

Bilanci e gestione degli ospedali pubblici: una buona notizia e una proposta

Di Paolo Belardinelli

La legge di stabilità 2016 approvata alla Camera in via definitiva il 20 dicembre 2015 ha introdotto novità interessanti rispetto al settore sanitario, a cui è recentemente seguito un decreto ministeriale attuativo.¹ In particolare sono due i punti su cui va riconosciuta al Governo la volontà di sviluppare qualche innovazione positiva: la promozione della comprensibilità e della trasparenza dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale e, conseguente al primo punto, l'individuazione delle strutture sanitarie atte a erogare prestazioni di ricovero e cura la cui gestione economica si traduce costantemente in un risultato negativo.

Paolo Belardinelli è Fellow dell'Istituto Bruno Leoni.

I limiti della disciplina della redazione del bilancio nel comparto sanitario

La materia della redazione del bilancio delle strutture sanitarie è disciplinata da diverse norme approvate nel corso del tempo.² Dal 1993, quando la cosiddetta aziendalizzazione del settore pubblico (D.lgs. 502/1993) ha introdotto le Aziende Sanitarie, la disciplina non è ancora riuscita a risolvere il nodo per cui strutture sanitarie pubbliche, chiamate appunto "aziende", agiscono in un mercato dove sono presenti anche operatori privati e però, a differenza di questi ultimi, hanno un bilancio che non è redatto in base alle norme del codice civile, ma solo seguen-done blandamente, e in maniera del tutto discrezionale (discrezione presente non solo da regione a regione, ma anche da Azienda Sanitaria ad Azienda Sanitaria), i "principi". Come rilevato da Silvio Boccalatte,³ un tentativo di risolvere tale contraddizione in realtà c'è già stato. Il D.lgs. 517/1993, per esempio, introduce l'obbligo per le Regioni di provvedere ad emanare norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, "informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127".⁴ Come si può notare, tale normativa non opera un semplice rinvio al codice civile, ma impone alle Regioni di emanare una disciplina "informata" ai principi del codice civile. Il risultato è stato quello di una situazione molto variegata, con Regioni più o meno lontane dai principi del codice

1 D. L. 164 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 15 luglio 2016.

2 D.D.L. 883/1978 - D.lgs. 517/1993 - D.M. 20 ottobre 1994 - D.M. 11 febbraio 2002

3 Boccalatte, S. 2010. Il miraggio della concorrenza nel settore sanitario. *IBL Briefing Paper*.

4 Art. 6, comma 1, lett. c), D.lgs. 517/1993, che ha sostituito l'originale art. 5, comma 4, D.lgs. 502/1992.

civile, e altre che addirittura non hanno nemmeno dettato norme specifiche in materia.⁵

Ci sono stati altri tre interventi normativi finalizzati ad uniformare le strutture dei bilanci delle Aziende Sanitarie su tutto il territorio nazionale (D.M. 20 ottobre 1994, D.M. 11 febbraio 2002, D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118). Tali interventi hanno semplicemente introdotto 'schemi' di bilancio, integrabili dalle singole normative locali; inoltre si sono discostati dal paradigma del codice civile, diventandone una sorta di 'libera interpretazione',⁶ non prevedendo nemmeno alcuna indicazione sulle tecniche di redazione e sul contenuto della nota integrativa, la cui regolamentazione è dunque integralmente lasciata al livello regionale.⁷

In sostanza, la contraddizione rimane e non è ancora stata risolta. Le conseguenze che derivano da un quadro normativo così disegnato sono nefaste. Lo scarso controllo dei flussi di spesa sanitaria dovuto a discrepanze tra flussi reali e voci di bilancio, unitamente alla difficoltà di distinguere quali siano i ricavi derivati da prestazioni erogate ai cittadini e quali siano invece i contributi pubblici finalizzati a ripianare i deficit (entrambi inclusi sotto la voce "valore della produzione"), impediscono di comprendere quale sia la reale situazione economica delle aziende sanitarie, rendendo possibili operazioni poco chiare che spesso finiscono per tradursi in scandali.

Le novità introdotte dalla legge di stabilità 2016

La legge di stabilità al comma 527 dell'articolo 1 stabilisce che, entro il 31 dicembre 2016, con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, debbano essere aggiornati gli schemi allegati al decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011, "al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale delle voci di costo e di ricavo coerentemente con quanto previsto dall'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni". Inoltre, lo stesso decreto deve definire anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, tenendo conto degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.⁸

In altre parole, per la prima volta appare davvero chiara l'intenzione del Governo di rendere comprensibile il risultato d'esercizio degli enti del Servizio sanitario, in modo da poter

5 Cfr. V. Carignani, "Il bilancio di esercizio nelle Aziende sanitarie come strumento di comunicazione esterna", relazione al Convegno "La Comunicazione nell'economia d'azienda. Processi, strumenti e tecnologie", Università di Ancona, 18 dicembre 1999, reperibile su internet alla pagina www.econ.univpm.it/aidea/18121999/Carignani.doc. In generale, sulle tecniche di gestione del sistema di contabilità analitica si veda anche D. Alesani, D. Galli, "Gli indirizzi regionali per le rilevazioni economiche analitiche delle aziende sanitarie: finalità, contenuti e modelli di controllo", in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, 2007, pp. 345 ss.

6 Cfr. R. Caselli, *Il nuovo Bilancio*, cit., passim, con specifici rilievi critici sul D.M. 20/10/1994 a pp. 213 ss., e V. Carignani, "Il bilancio di esercizio", cit.

7 Cfr. R. Caselli, *Il nuovo Bilancio*, cit., p. 110, e V. Carignani, "Il bilancio di esercizio", cit. L'art. 3-ter, D.lgs. 502/1992, comunque, prevede che il bilancio sia sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, il quale è un organo a nomina interamente politica. Su tale organo si veda R. Caselli, "Sul ruolo del collegio sindacale delle aziende sanitarie", in *Ragiusan*, 2004, n. 243/244, pp. 99 ss.

8 Questi sono stabiliti dal Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015.

distinguere gli enti caratterizzati da una gestione virtuosa rispetto agli enti che invece si trovano costantemente in deficit.

Si tratta di un segnale importante, dal momento che a oggi la lettura e la comprensione dei bilanci degli enti in questione è un'attività accessibile a pochi addetti ai lavori. Ciò che è più grave, con particolare riferimento alle strutture ospedaliere, è l'impossