di valutare se questa tendenza, in particolare, all’incremento dei ricoveri “acuti” in Lombardia possa giustificarsi in sé oppure se dietro ad essa si siano celate pratiche speculative – nelle pieghe del finanziamento a prestazione sulla base dei DRG¹⁶ – con un ricorso inappropriato ai ricoveri. Cercheremo in questo paragrafo di affrontare la questione in due modi. Inizialmente, attraverso un’analisi più di carattere “quantitativo”, verificheremo la questione relativa “all’appropriatezza” (organizzativa) dei ricoveri stessi, facendo riferimento a una serie di indicatori che vengono previsti per il monitoraggio a livello di normativa nazionale. In seguito passeremo, invece, ad un’analisi più “qualitativa”. Una serie di indagini recenti della magistratura hanno messo in luce, infatti, come dietro all’aumento sostenuto dei ricoveri, ci sia stato in alcuni casi un atteggiamento fortemente “speculativo” da parte della strutture private. Insomma, l’obiettivo di questa parte sarà quello di sviluppare un’analisi circa il grado di “qualità” dei ricoveri in “acuzie” che abbiamo visto - nel precedente paragrafo - essere stati particolarmente sostenuti in Lombardia, in particolare nel settore privato.

4.1. L’andamento di alcuni DRG a rischio di inappropriatezza

Come evidenziato dalla letteratura, i principali effetti connessi all’adozione in sanità di un sistema di pagamento prospettico per caso trattato, secondo la classificazione per DRG, sono essenzialmente tre (Rossi, 1997: 183). Il primo attiene l’aumento del numero di casi di ricovero; il secondo, riguarda la riduzione della durata di degenza; il terzo consiste in un aumento della complessità nella casistica trattata. Come evidenzia lo stesso Rossi, questi tre effetti possono profilarsi in maniera positiva, oppure negativamente, in relazione alla modalità attraverso cui gli stessi vengono perseguiti (*ibidem*).

Per esempio, l’aumento dei ricoveri può essere ritenuto positivamente qualora si tratti effettivamente di ricoveri ordinari “appropriati”, ovvero dell’erogazione di prestazioni che non possono essere effettuate in altro regime di ricovero (per esempio in regime di “day hospital” o addirittura ambulatoriale); stessa cosa vale per la riduzione della durata della degenza, qualora con ciò si raggiunga l’obiettivo di evitare ricoveri inutilmente prolungati e dannosi per il paziente (*ibidem*).

Tuttavia, dati gli incentivi posti dal sistema di pagamento a prestazione, i motivi per cui si tende ad un incremento dei ricoveri, alla riduzione della degenza o all’aumento della complessità della casistica trattata possono essere anche altri e di natura speculativa. Di fatto, come emerso anche da altre esperienze nazionali (prime fra tutte, quelle negli Stati Uniti), in molti casi l’aumento dei ricoveri viene trainato da un forte ricorso inappropriato all’ospedalizzazione ordinaria per l’erogazione di prestazioni che potrebbero essere fornite in regimi economicamente meno costosi (come quello in “day hospital” o ambulatoriale). Oppure, la riduzione della degenza viene perseguita, tra le altre cose, attraverso la dimissione anticipata di soggetti ancora in condizioni di instabilità clinica; mentre, dietro all’aumento di complessità della casistica, possono anche esserci

¹⁵ Una piccola premessa: scorrendo la letteratura, pare che le distorsioni nell’utilizzo del sistema di finanziamento a prestazione vengano definite essenzialmente, in particolare, dagli economisti come “comportamenti opportunistici”. Nel nostro caso, si è deciso di non utilizzare questo tipo di definizione, ma quello – a nostro giudizio più appropriato e forse, più “sociologico” - di comportamento “speculativo” o di “speculazione”; mai, invece, di manipolazione opportunistica e quant’altro. Come vedremo anche dalla trattazione più “qualitativa”, infatti, stiamo parlando - nel concreto - della messa in atto di comportamenti che al solo fine della ricerca del profitto non solo contribuiscono al “saccheggio” (con diversi espedienti) di risorse della collettività, ma possono arrivare – addirittura - a mettere a rischio la salute stessa delle persone.

¹⁶ Si ricordi che i provvedimenti della prima metà degli anni ’90, hanno sancito per il Servizio sanitario nazionale il passaggio da un sistema che finanziava gli erogatori sulla base delle giornate di degenza, ad uno che – invece – paga a “prestazione”.

fenomeni di manipolazione speculativa delle schede di dimissione, attraverso l'indicazione di patologie e trattamenti più complessi rispetto alle effettive necessità dei pazienti (*ibidem*).

Nonostante l'individuazione di potenziali comportamenti speculativi sul lato dell'offerta risulti come una questione molto complessa, in cui – come vedremo più avanti - si sono dimostrati in molti casi inefficaci gli stessi sistemi di controllo delle regioni, attraverso l'analisi di alcuni indicatori “macro” è possibile quantomeno avere un'indicazione aggregata circa il grado di appropriatezza dei ricoveri.

Per fare questo, inizieremo con l'analizzare l'andamento relativo ad una serie DRG che la stessa normativa nazionale (allegato 2C del dpcm 29 Novembre 2001) ha individuato come a rischio di “inappropriatezza”, se effettuati in regime di ricovero ordinario (Assr, 2007).

Nel nostro caso, per semplificazione, si è deciso di considerare solo i DRG chirurgici, tralasciando i DRG medici¹⁷. Al fine di rilevare più precisamente le caratteristiche del caso lombardo, si è deciso anche di riportare gli stessi indicatori con riferimento ad altri casi regionali che possono essere ritenuti significativi ai fini di una rappresentazione – seppur approssimativa - della diversità presente nel nostro paese (cfr. tab. 4.1).

Tab. 4.1 - DRG Chirurgici* ad alto rischio di in appropriatezza secondo l'allegato 2C del dpcm del 29.11.2001 – Incidenza % dei ricoveri in “day hospital”, 1999-2005							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Lombardia	19.0	23.9	30.5	37.9	44.3	46.9	49.5
CC Accr	16.9	22.4	31.1	35.6	43.7	46.4	48.7
Emilia-R.	45.7	61.6	70.7	70.2	66.5	64.6	60.3
CC Accr	27.8	61.6	74.8	71.8	67.8	65.5	58.6
Lazio	13.6	26.3	33.3	45.8	58.2	63.4	69.2
CC Accr	10.3	27.1	29.7	47.3	61.4	63.5	74.8
Campania	7.8	8.8	10.3	26.7	41.9	48.4	51.4
CC Accr	0.0	0.0	0.0	22.9	37.0	42.1	44.4
Calabria	11.9	11.7	18.3	23.0	34.4	38.1	43.8
CC Accr	0.6	0.3	0.0	0.0	1.3	8.2	7.7
ITALIA	25.2	31.7	38.3	47.9	57.0	61.1	63.8
CC Accr	13.0	19.9	24.0	32.4	43.7	48.9	54.4

*DRG = 006: “decompressione del tunnel carpale”; 039: “interventi sul cristallino con o senza vitrectomia”; 040: “interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, > 17”; 041: “interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, < 18”; 042: “interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina iride e cristallino”; 055: “miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola”; 119: “legatura e stripping vene”; 158: “interventi su ano e stoma, senza CC”; 160: “interventi per ernia eccetto inguinale e femorale, > 17 senza CC”; 162: interventi per ernia inguinale e femorale, > 17 senza CC; 163: “interventi per ernia, 0-17”; 222: “interventi sul ginocchio senza CC”; 232: “artroscopia”; 262: “biopsia della mammella e scissione locale non per neoplasie maligne”; 267: “interventi perianali e pilonidali”; 270: “altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC”; 364: “dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne”.

“CC ACCR”: Case di cura private accreditate. Per ogni DRG, il valore totale è dato dal totale dei ricoveri (in regime ordinario e in day hospital) in “AO/GD” (= Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta), “POL/IRCSS/CLASS/ALTRI” (= Policlinici Universitari, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Ospedali classificati, Istituti sanitari privati qualificati presidio USL, Enti di ricerca) e “CC ACCR” (= Case di cura private accreditate)

Fonte: nostra raccolta e ri-elaborazioni su banca dati “Ricoveri Ospedalieri” (SDO) (interrogazione per DRG), Ministero della Salute, http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/ric_informazioni/default.jsp

Per la Lombardia ciò che si delinea in maniera abbastanza chiara è un'incidenza di ricoveri in regime di “day hospital” (che dovrebbero rappresentare, per questi tipi di DRG, la modalità più appropriata) che risulta in tutte le annualità considerate ben al di sotto di quanto si registra,

¹⁷ Complessivamente si tratta di 43 DRG di cui 26 Medici e 17 Chirurgici. Per un'analisi completa, rispetto anche alla denominazione stessa dei DRG, si rimanda ai seguenti rapporti dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali: Assr (2005; 2007).

complessivamente, a livello nazionale ed ancor più rispetto a ciò che avviene in un'altra regione settentrionale come l'Emilia-Romagna

Ne consegue, dunque, un livello potenziale di inappropriatezza dei ricoveri ordinari in Lombardia particolarmente significativo. Peraltro, la seconda questione rilevante che emerge è il fatto che, se confrontato con il livello medio regionale, le strutture private – nel nostro caso limitatamente alle case di cura private accreditate¹⁸ - presentano per tutti gli anni (eccetto uno) un'incidenza più bassa dei ricoveri in “day hospital” e, dunque un livello di inappropriatezza ancor maggiore.

E' importante evidenziare come la potenziale maggiore inappropriatezza dei ricoveri nell'ambito delle strutture private è un elemento che non riguarda solo il caso lombardo, ma che pare assumere - a tutti gli effetti - i tratti di una questione “nazionale”, come emerge in maniera sistematica dal raffronto sul dato nazionale, dei valori d'incidenza complessiva e di quelli specifici per le strutture private (cfr. tab. 4.1). Peraltro, tale questione pare assumere i suoi tratti più spinti nel Mezzogiorno, in Campania ed ancor più in Calabria, dove i dati non mostrano nemmeno un trend sostantivo di miglioramento diversamente dal caso campano.

4.2. L'andamento di alcuni DRG nei settori della cardiocirurgia e dell'ortopedia

Alla lista dei DRG indicati dalla normativa, si è deciso di aggiungere l'analisi riguardante l'andamento di alcuni DRG specifici che attengono più strettamente l'area della “cardiocirurgia” e “dell'ortopedia”. Si tratta, peraltro, di settori in cui il privato registra in Lombardia una forte concentrazione in termini di ricoveri erogati (Asnaghi, 2009b), anche perché rappresentano settori altamente remunerativi in termini di finanziamento della prestazione.

Tab. 4.2 - Incrementi percentuali per alcuni DRG in Lombardia (totale dei ricoveri), 1999-2005								
n.	Drg	% 00/99	% 01/00	% 02/01	% 03/02	% 04/03	% 05/04	1999=100
	<i>“Cardiocirurgia”</i>							
104	Int. valv. card. con cat. card.	2.4	8.3	15.9	5.1	32.9	0.9	181.1
	CC Accr	3.9	-9.1	9.4	6.1	42.0	-20.8	123.3
105	Int. valv. card. senz. cat. card.	19.7	15.7	3.5	6.3	-18.2	18.2	147.2
	CC Accr	42.1	13.5	3.8	4.1	-27.7	-13.4	109.0
116	Altri int. imp. pacemaker card. perman. o defibr.	13.4	6.6	5.1	0.6	6.3	0.4	136.4
	CC Accr	19.9	4.6	28.4	1.2	10.8	-11.7	159.3
117	Rev. pacemaker, eccetto sost.	40.2	-1.7	10.1	11.8	6.1	1.3	182.5
	CC Accr	154.2	-16.4	5.9	40.7	43.4	-23.9	345.8
118	Sost. Pacemaker	22.9	12.2	-7.4	-0.9	18.6	22.1	183.4
	CC Accr	95.2	2.5	-5.6	4.3	58.2	21.8	379.0
	<i>“Ortopedia”</i>							
209	Int. artic. mag. e reim. di art. inf.	11.1	12.5	10.8	3.5	6.1	1.2	153.7
	CC Accr	24.3	28.6	22.5	7.5	10.9	-4.3	223.8
221	Int. ginocchio con CC	19.3	9.5	20.8	-21.4	-21.7	-3.2	94.1
	CC Accr	23.5	-11.0	132.6	-23.7	-33.5	29.5	167.9
222	Int.ginocchio senza CC	7.0	8.2	8.8	-4.4	-3.8	-1.8	113.7
	CC Accr	10.8	16.8	16.6	-6.6	-2.6	0.6	138.1

¹⁸ Come già notato in precedenza, purtroppo attraverso i dati ministeriali è possibile avere solo un'indicazione approssimativa del settore “privato”, non potendo essere considerate – data l'aggregazione del dato - quei tipi di strutture che, pur essendo equiparate a quelle pubbliche, sono essenzialmente di carattere privato (come gli ospedali classificati ed, in particolare per quanto riguarda la Lombardia, gli IRCCS privati).

“CC ACCR”: Case di cura private accreditate

Per ogni singolo DRG, il valore totale è dato dal totale dei ricoveri (in regime ordinario e in “day hospital”) in “AO/GD” (= Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta), “POL/IRCSS/CLASS/ALTRI” (= Policlinici Universitari, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Ospedali classificati, Istituti sanitari privati qualificati presidio USL, Enti di ricerca) e “CC ACCR” (= Case di cura private accreditate)

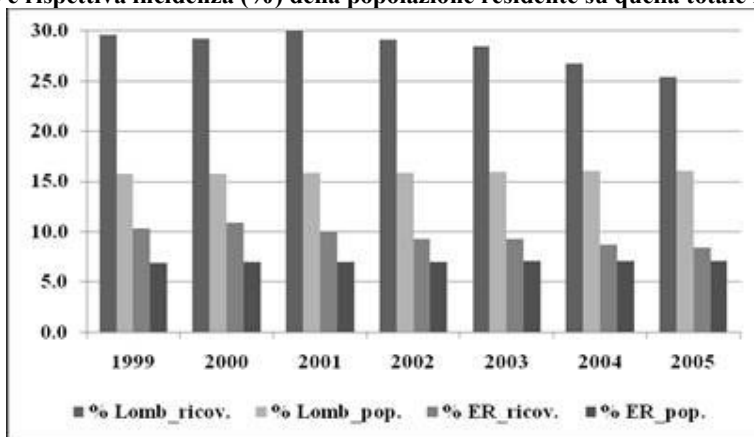
Fonte: nostra raccolta e ri-elaborazioni su banca dati “Ricoveri Ospedalieri” (SDO) (interrogazione per DRG), Ministero della Salute, http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/ric_informazioni/default.jsp

In termini generali, la prima cosa che si rileva, è il fatto che per questi DRG si registrano complessivamente dei tassi d’incremento particolarmente sostenuti. In aggiunta, se si passa ad analizzare il comportamento delle strutture private emergono – con l’eccezione di alcuni DRG (come gli interventi sulle valvole cardiache) – degli aumenti significativamente “anomali”, che giungono addirittura (considerando come anno indice il 1999) ad una triplicazione (cfr. revisioni/sostituzioni dei pacemaker) o al raddoppio (cfr. interventi su articolazioni maggiori ecc ...) dei ricoveri effettuati.

Da questi dati potrebbero, dunque, sorgere subito seri dubbi circa l’appropriatezza dei ricoveri, tenendo conto anche che si tratta di prestazioni ad elevata remunerazione: peraltro, tali dubbi paiono trovare ulteriore conferma se si “contestualizza” il dato lombardo nel quadro nazionale.

Per esempio, confrontando per alcuni dei DRG sopra considerati da un lato il peso dei ricoveri in Lombardia sul totale nazionale, con quello che è – dall’altro - il rispettivo “peso” della popolazione lombarda sempre sul totale nazionale, emerge uno scostamento particolarmente significativo. Come mostra chiaramente il grafico di seguito (cfr. graf. 4.1), il peso dei ricoveri per un specifico DRG (cfr. interventi sulle “valvole cardiache”), raggiungono un’incidenza percentuale che è nettamente più alta rispetto al peso della popolazione lombarda su quella nazionale: il punto massimo si raggiunge nei primi anni del nuovo millennio, quando gli interventi in Lombardia arrivano a coprire addirittura circa un terzo di quelli complessivi a livello nazionale.

Graf. 4.1 - Incidenza (%) totale ricoveri Lombardia ed Emilia-Romagna per DRG 104 e 105 sul totale nazionale e rispettiva incidenza (%) della popolazione residente su quella totale nazionale, 1999-2005



DRG 104: interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco;

DRG 105: interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco.

Fonte: per valori DRG nostra raccolta e ri-elaborazioni su banca dati “Ricoveri Ospedalieri” (SDO) (interrogazione per DRG), Ministero della Salute, http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/ric_informazioni/default.jsp; Banca dati “Health for all” Dicembre 2008 per quanto riguarda il valore della popolazione residente.

Per rispondere, anticipatamente, ad un’obiezione che legittimamente potrebbe essere posta circa questo tipo di analisi, ovvero quello di non tenere in dovuto conto l’impatto della mobilità (attiva) sul livello dei ricoveri in Lombardia (fenomeno che assume per questa regione, come vedremo più avanti, un’indubbia rilevanza), si è pensato di inserire come termine di comparazione i dati che

riguardano per le stesse dimensioni l'Emilia-Romagna, regione anch'essa caratterizzata da un elevato fenomeno di mobilità attiva.

Come si vede, anche dal raffronto con l'Emilia-Romagna, il caso lombardo conferma questo spiccato scostamento fra livello di ricoveri e popolazione residente, a partire dal quale può essere dunque lecito ipotizzare la presenza – abbastanza vasta – di fenomeni di inappropriatazza.

4.3. La speculazione in atto: quanto emerge dai fatti

Fino a questo momento, l'ipotesi da cui si è partiti ovvero che dietro alla dinamica particolarmente sostenuta delle “acuzie” in Lombardia ci possa essere anche un comportamento speculativo da parte degli erogatori, è stata mantenuta – prudenzialmente – ad un livello “potenziale”, visto che ci si è basati unicamente su un'analisi “macro” dei dati, peraltro limitata solo ad una parte dei ricoveri. Ora, ci pare che un ulteriore elemento di validazione di tale ipotesi, possa essere fornito – forse in maniera ancor più solida - ripercorrendo attraverso la cronaca giudiziaria, le inchieste giornalistiche e i resoconti dei dibattiti parlamentari, una serie di fatti che hanno messo ben luce quanto di speculativo sia stato messo in atto in Lombardia. L'evento principale che forse tutti conosceranno, anche per il forte riscontro che esso ha avuto, è sicuramente quello della clinica S. Rita di Milano. Tuttavia, è importante evidenziare come tale evento abbia rappresentato un caso tutt'altro che episodico ed estemporaneo.

4.3.1. Le audizioni in sede di Commissione d'inchiesta: qualcosa già ben prima del fatidico giugno 2008

Già ben prima dello scoppio del caso Santa Rita, le indagini della magistratura avevano messo in luce qualcosa di anomalo nei ricoveri delle strutture private lombarde. Ciò emerge, in particolare, nell'ambito della Commissione Parlamentare d'Inchiesta del Senato sul Servizio Sanitario Nazionale, quando vengono chiamati in audizione (a fine luglio 2007) i sostituti procuratori della Repubblica di Milano, Tiziana Siciliano e Grazia Prandella¹⁹, proprio in merito alle indagini che la procura stava allora conducendo nei confronti di alcune cliniche private milanesi²⁰, cui si imputavano distorsioni “sistematiche” nell'utilizzo del sistema DRG.

Nel concreto, l'ipotesi di reato consisteva nella truffa legata alla codifica dei DRG (con un danno erariale stimato in 18 milioni di euro), che risultavano “gonfiati” rispetto al tipo di prestazione effettuata. In altre parole, e con riferimento all'indagine relativa alla Casa di Cura San Carlo, a partire da una segnalazione interna (quella di un primario) era emerso che:

¹⁹ Si tratta degli stessi sostituti procuratori che rappresentano l'accusa nel processo in corso sul caso Santa Rita.

²⁰ Le indagini in corso, oltre a quella nei confronti della Casa di Cura San Carlo, riguardavano anche gli ospedali San Donato, San Siro, Sant'Ambrogio, Galeazzi, San Giuseppe, Pio X, Santa Rita e San Raffaele (Senato della Repubblica, 2007b: 5). Per la clinica Santa Rita il processo inizierà nel dicembre 2008. Per quanto riguarda gli altri casi sopra elencati, ci risulta solo (però non si è a conoscenza se c'è stato, o meno, il rinvio a giudizio) che nel dicembre 2009 la magistratura ha chiuso le indagini per quanto riguarda gli ospedali San Donato, Galeazzi e Sant'Ambrogio (tutte e tre strutture appartenenti al gruppo Rotelli) (Randacio, 2009: 6). Anche in questo caso è: “[...] risultato anormale il numero di ricoveri, rimborsati alle cliniche del gruppo Rotelli, di pazienti che venivano ricoverati per patologie apparentemente banali, come l'asportazione di cisti, porri o tumori benigni [...]” (ibidem). Dunque, secondo l'accusa: “[...] sono stati eseguiti ricoveri per necessità diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali, mentre gli interventi e l'assistenza praticata erano stati erogati in regime ambulatoriale [...]” “[...] all'interno delle tre cliniche esisteva un vero e proprio sistema in cui i vertici amministrativi impartivano le linee guida e le istruzioni per l'erogazione e la rendicontazione delle prestazioni sanitarie – si legge nel documento inviato agli indagati – e per la loro codifica in frode al SSR, esercitando sistematicamente i propri doveri di controllo in maniera parziale e compiacente per il massimo profitto della struttura privata [...]” (ibidem). Il danno erariale ammonterebbe a poco più di 6 milioni di euro (ibidem).

“ [...] ... venivano indicate patologie più gravi di quelle effettive o necessità terapeutiche maggiori rispetto a quelle realmente necessarie per quel determinato tipo di patologia. Per fare un esempio molto semplice, una banale operazione ambulatoriale di cisti veniva indicata come operazione chirurgica profonda che necessitava di ricovero; un'ernia inguinale, operazione anch'essa piuttosto banale, veniva indicata come dialisi peritoneale. Pertanto a fronte di patologie così complesse, il rimborso era ovviamente più elevato [...]” (Senato della Repubblica, 2007b: 4)²¹.

4.3.2. Il caso “Santa Rita”

Le ipotesi sulla presenza di comportamenti speculativi delle strutture private arrivano a trovare ulteriore conferma con lo scoppio, nel giugno del 2008, dello scandalo della casa di cura privata “Santa Rita”, che porta all’arresto di 14 persone. Le ipotesi di reato sono quelle di falso e truffa ai danni del Servizio Sanitario Nazionale nonché, per il primario del reparto di chirurgia toracica Brega Massone e per i suoi assistenti, addirittura di lesioni gravissime e omicidio volontario aggravato dalla particolare crudeltà. In sostanza (Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari, 2008a: 20):

“[...] Dal compendio degli elementi raccolti dagli inquirenti e posti all’attenzione di questa Giudice sono emersi da un lato una serie di condotte fraudolente tese ad ottenere pagamenti da parte del Servizio Sanitario Nazionale relativi a prestazioni sanitarie non erogate o erogate solo parzialmente, mediante la redazione e compilazione delle cartelle cliniche e delle relativi Schede di Dimissione Ospedaliera in guisa da segnalare diagnosi ed interventi a maggior impatto finanziario in luogo di diagnosi riscontrate ed assistenza effettivamente erogata [...], dall’altro, con specifico riferimento al reparto di chirurgia toracica della Casa di Cura Santa Rita, si sono evidenziati numerosissimi casi di lesioni volontarie gravi e gravissimo [...] e cinque casi omicidio volontario [...]”.

Dai testi delle intercettazioni usate dai magistrati nel corso dell’inchiesta, incluse nell’ordinanza con cui il Tribunale ordinario di Milano dà il via libera agli arresti, si delinea chiaramente il quadro delle degenerazioni speculative messe in atto all’interno della clinica, che interessano non solo singoli casi, ma che paiono essere addirittura impartite dal proprietario della clinica, il notaio siciliano Pipitone, e pervadere diffusamente le linee di governo della clinica stessa, con una consapevolezza diffusa fra gli operatori.

Se passiamo ora ai capi d’accusa che sono stati avanzati nei confronti degli arrestati, ed in particolare il secondo relativo alle lesioni gravissime, nel testo dell’ordinanza d’arresto vengono riportati alcuni esempi – sempre sulla base dell’intercettazioni telefoniche - veramente “agghiaccianti”. Fra questi – esemplificativo del “modus operandi” - quello del dott. Scarponi (uno degli arrestati), il quale venendo a sapere (probabilmente da un’infermiera o una responsabile, una tale Stefania), che erroneamente è stata aperta da un altro chirurgo una protesi (cfr. si tratta di un chiodo) e che, dunque, la stessa non è più utilizzabile non essendo più sterilizzata, assicura di poterla impiantare al primo anziano novantenne che capita sotto mano, tanto l’aspettativa di vita non è lunga (*ibidem*: 26-27):

Scarponi Renato: “*beh certo, mica lo butterà via ... sei matto ...*”

Stefania: “*io ... ascolti, ascolti una cosa, io ho detto solo a Filippi ... L’ho chiamato per sensibilizzarlo e per dire “state attenti quando aprite una cosa” perché costa 455 euro più iva*”;

Scarponi Renato: “*senti ... io se vuoi sotto la mia responsabilità lo reimpianto subito in qualsiasi malato ... subito lo impianto*”

[...] [...] Stefania: “*ho capito ma se Battista non lo sterilizza?*”

²¹ A tal proposito segnaliamo che in Lombardia, stando alla tabella delle tariffe regionali massime per ricoveri “acuti” in regime “ordinario” (anno: 2008) (cfr. Assr, 2008), per i DRG “161” e “162” (ovvero “Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 con e senza CC”) il valore della remunerazione era rispettivamente di 2.410 euro e 1.093 euro. Diversamente per i DRG “150” e “151” (ovvero “Lisi di aderenze peritoneali con e senza CC”) la remunerazione incrementava a 6.724 euro e 3.582 euro: come si vede dal raffronto le tariffe correlate al secondo tipo di DRG sono, effettivamente, più vantaggiose.

Scarponi Renato: [...] *“perché si deve opporre scusi eh. E' come una pinza chirurgica ...”*

Stefania: *“no, non è la stessa cosa perché questo è un impianto che rimane sul paziente e l'etichetta va messa in cartella clinica”*

Scarponi Renato: *“ecco, ma se il malato di novanta anni, novantacinque anni ha una brevissima aspettativa di vita eh ...”*

Stefania: *“io ho fatto lo stesso discorso tra di me”*

Scarponi Renato: *“eh eh”*

Stefania: *“ho detto se un paziente è molto anziano tutto sommato si potrebbe anche”*

Scarponi Renato: *“eh, novantenni ne abbiamo ogni giorno eh”*.

Un altro dato che sostiene l'ipotesi di lesioni gravi sono poi le innumerevoli perizie fatte fare dai PM a diversi esperti del settore, cui viene chiesto essenzialmente di valutare la congruità fra le diagnosi riportate nella cartella clinica e il trattamento poi eseguito. Per il reparto di chirurgia toracica si tratta nella gran parte dei casi dell'effettuazione di interventi inutili, fatti solo al fine di incrementare il DRG e che ben poco hanno a che fare con le condizioni dei pazienti (principalmente anziani), facendo patire peraltro a questi un dolore inutile. Addirittura, com'è se detto all'inizio, la particolare aggressività chirurgica porta alla morte di alcuni pazienti (Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari, 2008b: 59):

“S.A. aveva 85 anni allorquando è stato sottoposto ad un intervento chirurgico di toracotomia decorticazione polmonare, sintesi miocardio, in assenza di esame istologico (e del tumore ipotizzando non vi è traccia nella documentazione clinica): si trattava di paziente ad alto rischio operatorio in quanto ultraottantenne, con precedente by-pass coronarico e broncopneumopatia cronico ostruttiva: egli muore in sala operatoria per lacerazione del cuore, nel corso di un intervento inutile e inspiegabile”.

Che alla base di tutto questo ci sia, fondamentalmente, una miscela esplosiva innescata dal tipo di sistema di pagamento (a prestazione), ed il modo con cui vengono remunerati i medici delle strutture private accreditate (a prestazione), che conduce ad una situazione in cui la speculazione e il profitto prendono il sopravvento sulla salute stessa delle persone, emerge chiaramente in altri passaggi delle intercettazioni che fanno parte sempre dell'inchiesta. In particolare, un medico della Santa Rita conversando al telefono con una tale Clara, sostiene a riguardo (Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari, 2008a: 25):

Galasso Arabella: *“ma è normale che sia così, quando un chirurgo è pagato a prestazione, se vuole guadagnare deve fare più prestazioni, mentre una volta il ricovero era pagato a giornate ...”*

Clara: *“eh certo”*

Galasso Arabella: *“e quindi tu avevi uno stipendio a prescindere dai pazienti che operavi ... (...)”*

Seguendo gli sviluppi più recenti di questa vicenda, va notato che l'impianto accusatorio ipotizzato inizialmente dalla magistratura, e che ha dato luogo agli arresti del giugno 2008, ha trovato conferma (cfr. aprile 2010) nell'ambito del processo che ha avuto inizio sul caso della Santa Rita, con la conclusione della requisitoria e le richieste di pena avanzate dagli stessi PM contro gli imputati (tra cui 21 anni per il primario Brega Massone). Stando alla requisitoria dell'accusa, nel reparto di chirurgia toracica²²:

“[...] prevaleva solo il profitto [...]. 83 sono le lesioni gravi contestate a Brega Massone, 68 al suo vice Presicci e 32 a Pansera. Operazioni inutili [...] effettuate esclusivamente per ottenere maggiori rimborsi dal SSN. Con il suo operato Brega Massone ha fatto liquidare alla Santa Rita 3 milioni di euro di rimborsi di cui 300 mila sono stati intascati da lui direttamente. I PM hanno anche ricordato che di fronte alla possibilità di ricorrere ad un intervento suggerito da Brega Massone si sia salvato facendosi fare un'altra diagnosi all'ospedale Niguarda, da cui, anziché un tumore ai polmoni, è stata riscontrata una semplice polmonite [...]” (Randacio, 2010: 6).

²² Il proprietario della clinica, il notaio siciliano Francesco Pipitone, ha invece patteggiato 4 anni e 8 mesi di carcere per truffa aggravata (Randacio, 2010: 6).

4.3.3. Il dibattito parlamentare a seguito del caso “Santa Rita”

Lo scandalo, e i reati che vengono ipotizzati al Santa Rita delineano un quadro talmente drammatico (in particolare quella di lesioni gravissime), che l’allora sottosegretario del ministero del welfare, con delega alla salute, Ferruccio Fazio²³ viene chiamato subito a riferire alle Camere in merito all’accaduto. Nel primo intervento al Senato, Fazio ricostruisce nel modo seguente la dinamica degli eventi che hanno portato allo scoppio dello scandalo (Senato della Repubblica, 2008: 15):

“[...] Nel corso del 2007 sono state avviate dalla magistratura indagini sull’attività sanitaria presso la casa di cura Santa Rita che si riferiscono prevalentemente a fatti verificatisi negli anni 2005-2006. La Regione Lombardia e la ASL, nell’ambito dei rapporti instauratisi da tempo, hanno subito fornito la disponibilità a collaborare per quanto di loro competenza con la magistratura.

A seguito di controlli effettuati dalla ASL città di Milano, questa ha inviato in data 25 settembre 2007, alla procura della Repubblica gli esiti della relazione dei propri esperti e il giorno successivo è stata sospesa l’autorizzazione per l’attività di chirurgia toracica, dovuta alla mancanza di adeguati protocolli clinico-operativi del quartiere operatorio, in particolare per quanto riguarda la gestione dei pazienti con infezione acute in atto. [...]. Peraltro, nel corso del 2007, le verifiche del nucleo operativo di controllo della ASL hanno portato ad una rettifica della valorizzazione delle prestazioni di ricovero, non riconoscendo come rimborsabili prestazioni per circa 1.200.000 euro. Inoltre, occorre ricordare che la legge attualmente in vigore, che è riferibile alla finanziaria 2001, prevede un controllo analitico annuo di almeno il 2% delle cartelle cliniche, a fronte del quale la regione Lombardia ha attualmente in essere operazioni di controllo per circa il 5% delle cartelle cliniche”.

Nella ricostruzione dell’allora sottosegretario²⁴, si delinea abbastanza chiaramente quella che è la posizione della maggioranza di centro-destra da tenere sul caso S. Rita. La clinica era già stata attenzionata dai sistemi di controllo della regione Lombardia (peraltro i più avanzati a livello nazionale, tenendo conto dell’incidenza dei controlli sulle cartelle cliniche, ben più alta rispetto agli standard previsti dalla normativa), i quali non a caso avevano già provveduto a rettificare la valorizzazione delle prestazioni nonché a sospendere l’autorizzazione col reparto di chirurgia toracica.

Tuttavia, in questa ricostruzione ci pare che non vengano riportate adeguatamente – stando strettamente agli atti - alcune questioni di particolare rilevanza. La prima riguarda, innanzitutto, il “come” abbia avuto inizio l’inchiesta della magistratura. Di fatto, dal testo dell’ordinanza di carcerazione, si afferma che (Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari, 2008a: 20)

“[...] il presente procedimento trae origine da una autonoma attività svolta dai militari della Guardia di Finanza di Milano - Gruppo Tutela Spesa Pubblica – Sezione Tutela Spesa Pubblica Nazionale in relazione ad un esposto anonimo molto circostanziato [...]. La citata missiva segnalava in particolare che i pazienti in “regime convenzionato”, sarebbero stati sottoposti ad interventi diversi rispetto a quelli effettivamente necessari in relazione alla patologia sofferta in modo da ottenere rimborsi maggiori da parte del Servizio Sanitario Regionale: ciò avrebbe consentito alla casa di cura il percepimento di indebite somme, sotto forma di rimborsi [...]”.

Dunque, le indagini della magistratura vengono avviate a partire da un’operazione autonoma della Guardia di Finanza che ha fatto seguito, a sua volta, ad un’informativa anonima. Se si tiene a mente la modalità attraverso cui, come esposto in Commissione Parlamentare d’Inchiesta, ha avuto inizio l’indagine sulle truffe della Casa di Cura San Carlo, (ovvero anche in quel caso a partire da una nota anonima) (cfr. par. 4.3.1) tale questione risulta tutt’altro che peregrina, dimostrando come in entrambi i casi i controlli regionali non siano stati in grado di agire autonomamente ed in via preventiva sugli illeciti ipotizzati.

²³ Passato poi a ministro nel neo-istituito “Ministero della salute”.

²⁴ Peraltro, dalla stessa relazione si rileva come la Santa Rita abbia registrato nel corso degli anni un incremento, particolarmente sostenuto, della propria dotazione di posti letto, passata addirittura dai 38 del 1999 ai 276 del 2008 (Senato della Repubblica, 2008: 15).

In secondo luogo, va notato che le rettifiche fatte dall'ASL di Milano – riportate, sia dal governo che dagli esponenti di maggioranza, a difesa dell'efficacia dei controlli - riguardano l'anno 2007, mentre come viene riportato giustamente nella stessa relazione del sottosegretario Fazio, le indagini della magistratura riguardano il periodo 2005-2006. Ne consegue dunque che le irregolarità da cui scaturiscono le ipotesi di accusa più “leggere” (ovvero falso e truffa) non era state in alcun modo rilevate dai controlli della regione.

La terza questione riguarda, invece, la sospensione da parte dell'ASL di Milano dell'autorizzazione al reparto di chirurgia toracica della clinica, quello in cui emergono i fatti più delittuosi. A proposito, va notato innanzitutto che l'inchiesta della magistratura su questo reparto non si apre subito a seguito delle prime verifiche statistiche sui ricoveri nella clinica (e dai quali erano subito uscite confermate le ipotesi speculative avanzate nell'esposto anonimo), ma avviene solo a seguito della segnalazione inviata dall'ASL alla magistratura con la quale si rendeva nota l'avvenuta sospensione dell'autorizzazione, come risulta anche agli atti (Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari, 2008a: 27):

“Va detto, per chiarezza espositiva, che nella prima fase delle indagini non era stato attenzionato il reparto di chirurgia toracica diretto dal dott. Brega Massone [...]. Solo dopo aver ricevuto una segnalazione [...] da parte della ASL (che addirittura sospendeva gli effetti del contratto di accreditamento, relativamente all'unità operativa di chirurgia toracica [...]) gli organi inquirenti procedevano [...] al sequestro delle cartelle cliniche relative al reparto di chirurgia toracica degli anni 2005 e 2006.”

Da questo punto di vista, pare che i sistemi di controllo abbiano efficacemente individuato in anticipo le disfunzioni speculative. Tuttavia, se si scorre attentamente gli atti si comprende, invece, che il procedimento dell'ASL non avviene in via “preventiva” (né tantomeno in relazione ai capi d'accusa specifici di lesioni aggravate e di omicidio che saranno poi formulate dalla magistratura), quanto a “valle” dello scoppio di uno scandalo, come pare emerge dalle intercettazioni di un medico sempre della Santa Rita (Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari, 2008b: 10):

Galasso Arabella : *“[...] pare che l'ASL abbia condotto un'indagine perché questo qui (cfr. Brega Massone) ha operato un ragazzo [...] lui è un toracico [...] che deve aver avuto un PNX non ti so dire. Poi lo ha dimesso, questa estate male, il medico lo ha mandato alla Marelli, sai dove si occupano di patologia polmonare [...] e alla Marelli gli hanno trovato la TBC”*

Clara: *“O madonna”;*

Galasso Arabella: *“questa era già andato a scuola e ha infestato la classe Clara: ma tu Cristo ...”*

[...] Galasso Arabella: *“[...] il problema è che hanno scoperto in questo modo, indagando su questo caso, che lui non eseguiva i protocolli per la tubercolosi, cioè uno va da lui, lui non fa un minimo di indagine”.*

Dunque anche in questo caso, i sistemi di controllo pur avendo aperto una pista non considerata inizialmente dalla magistratura non sembrano essere stati in grado di rilevare e colpire efficacemente la speculazione messa in atto dalla struttura privata, nelle pieghe del finanziamento a prestazione. Peraltro che qualcosa non abbia funzionato, emerge anche da alcune delle considerazioni inoltrate dalla Guardia di Finanza alla magistratura in relazione ai primi riscontri derivanti dall'analisi statistica. Le anomalie appaiono alquanto evidenti Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari, 2008a: 22):

“[...] un'ulteriore analisi ha riguardato il numero di decessi. Nel 2005, risultano essere deceduti nei reparti di riabilitazione specialistica (cod. 56) delle strutture sanitarie lombarde 569 persone. Di queste, 74 (pari al 13%) risultano decedute presso il reparto di riabilitazione specialistica della Casa di Cura Santa Rita [...]”

5. I “nodi” della sanità nel Mezzogiorno: una rilettura (ancora preliminare) a partire dal dibattito e dalle inchieste parlamentari più recenti

L’analisi empirica, svolta in particolare nella parte terza di questo *paper*, ha messo in luce come da certi punti di vista le dinamiche specifiche attraverso cui nel Mezzogiorno ha preso luogo il processo di riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera (specificamente nel settore delle “acuzie”) presentino - in particolare con riferimento all’andamento dell’offerta privata - tratti analoghi a quelle del caso lombardo. Cogliendo tale aspetto, in questa parte tenteremo un passaggio da “Nord” a “Sud”, ovvero si cercherà di sviluppare un ragionamento che “unisca” quanto emerso di problematico in Lombardia con quanto affligge, fra le tante cose, la sanità nel Mezzogiorno. Questo tipo di percorso verrà fatto a partire da una rilettura del dibattito e delle principali considerazioni (sulla base dei resoconti stenografici e degli atti) che sono emerse in merito nell’ambito sia delle Commissioni d’Inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale (rispettivamente istituite dalla Camera e dal Senato nel corso delle ultime legislature e tuttora operanti), sia nel corso dell’attività parlamentare più recente²⁵.

Tuttavia, come prima cosa, è necessario delineare i principali “nodi” che rendono critica la situazione organizzativa della sanità nel Sud del paese. Fra i tanti, essi ci paiono essere: l’elevato livello di ospedalizzazione; l’arretratezza del sistema dei servizi territoriali e delle “post-acuzie”; la mobilità sanitaria.

Il livello di ospedalizzazione

L’elevato livello di “ospedalizzazione” pare costituire un primo elemento particolarmente critico dell’organizzazione sanitaria nel Mezzogiorno. Tale elemento, mette in luce tutto il divario che separa quest’area del paese dalle altre, nel perseguimento di strategie legate “all’appropriatezza” della risposta, e dunque ad una maggiore efficacia ed efficienza dell’intervento stesso. Come già visto in precedenza (cfr. par. 4.1), il ricorso inappropriato al regime di ricovero ordinario, per prestazioni che potrebbero essere, invece, erogate in ambito di “day hospital” (o addirittura ambulatoriale), risulta non a caso particolarmente diffuso nelle regioni del Sud e, fra le diverse cose, trova anche la sua ragion d’essere in un comportamento fortemente speculativo delle strutture private, le quali rappresentano storicamente il grosso dell’offerta.

Un altro esempio di questa vasta area di inappropriata, e al contempo di forte speculazione privata, può essere fornito dalla questione dei “parti cesarei”. Oltre a rappresentare un intervento pericoloso per la salute della donna (tanto che è la stessa OMS, nelle sue raccomandazioni, a ritenere già senza alcuna giustificazione un ricorso al cesareo per più del 10-15% dei parti), talvolta dietro alla maggior spinta a questo tipo d’intervento si cela anche un movente di natura strettamente speculativa, poiché il parto cesareo massimizza il rapporto costi-benefici, godendo da un lato di una tariffa maggiore (trattandosi di un intervento chirurgico) e dall’altro lato, di una maggiore velocità di “esecuzione” rispetto al parto naturale. Nel Sud del paese l’incidenza dei parti cesarei raggiunge valori nettamente superiori della media nazionale: si va (anno 2008) dal 43.63% dell’Abruzzo al 45.36% della Calabria, per arrivare al 52.88% della Sicilia e addirittura al 61.89% della Campania, mentre a livello nazionale il valore di riferimento è del 38.30% (Ministero della Salute, *anni vari*) (a).

²⁵ In quest’ultimo caso, ci si riferisce in particolare al dibattito parlamentare (nella precedente legislatura) che ha anticipato l’approvazione di importanti provvedimenti a tutela della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, come la: “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 20 marzo 2007, n. 23, recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario*”, approvato in ultima istanza dal Senato nella seduta del 16-5-2007. A tal proposito si ricorda che con la prima finanziaria del secondo governo Prodi (legge finanziaria per il 2007, art. 1, c. 796, let. e, della l. 296/06) era stato previsto - all’interno di un preciso percorso di risanamento e di riorganizzazione attraverso lo strumento dei Piani di rientro - la possibilità alle regioni in extra-deficit di ricorrere ad un prestito dello Stato, proprio per ripianare la situazione debitoria. Oltre a questo, ci sono parsi significativi anche gli interventi fatti, nella rispettiva Commissione, ad inizio del mandato dal precedente Ministro della Salute (On. Livia Turco), come audizione sulle linee programmatiche del dicastero.

Tuttavia, il ricorso al cesareo risulta ancor più spinto (e ciò vale da “Sud” a “Nord”) nell’ambito delle strutture private. Per esempio (anno 2005), in Calabria nelle case di cura private l’incidenza dei parti cesarei superava il 57%, mentre in Campania addirittura il 70%. Solo in Campania le strutture private arrivano a coprire oltre la metà di tutti i parti cesarei effettuati da case di cura private sul territorio nazionale²⁶. Dunque, la maggiore ospedalizzazione nel Sud del paese si origina anche in questa vasta area di “inappropriatezza” dei ricoveri. Tuttavia, va notato - come si vedrà fra poco - che l’elevata ospedalizzazione trova anche ragion d’essere in un flusso di mobilità passiva consistente di cittadini del Mezzogiorno ricoverati nelle regioni centro-settentrionali. Ciò spiega, peraltro, perché il livello di ospedalizzazione sia così elevato nel Mezzogiorno pur essendoci in quest’area una sottodotazione “cronica” (che affonda le proprie radici in ragioni di ordine “storico-strutturale”) in termini di posti letto.

L’arretratezza del sistema dei servizi territoriali e delle “post-acuzie”

Una seconda criticità, riguarda l’assenza di un adeguato sistema territoriale - di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale - capace di fornire risposte ai bisogni - in particolare - delle persone malate croniche non-autosufficienti. Tale aspetto lo si è già visto in parte all’inizio, quando dall’analisi delle modalità di dimissione, è emersa una pressoché totale assenza di continuità assistenziale a favore di coloro che vengono dimessi dai reparti ospedalieri (cfr. par. 2). Peraltro, se si sposta l’attenzione alla dotazione dei servizi territoriali in senso stretto, se ne ricavano ulteriori conferme.

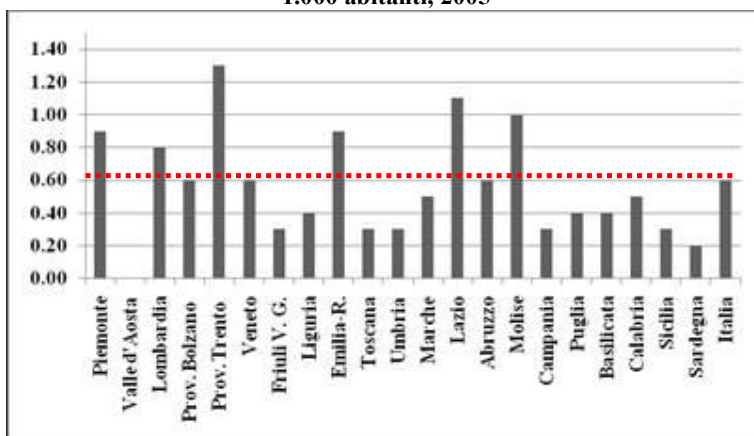
Basta solo evidenziare, infatti, che (al 2005) la dotazione di posti letto per le persone anziane in strutture territoriali residenziali (RSA, residenze sociosanitarie e assistenziali) oscillava (come incidenza per 1000 anziani) nelle regioni del Sud dal valore massimo del Molise (18.7 per mille) al minimo della Basilicata (5.4 per mille), mentre a livello nazionale l’incidenza media era di 22.9 e nella gran parte delle regioni del Nord la dotazione come minimo si attestava a circa 30 posti letto, per raggiungere il punto massimo dei 50 nel Provincia di Trento (cfr. tav. 7 in: Pesaresi e Brizioli, 2009: 62). Lo stesso discorso vale se si prendono in considerazione altri tipi di servizi, come l’assistenza domiciliare.

Ciò fa il palio, oltretutto, con un’ulteriore elemento che tende ad aggravare la situazione in quest’area del paese in termini di risposta ai non autosufficienti, ovvero la sottodotazione del sistema delle “post-acuzie”. Le regioni del Mezzogiorno, infatti, presentano una dotazione di posti letto in questo settore ben lontana da quanto previsto a livello di programmazione²⁷ e, comunque, al di sotto dell’incidenza nazionale (cfr. graf. 5.1).

²⁶ Nostra raccolta e ri-elaborazioni su banca dati “Ricoveri Ospedalieri” (SDO) (interrogazione per DRG), Ministero della Salute, http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/ric_informazioni/default.jsp

²⁷ Si tratta dello standard I per mille per le “post-acuzie”, previsto dall’accordo Stato-Regioni dell’8 agosto 2001. Tuttavia, più recentemente, il nuovo “Patto per la salute 2010-12”, nell’articolo dedicato alle misure di razionalizzazione della rete ospedaliera, ha abbassato tale standard allo 0.7 (Conferenza Stato-Regioni, 2010: 64).

Graf. 5.1 - Posti letto per “non acuti” previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati per 1.000 abitanti, 2005



Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero della Salute (anni vari) (b)

Peraltro, alcuni studi, segnalano come il processo di “de-ospedalizzazione” nel Mezzogiorno, in particolare fra la fine e gli inizi del nuovo millennio, sia passato soprattutto attraverso proprio una consistente riduzione dei posti letto per le “lungodegenze” (Caroppo e Turati, 2007: 279). La questione non è peregrina poiché, tenendo conto delle arretratezze dei servizi territoriali cui si è fatto cenno sopra, tutto lascia pensare che in questa situazione sia ancor più lo “scarico” sulle famiglie a costituire l’unica forma di risposta ai bisogni dei malati cronici²⁸ (*ibidem*: 283).

La mobilità sanitaria

La sostanziale inadeguatezza ed arretratezza della rete ospedaliera nel Mezzogiorno, porta al noto fenomeno della “mobilità sanitaria passiva”, ovvero di un flusso consistente di cittadini delle regioni del Sud costretti ad “emigrare” in altre regioni (peraltro lontane) per ricevere le cure necessarie. Il fenomeno della “mobilità sanitaria passiva” interessa anche le regioni del Centro-Nord. Tuttavia il problema che si pone per le regioni del Sud, è il fatto che esso (diversamente, in buona parte, dalle regioni del Centro-Nord) non è compensato adeguatamente da un flusso in “entrata” (quindi, la cosiddetta “mobilità sanitaria attiva”) di ricoveri provenienti da altre regioni, determinando dunque complessivamente un saldo negativo in termini di mobilità.

La mobilità non solo pone, innanzitutto, seri dubbi rispetto all’equità effettivamente garantita dal Servizio sanitario nazionale in termini di diritto alla salute, quanto anche una serie di conseguenze fortemente negative in termini finanziari per le stesse regioni del Mezzogiorno, cui spetta comunque coprire il costo dei ricoveri dei propri cittadini in altre regioni.

Anche per il modo con cui, normalmente, sia a livello politico sia – ed ancor più – a livello scientifico, si tendono a considerare oramai separatamente i termini delle cosiddette questioni territoriali (ovvero questione “settentrionale” e “meridionale”), una breve, ma necessaria parentesi, sarà subito dedicata specificamente al tema della mobilità sanitaria. A seguire, si affronteranno invece principalmente i due “nodi” strutturali delineati sopra, a partire come anticipato da una lettura del dibattito parlamentare più recente.

5.1. Brevi note a margine del fenomeno della mobilità sanitaria

²⁸ Fenomeno che, si badi bene, è comunque ampiamente presente anche nelle regioni centro-settentrionali, seppur il sistema delle “post-acute” e dei servizi territoriali risulti più sviluppato.

In un fase, come quella odierna, in cui il particolarismo più “bieco” la fa da padrone (ancor più nelle forme di una artefatta contrapposizione - fortemente speculativa a fini politici - fra interessi territoriali “spacciati” come divergenti), il tema della mobilità sanitaria pare costituire l’ennesima prova del parassitismo del Mezzogiorno nei confronti del Nord produttivo:

“[...] Per accogliere pazienti provenienti dalle più svariate parti d’Italia ove evidentemente l’offerta sanitaria risulta essere ancor più latitante, i cittadini lombardi sono costretti a subire quasi il raddoppio della durata della liste d’attesa. Il dato economico di questa situazione può essere riassunto nei 738 milioni di euro annui di prestazioni erogate dalla Lombardia nei confronti delle altre regioni, rimborsati solo parzialmente e con considerevoli ritardi, spesso di anni [...]” (Senato della Repubblica, 2008: 20-21)

Quanto riportato sopra è un breve, ma significativo passaggio, dell’intervento fatto dal senatore della Lega Nord Rizzi, nell’ambito della discussione parlamentare sugli scandali della Santa Rita, che si è ritenuto opportuno riportare perché esemplificativo di quella che oramai è l’idea, fortemente radicata nell’immaginario collettivo, rispetto a questo tipo di fenomeno. Il motivo per cui centinaia di cittadini del Sud sono costretti ad emigrare in altre regioni, per ricevere cure che dovrebbero essere, invece, loro garantite nei luoghi in cui essi stessi vivono, indubbiamente, affonda le proprie radici nei “nodi” di ordine organizzativo (come delineati sopra), ma anche “politico-istituzionali” nonché “socio-economici” (come si vedrà di seguito) della sanità (e non solo) nel Mezzogiorno.

Questo tipo d’interpretazione ci pare, però, al contempo trascurare alcune questioni di fondo di notevole rilevanza. Innanzitutto il risvolto finanziario. Tale aspetto viene anche menzionato nel passaggio del senatore leghista: tuttavia, il modo in cui viene fatto, definisce solo parzialmente il quadro di riferimento entro cui lo stesso si colloca. A tal proposito, sono utili alcune cifre. Stando ai dati (cfr. Cislighi *et alt.* 2010: 128-29), complessivamente si può stimare (al 2006), la movimentazione finanziaria collegata alla mobilità sanitaria per un ammontare pari a circa 3 miliardi di euro (2.722 milioni)²⁹.

Se ci limita, invece, strettamente alle relazioni fra “Nord” e “Sud”, complessivamente le regioni del Nord registrano un credito nei confronti di quelle del Sud pari a circa 618 milioni di euro; di converso, le regioni del Sud hanno un credito di poco meno di 52 milioni di euro. Ciò significa che il saldo a favore del Nord ammonta a circa mezzo miliardo di euro (565 milioni). Tuttavia, le relazioni di “dipendenza” risultano fortemente concentrate territorialmente, nel senso che assieme Lombardia ed Emilia-Romagna detengono più del 72% dell’intero credito delle regioni settentrionali nei confronti di quelle meridionali: solo la Lombardia arriva a detenerne il 44%, con un saldo positivo in termini assoluti pari a circa 250 milioni di euro³⁰.

Se prendiamo in considerazione, d’altro canto, la differenza complessiva nei conti della sanità regionale fra costi e ricavi (sempre al 2007), Lombardia ed Emilia-Romagna presenterebbero rispettivamente un passivo di oltre 400 milioni di euro e di circa 300 milioni di euro (cfr. tab. SA. 3 in: Ministero dell’Economia e delle Finanze, 2010: 300). Tuttavia, il saldo derivante dalla mobilità sanitaria interregionale corregge i conti in positivo, portando a far registrare per la Lombardia un attivo di circa 10 milioni di euro e per l’Emilia-Romagna di circa 26 milioni di euro (*ibidem*).

Tenendo conto che nella determinazione finale di questo saldo, come si è visto sopra, un contributo significativo (in positivo) viene fornito dal credito cumulato con le regioni del Mezzogiorno, ci pare

²⁹ Qui, e di seguito, i dati risultano da nostre elaborazioni al netto della mobilità con il Bambino Gesù (ospedale dello stato Città del Vaticano) e con i presidi dell’ACISMOM (dello stato Ordine di Malta), per accordi entrambi regolati come mobilità interregionale.

³⁰ Peraltro, sia per la Lombardia che per l’Emilia-Romagna, il credito nei confronti delle regioni meridionali rappresenta una quota particolarmente significativa sul totale del credito accumulato da queste due regioni. Per la prima, esso copre circa il 44%; per l’Emilia-Romagna poco più del 41%. Tutte le altre regioni settentrionali presentano incidenze più contenute.

dunque che tali risorse rappresentino un vero e proprio “tocca sana” a garanzia degli equilibri economico-finanziari di queste due grosse regioni settentrionali.

A questa puntualizzazione più di ordine “finanziario” ne va aggiunta una seconda, che può essere sintetizzata dalle seguenti considerazioni:

“[...] Occorre domandarsi [...] perché sia consentito il pendolarismo, quando viene di fatto messo un tetto alle prestazioni a livello regionale e non altrettanto avviene per quelle a beneficio dei malati che provengono da altre regioni: ciò favorisce una vera e propria incentivazione del pendolarismo dei malati dal Sud verso al Nord, anche perché per questi malati viene pagato un DRG del 100%. Quindi carissimo senatore Rizzi, è la regione Lombardia che non si preoccupa delle liste d’attesa che si allungano, perché ci sono tanti cavalli in regione Lombardia e poca erba, quindi, l’erba bisogna prenderla da altre regioni. Ciò va detto senza nulla togliere all’eccellenza del sistema sanitario lombardo [...]” (Senato della Repubblica, 2008: 22).

“[...] A mio avviso – e questa, evidentemente, è un’opinione personale – il modello lombardo si è potuto sviluppare anche in presenza di una domanda molto alta, sicuramente eccedente la necessità di prestazioni sanitarie sul territorio lombardo stesso, e questo per la fortissima migrazione interna dal sud al nord che si è sviluppata a partire dagli anni ottanta a causa dell’inefficienza del sistema sanitario di gran parte delle regioni meridionali [...]” (Camera dei Deputati, 2008: 5).

Le prime considerazioni rimandano all’intervento fatto dalla senatrice del PD, Bassoli, sempre nell’ambito del dibattito parlamentare che fa seguito allo scoppio degli scandali della Santa Rita e come si vede rappresentano una sorta di prolungamento al ragionamento fatto dal senatore della Lega Nord, Rizzi. Le seconde, invece, sono dall’attuale Ministro alla Salute, Fazio (allora sottosegretario), nell’ambito del dibattito che ci fu alla Camera, sempre a seguito dei fatti della Santa Rita. Le si sono riportate entrambe poiché esplicitano, pur da differenti schieramenti politici, una seconda questione anch’essa trascurata nella trattazione del tema della mobilità sanitaria, ovvero quello che pare essere una sorta di nesso di “funzionalità” che lega la mobilità sanitaria all’esigenza di parte dell’offerta delle regioni del Nord. Considerando che in Lombardia, come si è visto in apertura (cfr. par. 1), il modello regolativo implementato ha spinto – proprio per la sua stessa attuazione – ad un forte incremento dell’offerta (per dar luogo alla “competizione”), il flusso dei ricoveri da altre regioni (in particolare del Sud) potrebbe rappresentare una sorta di compensazione ai vincoli “produttivi” che sono stati invece crescentemente imposti (in termini di tetti sui ricoveri dei cittadini residenti, per ragioni di “sostenibilità”, oltre che di appropriatezza) dalla programmazione regionale alle stesse unità d’offerta (cfr. sempre par. 1).

Dunque, dietro al fatto che i cittadini lombardi si trovino costretti (come poi risulta effettivamente) a subire allungamenti delle liste d’attesa a fronte dei ricoveri di cittadini provenienti dalle altre regioni (cfr. l’intervento del leghista Rizzi), bisogna tener conto anche della presenza di questi interessi strettamente di natura “economica”, legati al fatto che in questo modo le strutture possono produrre (ovvero, fare ricoveri) senza alcun vincolo. Peraltro, tale questione viene ribadita dall’ex assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna, Bissoni, il quale – rispondendo ad una critica posta da un consigliere della minoranza di centro-destra sulla diversità (per un cittadino emiliano-romagnolo) in termini d’attesa fra un ricovero in Emilia-Romagna ed uno nel vicino Veneto – rispondeva (Regione Emilia-Romagna, 2004: 18)³¹:

“[...] Perché c’è diversità nelle liste d’attesa? [...] I meccanismi di compensazione della mobilità sanitaria spingono i produttori di servizi sanitari a privilegiare l’accesso dei fuori regioni, perché? Perché se un cittadino viene da fuori regione è pagato a piè di lista, se un cittadino viene dalla regione di riferimento deve stare dentro al budget e agli abbattimenti di tariffa [...] [...]. E’ un meccanismo che le regioni non hanno ancora trovato il modo di regolare perché hanno assunto come principio che a monte c’è il diritto alla libera scelta dei cittadini [...]”

³¹ La risposta di Bissoni era all’allora consigliere di Forza Italia Villani, nell’ambito dibattito consiliare che poi ha portato all’approvazione della nuova legge di riordino del servizio sanitario della regione Emilia-Romagna (lr 29/2004).

Tornando alle relazioni “Nord-Sud”, ci pare che la rilevanza della mobilità ospedaliera nel funzionamento a Nord dell’offerta possa essere testimoniata, inoltre, anche dal fatto che lo scorso novembre, la notizia diffusa dall’ASL di Milano di un possibile calo annuo del 5% dei ricoveri fuori regione, ha occupato la prima pagina dell’edizione locale di un’importante testata giornalistica nazionale (“*la Repubblica*”), con il titolo emblematico: “*Sanità, Milano perde i pendolari*”.

Nell’articolo che segue (Asnaghi, 2009a), viene evidenziato come la quota dei ricoveri extra regione (in termini percentuali) risulti particolarmente significativa nel caso della sanità privata (12% nella case di cura e addirittura il 30% degli IRCCS privati), ed in misura comparativamente minore nel pubblico (rispettivamente 8.5% negli ospedali e 24% negli IRCCS pubblici)³² (*ibidem*, 3). Ciò spiega indubbiamente il fatto che il direttore del San Raffaele (uno dei più importanti IRCCS di natura privata), Renato Botti, interpellato dalla giornalista, giudichi il tema della riduzione dei pazienti (*ibidem*):

“... come un fatto preoccupante che non si può ignorare. Certo, è una tendenza generale che non tocca solo noi, determinata dalla crisi. Però occorre correre ai ripari ...”.

Questo dato si conferma anche dalla relazione della Corte dei Conti (2008) sulla gestione del servizio sanitario in Lombardia, dalla quale emerge come tra il 1996 e il 2007, la quota di ricoveri extraregione nel settore privato (in % sul totale dei ricoveri extraregione in Lombardia) sia addirittura passata dal 28.1% al 50.3%, in parallelo alla riduzione della quota di ricoveri extraregione nelle strutture pubbliche (che passa dal 71.9% al 49.7%, con un calo anche in termini assoluti) (*ibidem*, 254). In termini di ricavo finanziario, il peso del privato risulta ancor più rilevante essendo, al 2007, pari al 56.1% sul totale dei ricavi per ricoveri extraregione (mentre, come poc’anzi riportato, l’incidenza sul numero di ricoveri si attesta nello stesso anno al 50.3%) (*ibidem*, 244).

Insomma, se analizzata da prospettive “altre” da quelle prevalenti, la questione della mobilità sanitaria sembra gettare luce innanzitutto su un flusso di re-distribuzione di risorse da “Sud” a “Nord”, che pare apportare un contributo significativo agli equilibri economico-finanziari della sanità a “Nord”. Al contempo, pare inquadrare anche un nesso di “funzionalità” fra inefficienze del “Sud” e sviluppo dell’offerta a “Nord” nel quale risultano particolarmente avvantaggiati gli interessi “produttivi” della sanità privata (perlomeno, da quanto si è visto limitatamente al caso della Lombardia), dato il venir meno dei vincoli d’attività imposti dalle regioni, sull’erogazione delle prestazioni ai cittadini residenti.

5.2. Un primo tentativo di rilettura (ancora preliminare) delle criticità nel Mezzogiorno a partire dal dibattito e dalle inchieste parlamentari più recenti

Gli elementi di criticità organizzativa, sintetizzati in apertura a riguardo dello stato del Servizio Sanitario Nazionale nel Sud del paese, emergono, e vengono più volte ribaditi, da coloro che a

³² Circa questo calo della mobilità extraregionale, i diversi interpellati dalla giornalista menzionano innanzitutto la questione della crisi economica, che frena gli spostamenti delle famiglie, a fronte chiaramente dei notevoli costi in termini di viaggio, soggiorno ecc ...; ma anche, il potenziamento dell’offerta dei servizi sanitari nelle regioni del Mezzogiorno nonché la tendenza più generale alla riduzione dei ricoveri nella logica dell’appropriatezza. Tuttavia per altri (fra cui l’allora consigliere regionale del Partito Democratico, Carlo Porcari), la riduzione dei ricoveri andrebbe letta, invece, anche alla luce della riduzione - comunque indotta dalla crisi - di un fenomeno abbastanza diffuso nella pratica di molti medici delle cliniche milanesi (in particolare private, come mostra sopra l’incidenza dei ricoveri) che consiste nel reclutamento di pazienti, provenienti dalle regioni del Sud (in particolare dalla Calabria e Sicilia), con gli ambulatori del fine settimana (*ibidem*, 2; La Spina, 2009: 3). E’ importante sottolineare come tale questione è stata evidenziata anche, seppur in un altro contesto ed in relazione ad un ragionamento di più ampio respiro sulle problematiche della sanità nel Mezzogiorno, dal Presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani, nella puntata del Programma Serale “Porta a Porta” del 2 giugno 2010.

diverso titolo sono stati chiamati anche recentemente in audizione dalle Commissioni parlamentari d'Inchiesta del Senato e della Camera sul Servizio Sanitario Nazionale. Per esempio, l'allora presidente della regione Calabria, Agazio Loriero, convocato dalla Commissione d'Inchiesta della Camera, nel proprio intervento evidenziava come (Camera dei Deputati, 2009a: 14 e ss):

“[...] Ci siamo posti due obiettivi: migliorare l'offerta dei servizi sanitari regionali, potenziando e qualificando i servizi territoriali, che sono carenti; guardare con attenzione alla riqualificazione della rete ospedaliera, per ridurre gli attuali livelli di spesa. Vorremmo agire sul farmaco e, soprattutto, su personale [...] [...] Abbiamo puntato al potenziamento dell'assistenza residenziale e abbiamo immaginato un modello organizzativo per sviluppare l'assistenza territoriale, puntando molto sulla casa della salute. Laddove chiuderemo ospedali, tenderemo di costruire case della salute. [...] Venendo alle criticità, cito il tasso di ospedalizzazione: in Calabria abbiamo 225 ricoveri ogni 1000 abitanti, mentre il tasso medio nazionale è di 180. E' bassa la complessità delle prestazioni [...] e la mobilità passiva è altissima. [...]”.

Un discorso analogo viene fatto anche dal precedente assessore alla sanità della regione Campania, Mario Santangelo, sempre in audizione nella medesima Commissione (Camera dei Deputati, 2009b: 19 e ss.):

“[...] La nostra sanità è fondamentalmente centrata sugli ospedali. Dalle nostre parti le persone vanno in ospedale perché vi vedono l'unico punto di riferimento nel quale poter essere curate. Ciò crea un disavanzo notevole, perché l'ospedale finisce col dover assolvere le funzioni che non gli sono proprie [...] Stiamo quindi cercando di restituire al territorio la sua valenza, e di riportarvi tutte le attività improprie che vengono svolte dagli ospedali. Il nostro impegno è dunque quello di ridurre drasticamente l'attività di ricovero e cura di circa il 50%, sia nel pubblico che nel privato [...]. Ciò comporterebbe una notevole riduzione dei costi, perché automaticamente verremmo ad abolire una quantità di ricoveri inappropriati o inutili. [...]”.

Sempre rispetto alle criticità della sanità del Mezzogiorno, fu anche l'allora Ministro della salute Livia Turco che, nell'ambito delle presentazioni alle Camere delle linee programmatiche del proprio ministero - e nella documentazione allegata - individuava fra queste, oltre che l'arretratezza e il sottosviluppo tecnologico della rete ospedaliera, proprio la debolezza del sistema territoriale, più specificamente nell'assenza della medicina del territorio (Camera dei Deputati, 2006: 10):

“ [...] Il Mezzogiorno ha bisogno di grandi investimenti: per ammodernare le tecnologie, le strutture, la rete ospedaliera e, soprattutto per realizzare la medicina del territorio. Dunque è un problema non solo di livelli essenziali di assistenza, ma anche di ammodernamento della rete sia ospedaliera sia della medicina del territorio [...]”.

Delineato, dunque, questo quadro relativo ai punti di maggiori criticità della sanità nel Mezzogiorno, è ora interessante andare in via interpretativa al “fondo” di tali problematiche, riprendendo sempre il dibattito parlamentare e i resoconti delle Commissioni d'inchiesta parlamentare. A tal proposito, nella lettura dei diversi documenti parlamentari, è parso interessante - e sotto certi punti di vista esemplificativo - il ragionamento fatto dall'allora senatore Manzione (Gruppo dell'Ulivo) il quale, nel dibattito che ha preceduto la conversione in legge del decreto di ripiano selettivo dei deficit regionali, annotava come (Senato della Repubblica, 2007a: 28-30):

“ [...] uscendo dalla genericità semplicistica, nelle due regioni più significativamente toccate dal provvedimento - Lazio e Campania - quali concrete patologie sono state individuate [...] Noi non potremmo mai curare una malattia se non ne indichiamo con precisione la natura e le cause [...] Per evitare di essere considerato fazioso [...] preferisco essere ancor più chiaro occupandomi della regione nella quale vivo, la Campania [...] [...] In Campania, il deficit oltre che dalla spesa farmaceutica che determina un disavanzo che potremmo quantificare intorno al 18-19%, nasce anche dalla circostanza che non esiste ancora alcuna forma controllata di accreditamento delle strutture private, il che determina una spesa assolutamente non prevedibile, non programmabile, non controllabile e quindi senza limiti [...] [...] Sappiamo che la normativa che prevede il passaggio all'accREDITAMENTO definitivo ha dieci anni. Perché da dieci anni non si procede all'accREDITAMENTO definitivo? E' facile dirlo, perché con l'accREDITAMENTO provvisorio si evitano i controlli che dovrebbero determinare la chiusura delle strutture non a norma e pericolose e perché nella provvisorietà senza regole il potere discrezionale è più ampio e consente maggiore arbitrio e più abusi e, quindi, un ritorno elettorale

ancora maggiore. Questa è la situazione più grave che incide direttamente sul deficit della nostra regione, la Campania, perché, mancando controlli sui contratti e sul numero delle prestazioni rese dalle strutture private provvisoriamente accreditate, si mantengono in vita strutture pubbliche che costano ma non producono, giacché le prestazioni che potrebbero rendere vengono svolte dai privati [...]”.

Anche dall'intervento del deputato Andrea Ricci (Capogruppo di Rifondazione Comunista alla Camera), sempre sullo stesso provvedimento di ripiano selettivo dei deficit regionali, emergono – seppur ad un livello più generale – alcune questioni che convergono col ragionamento fatto dal senatore Manzione (Camera dei Deputati, 2007: 17-19)

[...] tutti noi sappiamo che questa situazione debitoria deriva da due cause: in primo luogo, da un cronico sottofinanziamento della spesa sanitaria che dura da oltre un decennio, perché non è vero che in Italia si spende troppo per la sanità, anzi si spende troppo poco in rapporto agli altri paesi europei. [...]. La seconda causa attiene, invece, a specifiche situazioni di inefficienza e di spreco nella gestione della sanità [...] in quest'ambito, rispetto al passato, vediamo una positiva novità nelle misure previste per costringere le regioni interessate a rompere sul serio il blocco di interessi politici e affaristici che in un modo vergognoso e immorale speculano sulla salute delle persone [...]”.

Peraltro, al di fuori di posizioni politiche di parte, considerazioni analoghe vengono avanzate anche in quella che è stata la relazione conclusiva presentata dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, istituita nel corso della XIV legislatura. Di fatto, nelle conclusioni della relazione, la Commissione evidenzia come (Senato della Repubblica, 2006: 72-73):

“ [...] relativamente all'assistenza ospedaliera, la Commissione ha rilevato in alcune regioni (cfr. del Mezzogiorno) il riferimento una persistente inerzia o inefficienza nel raggiungimento degli standard di ristrutturazione della rete ospedaliera al fine di riequilibrare l'offerta di posti letto per acuti e per la riabilitazione e lungodegenza. [...]. Sempre nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la Commissione ha peraltro rilevato come in alcune realtà regionali persista un rapporto fra ospedalità pubblica e privata assolutamente sproporzionato rispetto alla media: tale rilievo sembra caratterizzare in primo luogo realtà come la Calabria e la Sicilia, ove la Commissione ha constatato una presenza di posti letto privati nettamente più elevata di quella della media di altre regioni. In Calabria, ad esempio, si è rilevata la presenza sul territorio di circa 2.500 posti letto gestiti da cliniche private, che rappresentano circa un terzo del numero complessivo di posti letto della regione; è peraltro importante evidenziare come tale presenza del privato rispetto a quello del pubblico abbia spesso ostacolato o comunque complicato il processo di riconversione della rete assistenziale.

Analoghe problematiche si sono ravvisate anche in Sicilia, ove fino ad ora la sanità privata ha svolto un ruolo di supplenza rispetto ai deficit presenti nella sanità pubblica. Nella consapevolezza che tale sovradimensionamento del settore privato rispetto a quello del pubblico solleva problemi sia in termini economici che in termini di ristrutturazione della rete, l'amministrazione regionale ha annunciato alla commissione l'intenzione di ridurre in futuro le convenzioni con le cliniche private, soprattutto nel settore della diagnostica sperimentale, che è quello ove si registrano maggiori accreditamenti privati [...]”.

Dunque, fra i diversi fattori che “vincolano” i processi di ri-organizzazione e di ri-strutturazione della rete ospedaliera nel Mezzogiorno, e che stanno alla base delle notevoli criticità del sistema sanitario in quest'area del paese, rinvengono gli interessi della “sanità privata”, e dell'agire speculativo che caratterizza (in buona parte) la stessa. Tale aspetto viene peraltro messo in luce anche dal precedente Ministro della Salute, Livia Turco, che, nell'ambito della presentazione in sede di Commissione delle linee programmatiche del dicastero, individuando fra le diverse priorità strategiche quella di un “Progetto per l'autosufficienza del Mezzogiorno”, sostiene che tale progetto nella sua realizzazione (Camera dei Deputati, 2006: 51-54):

“ [...] non può ignorare il malaffare spesso emergente nel Sud sanitario. Una caratteristica della sanità nel Mezzogiorno è infatti quella di detenere un alto potenziale speculativo che in molti casi favorisce il “privato”, rispetto al “pubblico” e consente fenomeni di malaffare piuttosto consistenti.

Questo problema che è a un tempo funzionale e di ordine pubblico, non va in alcun modo sottovalutato, costituendo, a sua volta, un decisivo fattore di sfiducia delle comunità e una fonte notevole di sprechi. Si tratta di individuare quei settori che nel sistema sanitario del Mezzogiorno hanno evidenziato in questi anni alti potenziali speculativi, come quello farmaceutico (prescrizioni e distribuzione finale), quello diagnostico (rapporto pubblico-privato), quello delle

strutture convenzionate di ricovero e, in generale, la delicata questione degli appalti e delle gare che nel Sud è particolarmente vulnerabile [...]”.

Complessivamente, ed in estrema sintesi – visto che ancora si tratta di un lavoro in fase preliminare - l’elemento interessante che pare emerge da questi interventi è il fatto che per comprendere almeno una parte delle problematiche che attanagliano la sanità nel Mezzogiorno, occorra gettare luce sulla questione del “privato”, della sua presenza e dei suoi interessi speculativi all’interno del sistema pubblico. Ciò rappresenta nel nostro percorso d’analisi una questione non nuova poiché, come abbiamo visto per la Lombardia, anche in quel caso le problematiche emerse sul versante della riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera – in termini di contenimento del settore delle “acuzie” in favore di un investimento più strategico su quello delle “post-acuzie” e, nel nostro caso, dell’assistenza territoriale - debbono essere inquadrare in relazione alla presenza di interessi privati fortemente speculativi. Da questo punto di vista, seppur in maniera un po’ provocatoria, potremmo sostenere che “Nord” e “Sud” appaiono molto più simili rispetto a quanto il dibattito corrente sui vari “virtuosismi” regionali ci potrebbe far immaginare.

6. Alcune considerazioni conclusive di ordine “più generale” in relazione alle risultanze emerse

L’insieme delle risultanze empiriche emerse nel corso di questa analisi, oltre a contribuire nel tentativo di comprensione delle tematiche al centro della nostra attenzione, ci paiono essere utili – assumendo ulteriore rilevanza - in relazione alla trattazione di alcune questioni più di ordine generale. Esse sono essenzialmente due e rimandano da un lato al dibattito teorico e alla riflessione scientifica che si è accumulata nel corso degli anni circa l’analisi, ed ancor più l’interpretazione, delle principali problematiche della sanità nel nostro paese; dall’altro lato, invece, ad un dibattito (anche politico oltre che scientifico) che riguarda in senso stretto la presenza della speculazione degli attori privati, e dei modi attraverso cui affrontare la stessa. Ed è alla trattazione di queste due questioni che sarà dedicata quest’ultima parte del *paper*.

6.1. Alle radici delle problematiche della sanità in Italia: il dibattito teorico

Attraverso una rassegna della letteratura pregressa, nonché di quella più recente, pare d’individuare tre filoni teorici principali, dai quali discendono specifiche interpretazioni rispetto a quelli che sono le problematiche principali della sanità nel nostro paese.

Seppur in maniera molto sintetica, possiamo dire che un primo filone rimanda ad un tipo di analisi in chiave “politico-istituzionale” (cfr. Ferrera, 1995). Ciò che si mette in luce è, infatti, più strettamente il rapporto fra “sanità” e “politica”, insomma degli autonomi condizionamenti della prima nei confronti della seconda e di tutta la serie di degenerazioni conseguite a fronte dell’intenso sfruttamento politico della sanità da parte dei partiti nel nostro paese. Un recente proseguimento a questo tipo d’interpretazione è stato sviluppato dalla Maino (2009), la quale evidenzia come il tratto di una politicizzazione partitocratica della sanità in Italia sembra uscire ancor’oggi confermato nonostante le riforme dei primi anni ’90. L’unico elemento di cambiamento, starebbe in una declinazione ora precipuamente di livello regionale piuttosto che nazionale di questo fenomeno (*ibidem*: 255-58).

Un secondo filone, il quale peraltro ci sembra che goda al momento di un certo riconoscimento a livello scientifico (ma non solo), è quello elaborato dagli economisti sanitari, secondo cui i problemi della sanità, delle sue differenziazioni a livello regionale ecc ... rimandano, essenzialmente, ad una diversa distribuzione della cosiddetta “capacità di governance” intesa come (Mapelli, 2008):

“[...] un insieme di regole, valori, strumenti (gestionali, informativi e fiscali) e capacità (amministrative, legislative, programmatiche), presenti a livello regionale e diffuse a livello locale, che possono produrre risultati per i cittadini (qualità dei servizi e miglioramento della salute) e per lo Stato (garanzia dei diritti, controllo delle risorse) [...]”.

Ne discende, innanzitutto, che perdono di significato le differenze strategiche relative all'adozione di diversi modelli di regolazione della sanità. Insomma, non è l'adozione di una regolazione “pro-mercato” (e, dunque, di assetti istituzionali separati) oppure di una più basata sui principi della “cooperazione” e dell'integrazione fra gli attori a fare differenza, poiché l'analisi empirica evidenzia rispettivamente casi di successo o di insuccesso per entrambe le scelte. Mentre, in termini più operativi, l'indicazione è quella di investire con forza in formazione, cultura gestionale e tecnologie per puntare ad un sostantivo ri-equilibrio delle diversità esistenti in particolare fra “Nord” e “Sud” (*ibidem*).

6.1.2. L'intreccio fra “pubblico” e “privato”: l'interpretazione sociologica

A questi due filoni se ne aggiunge un terzo di matrice sociologica - dal quale abbiamo tratto spunto e su cui le nostre risultanze paiono trovare un buon grado di riscontro - che evidenzia come uno dei tratti distintivi della sanità nel nostro paese, peraltro anche di differenziazione rispetto a quei paesi che hanno adottato un sistema ad orientamento universalistico, rimanda al forte intreccio fra “pubblico” e “privato” (Vicarelli, 1995).

Di fatto, si è in presenza di una situazione in cui il sistema sanitario pubblico ha ricorso tradizionalmente in maniera significativa a strutture sanitarie private per erogare prestazioni e servizi. Questo ricorso è risultato ancor più netto nel Mezzogiorno dove in assenza storicamente di un'adeguata dotazione di strutture pubbliche, sono state quelle private a rappresentare e costituire in larga parte il sistema di offerta nella tutela della salute della popolazione.

La letteratura sociologica ha evidenziato come questa forte presenza del “privato” nella sanità affonda innanzitutto le proprie radici in quella che è stata l'evoluzione storica specifica delle politiche sanitarie nel nostro paese, coerentemente anche a quelli che sono alcuni tratti sostantivi del sistema di welfare italiano nel suo complesso (Paci, 1989).

Tuttavia, si sottolinea anche la problematicità di tale presenza del “privato” entro il “pubblico”, più specificamente in relazione al tipo di rapporto instauratosi fra il sistema pubblico e quello degli interessi privati. Nel concreto, infatti il rapporto fra “pubblico” e “privato” ha assunto le forme di una “complementarietà perversa” (Mingione, 1986: 66), in cui un atteggiamento privato fortemente speculativo ha determinato la creazione di vaste aree di spreco, di inefficienze strutturali all'interno del sistema stesso.

Su questa linea interpretativa non è un caso che, a suo tempo, Paci (1987) segnalava - all'interno di un ragionamento complessivo sul welfare italiano - come uno dei problemi principali della sanità fosse proprio la presenza di situazioni in cui le risorse “pubbliche” (che quindi dovrebbero essere finalizzate alla tutela dell'interesse collettivo) vengono utilizzate, in maniera speculativa, dal “privato” per accrescere i propri guadagni. A tal proposito, Paci riporta due casi esemplificativi, ovvero quello delle cliniche private ed, in particolare, quello della medicina convenzionata (*ibidem*: 145):

“ [...] Per quanto concerne i medici [...]. Essi prestano servizio sia nell'ospedale pubblico che nella clinica privata, e molte volte questo diviene un incentivo per “dirottare” parte della propria clientela dal servizio pubblico alla clinica privata. Si ha quindi un motivo legittimo per ritenere che ci sia un perseguimento di interessi privati attraverso la struttura pubblica. Insomma il privato, inteso nella duplice accezione di privato convenzionato e del perseguimento di interessi privati da parte di diversi attori che operano nel Servizio sanitario nazionale è ben più esteso di quanto si possa rilevare in base ad un'analisi puramente formale [...]”.

Questo esempio ci segnala, dunque, come la problematicità del tipo di relazione esistente fra “pubblico” e “privato” nel settore sanitario, interessa non solo - come abbiamo visto nell’analisi empirica svolta - a livello più “macro” l’offerta dei servizi, quanto più diffusamente anche altri ambiti della sanità, a livello più “micro”, come per esempio quello della regolazione della professione medica ospedaliera. Rispetto a questo tema, è interessante notare che solo a seguito dell’approvazione della riforma Bindi (d.lgs 229/99), e quindi circa alla fine degli anni ’90, è stato imposto ai medici ospedalieri di scegliere fra l’esclusività del rapporto col Servizio sanitario nazionale, oppure l’esercizio della libera professione medica, mentre precedentemente - come riportato sopra - gli stessi medici avevano la possibilità di fare entrambe le cose (quindi di avere un contratto col Servizio Sanitario Nazionale, ma al contempo esercitare la libera professione in clinica privata).

L’approvazione della riforma Bindi, che pareva dunque aver affrontato uno di questi nodi relativi al perverso intreccio fra “pubblico” e “privato” all’interno della sanità pubblica, ha rappresentato ad ogni modo una sorta di “compromesso”, poiché se da un lato è stato imposto ai medici la scelta se continuare a fare attività privata oppure scegliere l’esclusività del rapporto col servizio pubblico (portando in esso la propria clientela e percependo un incremento dell’indennità per tale decisione), dall’altro lato tale riforma ha comunque salvaguardato gli interessi corporativi e “privati” della professione medica, attraverso la previsione della cosiddetta “intramoenia”, ovvero della possibilità di svolgere comunque la libera professione, seppur all’interno del Servizio sanitario nazionale. E ciò spiega il motivo per cui, ancora oggi, se ci si rivolge come cittadino ai diversi centri di prenotazione, per l’erogazione di una prestazione di cui si abbisogna, si registrano tempi d’attesa incredibilmente differenti, per lo stesso medico, se si decide di ricorrere al medico come dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, oppure al medico come dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, ma esercitante libera professione all’interno dello stesso.

Che “l’intramoenia” abbia rappresentato, e rappresenti tutt’ora, una concessione agli interessi “privati” della professione medica lo dice chiaramente anche Ignazio Marino, senatore del PD ed attuale presidente della Commissione d’Inchiesta istituita al Senato sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale. Di fatto, alla domanda della giornalista che chiede rispetto al motivo per cui un cittadino, che si rivolge al Servizio sanitario nazionale per avere una prestazione, si trova di fronte a due liste d’attesa, il senatore risponde (Minerva, 2010: 53):

“ [...] Bisogna dirlo con molta chiarezza: io ritengo che la sanità pubblica debba essere separata da quella privata, e che chi lavora bene nel pubblico debba essere retribuito secondo la sua qualità e il suo impegno. Questo però non è possibile: i medici sono pagati poco, e non li si può pagare di più. Per questo si è lasciato loro la possibilità di svolgere la libera professione. E oggi non siamo in grado di cancellarla [...]”.

Peraltro, va notato che siccome le aziende sanitarie avrebbero dovuto dotare le proprie strutture di spazi adeguati per far esercitare ai medici la libera professione “intramuraria”, ed essendo ancora assenti tali spazi, è stata prevista la cosiddetta “intramoenia extramuraria”, attraverso la quale viene sostanzialmente permesso ai medici (pur essendo in esclusiva col Servizio Sanitario Nazionale) di continuare ad esercitare la propria professione praticamente dove veniva fatta prima della legge, ovvero nelle proprie cliniche (*ibidem*: 52). Al contempo, però, le aziende sanitarie devono contribuire ai costi di mantenimento di questi ambulatori esterni. I dati di un recente rapporto dell’Agenzia nazionale sui servizi sanitari regionali sull’attività libero professionale dei medici, mostrano in maniera abbastanza chiara costi e guadagni derivanti da questa situazione.

Fra il 2001 e il 2008, i ricavi sono aumentati del 79.67%, passando da circa settecento milioni (700.267) a più di un miliardo (1.258.163), mentre i costi hanno incrementato dell’83.51% (passando da 604.427 a 1.109.172). Complessivamente, premettendo che il saldo finale fra ricavi e costi è in positivo (con le uniche eccezioni regionali della Basilicata, ed in particolare, della Campania) si nota dunque come fra il 2001 e il 2008 il peso percentuale dei ricavi sia sceso da 53.7 a 53.1, in parallelo all’incremento della quota dei costi (*ibidem*).

Insomma, anche il caso della regolazione della professione medica ospedaliera pare mettere in luce quello che la letteratura sociologica ha riconosciuto come essere uno dei problemi di fondo della sanità nel nostro paese, ovvero il tipo di intreccio e commistione perversa fra “pubblico” e “privato”. Peraltro tale intreccio risulta problematico non solo nei termini di un uso speculativo delle risorse pubbliche quanto anche, correlativamente, nei termini del peso “politico” che gli stessi interessi privati tendono ad esercitare (non sempre positivamente) nella definizione degli indirizzi strategici delle politiche di welfare. Tale aspetto viene messo, in particolare, in evidenza da Mingione (1986) il quale, analizzando nello specifico il caso del Mezzogiorno (dove, come abbiamo visto, la presenza del “privato” nella sanità è particolarmente significativa) a suo tempo notava come (*ibidem*: 66):

“[...] L'inefficienza o la carenza dei servizi pubblici è stato un fertile terreno di crescita di alternative private e miste, sempre più speculative, che giocano un ruolo discriminatorio non indifferente. [...] Questi fenomeni hanno fatto crescere in termini di potere e di arroganza dei gruppi di pressione molto influenti che ostacolano uno sviluppo moderno del welfare pubblico e che dalle loro roccaforti meridionali spesso incidono sui caratteri dell'intero sistema pubblico e sempre ne danneggiano il funzionamento nel Mezzogiorno [...]”.

6.1.3. Does the private matter?

Da quanto fin qui detto, ed emerso anche sotto un profilo più di analisi empirica, pare che la questione del “privato”, della sua presenza e del suo “peso” all'interno della sanità pubblica, non siano assolutamente da trascurare nella comprensione di quelli che sono alcuni dei principali “nodi” del Servizio sanitario nazionale. Tuttavia, secondo il parere di altri, la questione del “privato”, e della sua presenza, non assumono alcun elemento di criticità, anche perché tutto si risolve essenzialmente in una questione di capacità di “governance”, ovvero di capacità di governo della politica e dell'apparato burocratico-amministrativo regionale. Questa è in particolare la posizione del CERGAS Bocconi (che chiaramente si colloca in quello che - come detto sopra - pare essere il punto di vista degli economisti sanitari), nel cui rapporto di ricerca sulla sanità privata, evidenzia nella parte conclusiva come:

“[...] l'aspetto più critico non sia la presenza del privato accreditato nel SSR quanto piuttosto la capacità delle regioni di governare il SSR nel suo complesso e il ruolo del privato accreditato.” (CERGAS-Bocconi, 2009: 27)

Tale affermazione viene supportata anche da un'analisi quantitativa, attraverso la quale il CERGAS rapporta per ciascuna regione il livello di spesa procapite per assistenza convenzionata, col valore procapite complessivo della spesa e con quello del disavanzo cumulato pro-capite relativo al periodo 2001-07. Ciò che ne esce è il fatto che non si rileva una correlazione significativa fra il livello di spesa in convenzione e il livello di spesa complessivo, né con quello del disavanzo e che, dunque, - come accennato poc'anzi - la variabile determinante è la cosiddetta “capacità di governance” (*ibidem*).

Ora, che l'elemento della “capacità di governance” sia importante questo è fuori di dubbio. Tuttavia, se dal metter in risalto questo elemento si passa poi a neutralizzare completamente la questione del “privato” (e del suo peso) - alla luce anche delle nostre risultanze empiriche (si pensi in particolare a quanto emerso sul caso della Lombardia, che chiaramente rappresenta una regione con elevata “capacità di governance”) - il passo ci pare un po' troppo azzardato.

Peraltro, è interessante notare come la questione del “privato”, e dei suoi interessi speculativi, come elementi cruciali per comprendere - oltre che nell'assenza della cosiddetta “capacità di governance” - il forte ritardo e molti dei problemi strutturali che attanagliano i sistemi sanitari delle regioni più in difficoltà (ma non solo), è stato anche recentemente sottolineato da una delle principali economiste sanitarie del nostro paese, Nerina Dirindin, che oltre alla notevole preparazione scientifica vanta anche una certa esperienza “pratica”, essendo stata prima direttore generale al Ministero della sanità

(con l'allora ministro Rosy Bindi) e poi proprio assessore alla sanità nella regione Sardegna (nell'allora giunta guidata da Renato Soru).

La Dirindin, infatti, intervistata in relazione ad una notizia dello scorso maggio che riguardava l'impedimento da parte del governo centrale alle regioni con i conti in rosso (Lazio, Campania, Calabria e Molise)³³ di utilizzare i cosiddetti fondi FAS (i fondi per le aree sottoutilizzate) per il ripiano dei deficit sanitari, alla domanda del giornalista che chiede per quale motivo queste regioni hanno accumulato un tale deficit nella spesa sanitaria, risponde (Fabozzi, 2010b: 5):

“ Per due antiche ragioni essenzialmente. La prima è la mancata programmazione. Lazio, Campania, Calabria e anche Puglia e Sicilia, scontano venti anni di ritardi e non hanno ancora preso provvedimenti non dico virtuosi, ma almeno rigorosi [...] (cfr. su domanda del giornalista: La seconda ragione?) Nel Lazio è più evidente: il surplus di offerta e la forza politica di chi offre prestazioni ospedaliere in regime di convenzione. Ci sono privati, ma non solo. Ci sono le cliniche universitarie e le strutture cattoliche. Si tratta di gruppi che hanno un grande potere sui decisori, dal canto loro più deboli proprio per la mancata programmazione ”.

Dalla risposta qui sopra riportata, emerge dunque sia la questione della “capacità di governance”, nel passaggio in cui si fa cenno esplicitamente alla mancanza di programmazione e ai ritardi da questo punto di vista accumulati da parte delle regioni in difficoltà; sia - seppur limitando l'attenzione ad un unico caso regionale, quello del Lazio (che tuttavia può essere ritenuto una buona “cartina di tornasole” visto che concentra buona parte dell'intero deficit della sanità italiana) – quello degli interessi del privato accreditato, ed ancor più del loro peso “politico” nelle scelte di razionalizzazione della spesa sanitaria, a partire proprio dalla razionalizzazione del sistema di offerta. Un aspetto quest'ultimo che abbiamo già visto mettere più che in risalto nell'ambito dei lavori delle Commissioni d'inchiesta parlamentare sul Servizio sanitario nazionale.

6.2. L'(in)arrestabile speculazione?

C'è inoltre una seconda questione sulla quale l'analisi condotta in questo *paper*, ed in particolare la parte dedicata al caso lombardo, ci pare possa fornire utili spunti per sviluppare un ulteriore

³³ Il FAS, fondo per le aree sottoutilizzate è stato istituito con la legge finanziaria per il 2003 (l. 289/02), e costituisce il dispositivo attraverso cui vengono finanziate le politiche di sviluppo in quelle che vengono definite aree “sottoutilizzate”, con risorse che si aggiungono a quelle ordinarie, comunitarie e nazionali di cofinanziamento. Per il periodo 2007-13 si tratta di circa 63 miliardi di euro. Tuttavia, come dimostrato, invece, da quanto accaduto nel corso degli ultimi anni, esso si è trasformato in una sorta di “bancomat” improprio, cui il governo centrale ha attinto per finanziare diversi interventi e programmi *ad hoc*, anche di valenza nazionale, e quindi non solo in esclusiva delle aree in sottoutilizzo (Misiani, 2009). A proposito pare che il governatore del Molise, Iorio, abbia chiesto addirittura al Ministro dell'Economia nell'ambito dell'incontro cui si fa cenno di seguito (Fabozzi, 2010a: 5):

“Ma questi fondi FAS ci sono ancora?”.

La risposta di Tremonti è stata:

“Certo che ci sono, ma solo per le azioni virtuose”.

Secondo quanto emerso dall'incontro fra i governatori e il Consiglio dei Ministri del 14 Maggio 2010, a quattro regioni che hanno presentato i piani di rientro, ma che non sono riuscite a raddrizzare adeguatamente i conti secondo gli obiettivi prestabiliti (come detto sopra: Lazio, Campania, Molise più il caso della Calabria per la quale, in maniera inverosimile, il debito riesce solo ad essere “stimato”!, grazie peraltro al lavoro di un *advisor* esterno, pagato appositamente dalla regione nella scorsa legislatura), viene impedito di utilizzare i fondi FAS per il ripianamento dei deficit sanitari. Motivo per cui, le stesse regioni dovranno mettere in campo altri tipi d'interventi, fra cui una più incisiva ri-organizzazione dell'offerta (ovvero, tagli di posti letto), l'incremento delle compartecipazioni (i più conosciuti ticket) e l'innalzamento della pressione fiscale propria, attraverso uno spostamento all'insù dell'aliquota massima dell'addizionale regionale IRPEF (che è per tutte le regioni pari al 1,4% e che per le regioni in *deficit* è già stata spostata a questo livello), l'incremento dell'IRAP, delle compartecipazioni alle accise delle benzina e del bollo auto (Cillis, 2010).

ragionamento, ed è quella che riguarda la speculazione “in sé” del privato entro il sistema pubblico. Su tale questione, a livello politico, essenzialmente si concorda nel ritenere che l’unico modo per evitare le degenerazioni speculative sia quello di potenziare il sistema dei controlli. Peraltro, il fatto che in Lombardia siano emersi tutta la serie di scandali legati alle truffe sui DRG viene ritenuto (si vedano a proposito le dichiarazioni dell’allora sottosegretario Fazio riportate nel par. 4.3.3, ma ancor più quelle di altri parlamentari della maggioranza)³⁴, non a caso, esemplificativo dell’efficacia di un sistema di controllo fra i più avanzati a livello nazionale, come dimostra l’incidenza particolarmente elevata nel numero di cartelle cliniche sottoposte a verifica.

I diversi elementi che sono emersi a partire dalla nostra ricostruzione dei fatti (si veda per esempio a come sono state avviate le indagini sulla Santa Rita, ma non solo) sembrano, tuttavia, porre una serie di dubbi rispetto a questo tipo d’interpretazione. Innanzitutto, se si vuole ragionare sul “terreno” dei controlli, ci pare che – forse - la questione di fondo non riguardi, in senso assoluto, l’incidenza delle cartelle cliniche che vengono controllate (è chiaro, comunque, che il 5% è sempre meglio del 2%: questo è scontato), quanto in primo luogo le modalità attraverso cui i controlli stessi vengono effettuati. A tal proposito, sono esemplificativi alcuni passaggi della relazione annuale sul servizio sanitario della Regione Lombardia, curata dalla sezione di controllo della Corte dei Conti (2008: 205):

“[...] nel periodo 2004-2007 vi è stato un incremento del volume totale delle pratiche controllate sull’attività di ricovero, nell’anno 2004 pari ad un 5% dei ricoveri [...] nel 2007 pari al 6.21%. Risultano tuttavia prevalenti i controlli di congruenza rispetto a quelli di appropriatezza. Si ricorda che il controllo sull’appropriatezza è la verifica della corretta modalità delle prestazioni sanitarie nei diversi regimi di ricovero, mentre la congruenza è la verifica della correttezza della codifica della prestazione.

Nel 2004 la quota dei controlli di congruenza era del 76% sul totale dei controlli, nel 2007 [...] è passata al 98% [...]. Al riguardo la sezione suggerisce che, nell’attività di controllo, non vengano trascurati i controlli sull’appropriatezza, in particolare su tutte quelle tipologie di attività a rischio (e quindi di indebito arricchimento a danno del SSR), individuabili nell’elenco dei 43 DRG ad alto rischio di in appropriatezza di cui al dpcm del 29.11.2001. [...] [...] Allo stesso modo va posta grande attenzione sui ricoveri ripetuti, sul succedersi di decessi conseguenti a ricoveri o interventi anormali, sul frazionamento del singolo ricovero in due o più ricoveri, [...].

Dunque, secondo la Corte, nonostante il numero di cartelle cliniche sottoposte a verifica sia decisamente elevato (rispetto agli standard previsti), tuttavia, i controlli si limitano ad affrontare solo un lato (seppur importante) della speculazione (quello legato alla manipolazione delle codifiche), mentre ne trascurano l’altro su cui si concentra parimenti in maniera rilevante la speculazione stessa degli erogatori (e su cui peraltro, come visto dagli scandali, paiono concentrarsi i pericoli maggiori per la salute delle persone), ovvero quello dell’inappropriatezza delle prestazioni³⁵.

³⁴ Ancor più esemplificative, infatti, sono le considerazioni del senatore del PDL Tomassini, sempre nell’ambito del dibattito in questione (Senato della Repubblica, 2008: 24):

“[...] è stata proprio l’azione di controllo della Regione, tra le poche in Italia ad eseguire controlli routinari ben al di sopra di quanto previsto dalle leggi a sollecitare l’iniziativa giudiziaria e tutto quanto ne è scaturito. Va subito aggiunto che dalla Regione fu allora contestualmente, sospeso l’accredito per quel reparto e sospesi i sanitari implicati. Le gravi violazioni erano abbastanza evidenti controllando l’appropriatezza degli interventi e delle cartelle cliniche. Le intercettazioni avranno fornito ulteriori certezze, se i provvedimenti restrittivi sono scattati solo ora; ma se pare abbastanza evidente, pur nel rispetto delle garanzie dovute, la grave responsabilità criminosa dei sanitari implicati non mi pare altrettanto evidente la responsabilità oggettiva della clinica, per la quale sarà importante attendere con rispetto le determinazioni dei gradi di giudizio. [...]”

³⁵ Va tenuto conto che in parte, la Regione fornisce alla Corte una spiegazione relativamente al perché - in linea tendenziale - i controlli di congruenza siano diventati sempre più maggiori rispetto a quelli sull’appropriatezza (Corte dei Conti, 2008: 70):

“ [...] la Regione Lombardia nel 2003 ha definito delle tariffe che, per i DRG dell’allegato 2C del DPCM LEA/2001, sono fissate a prescindere dalla durata della degenza con l’obiettivo di disincentivare il ricovero ordinario rispetto a

A ciò si aggiunge, inoltre, che fino al 2006 (poi a partire dal 2007 sono stati introdotti una serie di cambiamenti) le modalità attraverso cui in Regione Lombardia venivano effettuati i controlli, sono parse agli stessi PM - che indagavano sulle truffe legate al sistema dei DRG in Lombardia - “lacunose” in relazione a diversi aspetti (quali il preavviso dato alle strutture controllate, il mancato cambiamento dei controllori e il tipo di controllo), come emerge dal loro intervento in sede di Commissione Parlamentare d’Inchiesta (Senato, 2007b):

“[...] Il sistema adottato, in una logica di pubblico ministero, appare ancor più stridente e svuotato di significato. In primo luogo era dato preannuncio alla ispezione: è pur vero che non si trattava di una perquisizione [...] ma erano dati addirittura 15 giorni di preavviso ed erano indicate le cartelle che sarebbero state esaminate. Quando interrogai gli addetti al controllo in merito al preavviso e all’indicazione delle cartelle, mi spiegarono che era per evitare che l’ospedale ci impiegasse troppo tempo a consegnare loro le cartelle cliniche; al contrario in tal modo le cartelle sarebbero state immediatamente a disposizione e i NOC le avrebbero esaminate velocemente. Tuttavia la nostra doglianza è stata accolta” (ibidem: 12)³⁶.

“[...] Si creavano strane liaison tra controllori e controllati; ad esempio il NOC che ispezionava l’istituto San Siro era sempre lo stesso. Questo non va bene, perché l’effetto sorpresa è anche generato da cambiamenti nella metodologia d’indagine, se il controllo vuole essere adeguato” (ibidem).

“[...] I controlli erano di due tipi: mirati e casuali. I primi, dal punto di vista dell’efficacia nell’individuazione di un’irregolarità si rivelavano totalmente inutili, dal momento che servivano esclusivamente a fornire indicazioni sul contenuto delle cartelle, ma non a rilevare eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti deputati alla redazione delle richieste di rimborso.

I controlli causali, invece, avevano una loro efficacia (nel 2003, era stata introdotta la possibilità di sanzione amministrativa della struttura), ma la percentuale di rilevazioni era troppo bassa: infatti un controllo causale su un’intera produzione faceva emergere alcune irregolarità, che però si dimostravano rilevanti solo se ripetute. Ci si poteva accorgere di una lisi di aderenze peritoneali che era, in realtà, una banale ernia inguinale, ma un singolo caso non è rilevante” (ibidem: 12-13).

In secondo luogo, se collochiamo invece il nostro ragionamento in un quadro di ordine più “generale”, fuoriuscendo dunque dalla questione dei controlli in senso stretto, ci pare che la questione “speculativa” non possa essere disgiunta dal contesto entro cui essa stessa affonda le sue radici, ovvero da una seria riflessione rispetto a quello che oggi (a seguito delle (contro) riforme dell’ultimo ventennio), è divenuto – riprendendo Paci (1989: 18) – il “specifico” mix a dominanza” nella regolazione del Servizio Sanitario Nazionale. Insomma, l’interrogativo che è lecito porsi è se l’economia e il mercato (e i suoi principi, di cui il sistema dei DRG ne costituisce la traduzione operativa) possano essere ritenuti, o meno, adatti a garantire il diritto alla salute delle persone. Da questo punto di vista, riprendendo l’intervento fatto alla Camera dei Deputati del deputato PDL Di

quello effettuato in day hospital o in giornata di degenza ordinaria. Queste modifiche di regole hanno permesso negli anni seguenti di ridurre questo tipo di controllo a favore di quello sulla congruenza.”

Tuttavia, ci pare che l’obiezione della Corte riguardo alla carenza di controlli sull’appropriatezza rimanga, comunque, giustificata, poiché l’equiparazione tariffaria, forse, non affronta il secondo tipo di problemi annotati dalla Corte stessa, ovvero quello dei ricoveri ripetuti, frazionati, del succedersi di decessi a seguito di ricoveri o interventi anormali ecc ...

³⁶ In merito al preannuncio dato alle strutture, è interessante notare come la descrizione fornita dai PM contrasti con le affermazioni fatte sempre su questo punto, in sede di Commissione Parlamentare d’Inchiesta, dall’assessore regionale alla sanità, Bresciani, secondo cui (Senato della Repubblica 2007c: 4):

“[...] Quanto alle ispezioni, normalmente esse avvengono senza preavvisi: è ovvio però che in questo ambito esiste sempre qualche “talpa”, ma si tratta di casi sporadici. Quindi, se qualcuno afferma che i controlli non sono improvvisi è possibile che sia venuto a conoscenza di qualche caso in cui una ispezione è stata preannunciata; tengo a precisare comunque che si tratta di un dato eccezionale e che nell’ambito del macrosistema non corrisponde ai comportamenti usuali”.

Che la questione dei preavvisi non sia una questione di “talpe”, lo dice chiaramente – subito poco dopo - lo stesso Direttore Generale Lucchina (l’audizione dei due avviene in concomitante), che nega implicitamente le argomentazioni “talpesche” del Bresciani, confermando invece la posizione della regione così come riportata dai PM (*ibidem*, 15-16).

Virgilio a seguito della nota del governo sui fatti della Santa Rita, la pervasività della speculazione pare mostrare che (Camera dei Deputati, 2008: 5-6):

“[...] E’ oltremodo inaccettabile che nella pratica medica e nella gestione della salute l’economia rappresenti il punto di riferimento prevalente e, in alcuni casi, addirittura esclusivo rispetto all’atto medico teso al ripristino della salute. Certamente i controlli, benché accurati [...] difficilmente possono essere ubiquitari, costanti, capillari specialmente quando degli speculatori vedono esclusivamente il profitto come scopo primario del loro impegno in una struttura sanitaria e, peggio ancora (io sono medico e lo dico con chiarezza) [...] quando siano i medici a perdere totalmente di vista il vero spirito della professione medica, che è profondamente legato al rispetto dell’uomo in quanto tale [...]. Occorre anche chiedersi, [...] se il sistema di remunerazione dei DRG sia superato, visto che possono essere manipolati a piacimento e modificati. Il vecchio sistema di pagamento a piè di lista, che aveva ugualmente causato numerose storture, sembrava facilmente superato dall’introduzione del nuovo sistema DRG che abbiamo importato, occorre ricordarlo, da paesi in cui non esiste un SSN universalistico e solidaristico, ma un’assistenza basata sulle polizze assicurative.

Richiamo allora all’attenzione del ministro e dei due sottosegretari qui presenti se non occorra rivedere il sistema dei DRG per disinnescare la tragica connessione fra prestazione e compenso, com’è emerso dalla drammatica e sconcertante vicenda della clinica S. Rita. [...]”³⁷.

Al di fuori di un puro ragionamento “istituzionalista” ed “organizzativo” ci pare, dunque, che il “nodo” primario che sta “a monte” delle degenerazioni speculative non sia tanto la questione dei sistemi di controllo (che semmai assume primaria rilevanza, ma “a valle” del processo stesso), quanto proprio quello della preminenza assunta dal “mercato” nella regolazione di un bene, come la salute, che – va ricordato - non è una merce come tutte le altre. E’ su questo nodo che occorrerebbe, forse, riflettere più adeguatamente, peraltro in una fase in cui anche il dibattito sulle risorse comuni (si pensi, per esempio, alla questione dell’acqua, ma non solo) sta diventando sempre più cruciale e strategico per ripensare nuove linee di sviluppo e garantire un futuro migliore all’umanità.

Riferimenti bibliografici

Asnagli, L. (2009a) *I viaggi mancati dei pendolari della sanità*, “la Repubblica – Milano”, domenica 29 Novembre, pp. 2-3.

Asnagli, L. (2009b) *Ortopedia e operazioni al cuore, l’offensiva della sanità privata*, “la Repubblica”, ed. Milano, del 15 dicembre, p. 6

Auxilia, F. (2009) *Integrare e dare continuità ai livelli di cura tra ospedale e territorio*, “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 4, pp. 8-11.

³⁷Seppur di sfuggita, riteniamo interessante evidenziare come da una lettura dei resoconti parlamentari, in relazione agli interventi che hanno fatto seguito alla nota del governo sul caso Santa Rita (Camera dei Deputati, 2008), pare che ci sia stata una fase in cui il sistema dei DRG è stato sottoposto a severa critica, con una richiesta, se non di superamento, quanto meno di forte ripensamento. Tale posizione, va peraltro oltre anche alla contrapposizione destra-sinistra, come si vede in parte dell’intervento sopra riportato del deputato del PDL Di Virgilio

Tuttavia, questa posizione, che ci pare particolarmente critica – da destra- nei confronti dell’opzione di “mercato” (probabilmente sollecitata anche dal “pathos” del momento), si scontra col fatto che, da questo punto di vista, la posizione del centro-destra (e in parte anche del centro-sinistra) è sempre stata ben chiara e può essere esemplificata nelle dichiarazioni del presidente del consiglio, Silvio Berlusconi, secondo cui (Nerazzini, 2010):

“[...] deve cadere la discriminante ideologica, il pregiudizio ideologico della differenza tra sanità pubblica e sanità privata. Il punto di arrivo non può prescindere da tre pilastri che sono alla base, che sono la filosofia di questo servizio che lo stato deve garantire a tutti i cittadini: la libertà di ogni cittadino di scegliersi il medico che vuole; secondo, la libertà di scegliersi dove andare a farsi curare, dove vuole; terzo, il sistema di finanziamento pubblico, che deve essere come pagamento a prestazione”.

- Assr (2005) *DRG a rischio di inappropriatelyzza. Analisi delle schede di dimissione ospedaliera. Percentuali di ricovero Ordinario e di Day Hospital*, 2003, Roma. http://www.agenas.it/agenas_pdf/43DRG_05.pdf
- Assr (2007) *DRG a rischio di inappropriatelyzza, dpcm del 29.11.2001, Allegato 2 C. Analisi delle schede di dimissione ospedaliera. Percentuali di ricovero Ordinario e di Day Hospital. 2001-2004*, Roma. www.agenas.it/agenas_pdf/43DRG_anni_2001-04_maggio_2007.pdf
- Assr (2008) *Ricoveri per acuti in regime ordinario – Tariffe regionali massime – anno 2008*. http://www.agenas.it/monitoraggio_costi_tariffe/Ricoveri%20Acuti%20Tariffe%20regionali%202008.pdf
- Bissolo, G. e Fazzi, L. (a cura di) (2005) *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti e metodi*, Carocci, Roma.
- Bonini, A. (a cura di) (2008) *La valutazione socio-sanitaria*, in: Laboratorio Management e Sanità (a cura di) *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, Report 2008*, pp. 152-238. http://www.meslab.sssup.it/_sito/index.php?page=report-2008
- Camera dei Deputati (2006) *Commissione Affari Sociali. Audizione del ministro della salute, Livia Turco, sulle linee programmatiche del suo dicastero (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, Resoconto stenografico, seduta del 27 giugno 2006, n. 1, XV Legislatura, Roma.*
- Camera dei Deputati (2007) *Resoconto sommario e stenografico, Seduta di giovedì 10 Maggio 2007, n. 155, XV Legislatura, Roma.*
- Camera dei Deputati (2008) *Informativa urgente del Governo sui recenti fatti accaduti presso la clinica S.Rita di Milano*, in: Resoconto sommario e stenografico, Seduta n. 19, 18 giugno 2008, XVI Legislatura, Roma, pp. 1-13.
- Camera dei Deputati (2009a) *Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali. Audizione del presidente della regione Calabria, Agazio Loriero*, Resoconto stenografico, seduta del 7 ottobre 2009, Roma.
- Camera dei Deputati (2009b) *Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali. Audizione dell'assessore alla sanità della regione Campania, Mario Santangelo*, Resoconto stenografico, seduta del 20 ottobre 2009, Roma.
- Caroppo, M. T. e Turati, G. (2007) *I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Vita e Pensiero, Milano.
- CERGAS-Bocconi (2009) *Rapporto Osservatorio sulla Sanità Privata in Italia e in Lombardia 2007-2008*, Ricerca per il Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda. <http://portale.unibocconi.it/>
- Cillis, L. (2010) *Sanità, stangata su 4 Regioni, il governo blocca i fondi, arriveranno nuove tasse*, "la Repubblica, venerdì 14 maggio, p. 10.
- Cislaghi, C., Morandi, I., Di Virgilio, E. e Tavini, G. (2010) *La mobilità ospedaliera*, in: Agenas (a cura di) *L'attività ospedaliera: dati e riflessioni*, Quaderno di Monitor n. 5, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, pp. 120-130.
- Conferenza Stato-Regioni, (2010) *Intesa, ai sensi dell'art. 8, c. 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2010*, "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Serie Generale – n.3, del 5-1-2010, pp. 53-87
- Corte dei Conti (2008) *Sezione regionale di controllo per la Lombardia. Relazione sulla gestione del Servizio Sanitario Regionale*, delibera n. 8/2008. <http://www.corteconti.it>
- Fabozzi, (2010a) *Più tasse per la sanità, "il manifesto"*, venerdì 14 maggio, p. 5.
- Fabozzi, (2010b) *L'economista. "Scelta politica. Rischiamo tagli alle prestazioni"*, "il manifesto", venerdì 14 maggio, p. 5.
- Ferrera, M. (1995) *La partitocrazia della salute, "Il Mulino"*, n. 5, pp. 855-868.

- La Spina, F. (2009) *Gli affari dei medici manager braccio di ferro tra Nord e Sud*, “La Repubblica – Milano”, domenica 29 Novembre, p. 3.
- Maciocco, G. (2009) *Assistenza sanitaria di base. Ora più che mai*, “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 5, pp. 1-5.
- Maino, F. (2009) *Il sistema sanitario italiano tra contenimento della spesa, malasana e politicizzazione*, in: Baldini e Cento (a cura di) *Politica in Italia 2009. I fatti dell'anno e le interpretazioni*, Bologna, Il Mulino, pp. 241-260.
- Mapelli, V. (a cura di) (2007) *Rapporto FORMEZ – I sistemi di governance dei sistemi sanitari regionali*, Formez, Roma.
- Mapelli, V. (2008) *Quella capacità di governo che fa la differenza*. <http://www.lavoce.info/articoli/-sanita/pagina1000514.html>
- Milano, R. (2009) *L'integrazione socio-sanitaria: nodi critici e scenari di sviluppo*, “I Quaderni di Italianieuropei – La Sanità”, n. 2, pp. 36-41
- Minerva, D. (2010) *Camici in libera uscita*, “L'espresso”, n. 12, pp. 52-53.
- Mingione, E. (1986) *Ristrutturazione del welfare e politiche sociali nel Mezzogiorno*, “Politica ed Economia”, n. 6, pp. 65-69
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2010) *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese – (2009)*, Volume II, Roma.
- Ministero della Salute (anni vari) (a) *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO*, Roma.
- Ministero della Salute (anni vari) (b) *Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, Roma.
- Ministero della Sanità (anni vari) *Attività gestionali ed economiche delle U.S.L. e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, Roma.
- Ministero della Salute (2010) *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Primi indicatori ministeriali, anno 2008*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1239_allegato.pdf
- Misiani, A. (2009) *Il saccheggio dei fondi FAS e la finzione dei fondi anti-crisi*, aggiornamento – luglio 2009, on-line: <http://www.nens.it>
- Nerazzini, A. (2010) *La Prestazione*, puntata del 2/05/2010, del programma televisivo “Report”. Trascrizione integrale della puntata disponibile: http://www.report.rai.it/R2_popup_articolofoglia/0,7246,243%255E1087767,00.html
- Neri, S. (2006) *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione e programmazione*, F. Angeli, Milano.
- Neri, S. (2008) *Italia. La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario*, “La Rivista delle Politiche sociali”, n. 3, pp. 97 – 114.
- Paci, M. (1987) *Le autonomie locali nella crisi dello Stato Sociale*, “L'Assistenza Sociale”, n. 2, pp. 143-148.
- Paci, M. (1989) *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori, Napoli.
- Perino, M. (2006) *Integrazione socio sanitaria e diritto alle cure*, in: Aurora, F. e Emprin Gilardini, E. (a cura di) *Il diritto alla salute*, Edizioni Punto Rosso/Carta, Milano, pp. 295-299.
- Pesaresi, F. e Brizioli, E. (2009) *I servizi residenziali*, in: N.N.A. (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, pp. 53-68.
- Polillo (2009) *La nuova medicina territoriale*, “I Quaderni di Italianieuropei – La Sanità”, n. 2, pp. 14-19.
- Ragaini, F. (2005) *Integrazione sociosanitaria. Dalla riforma ter ai livelli essenziali di assistenza*, in: Vicarelli, G. (a cura di) *Il malessere del welfare*, Liguori, Napoli: 233-244.
- Ragaini, F. (2009) *Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche*, “Appunti sulle politiche sociali”, n. 2, pp. 1-8.

- Randacio, E. (2010) *Brega malvagio e senza umanità. S. Rita la richiesta dell'accusa: 21 anni al primario*, "la Repubblica", ed. Milano, del 28 aprile, p. 6
- Randacio, E. (2009) *Ricoveri fantasma, truffa da 6 milioni. La procura chiude l'inchiesta su tre cliniche del gruppo Rotelli: 68 indagati*, "la Repubblica", ed. Milano, del 15 dicembre, p. 6
- Regione Emilia-Romagna (2004) *Seduta di mercoledì 22 dicembre 2004 (antimeridiana)*, Resoconto integrale, VII Legislatura, Atti consiliari, Bologna.
- Rossi, F. (1997) *La riforma sanitaria in Italia: il caso della Lombardia*, "Assistenza sociale", n. 1-2, pp. 173-190.
- Senato della Repubblica (2006) *Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, nonché sulle cause dell'incendio sviluppatosi tra il 15 e il 16 dicembre nel comune di San Gregorio Magno. Relazione conclusiva sull'attività della commissione*, XIV Legislatura, Roma.
- Senato della Repubblica (2007a) *Assemblea. Resoconto sommario, stenografico, allegati*, 142esima seduta pubblica (antimeridiana), mercoledì 18 aprile 2007, XV Legislatura, Roma.
- Senato della Repubblica (2007b) *Commissione Parlamentare di Inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. Audizione dei sostituti procuratori della Repubblica di Milano, dottoressa Tiziana Siciliano e dottoressa Grazia Prandella e del sostituto procuratore della Repubblica di Perugia, Dottor Giuseppe Petrazzini*, XV Legislatura, 45esimo Resoconto stenografico, seduta del 26 luglio 2007, Roma.
- Senato della Repubblica (2007c) *Audizione dell'assessore alla sanità della regione Lombardia, dott. Luciano Bresciani, del direttore generale dell'assessorato alla sanità della regione Lombardia, dott. Carlo Lucchina, e del direttore generale dell'ASL Città di Milano, dott. Antonio G. Mobilia*, XV Legislatura, 53esimo Resoconto stenografico, seduta del 11 ottobre 2007, Roma.
- Senato della Repubblica (2008) *Informativa urgente del Governo sui recenti fatti accaduti presso la clinica Santa Rita di Milano e conseguente discussione (ore 11,32)*, in: *Assemblea – Resoconto sommario, stenografico, allegati*, 18esima Seduta (antimerid.), 12 giugno 2008, XVI Legislatura, Roma, pp. 14-25.
- Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari (2008a) *Ordinanza di applicazione della misura cautelare della custodia in carcere e degli arresti domiciliari (art. 284, 285 e 292 c.p.p.)*, n. 18228/07 R.G.N.R. mod. 21, Milano. Primo file. <http://espresso.repubblica.it/dettaglio/i-documenti-choc-della-clinica-degli-orreri/2029060>
- Tribunale ordinario di Milano – Ufficio del Giudice per le indagini preliminari (2008b) *Ordinanza di applicazione della misura cautelare della custodia in carcere e degli arresti domiciliari (art. 284, 285 e 292 c.p.p.)*, n. 18228/07 R.G.N.R. mod. 21, Milano. Secondo file. <http://espresso.repubblica.it/dettaglio/i-documenti-choc-della-clinica-degli-orreri/2029060>
- Vicarelli, G. (1995) *Il sistema sanitario*, in: Ginsborg, P. (a cura di) *Lo stato dell'Italia*, Il Saggiatore, Milano, pp. 542-546
- Vicarelli, G. (2001) *Controllo, competizione e collaborazione nei sistemi sanitari europei. Politiche e assetti organizzativi a confronto*, Ancona.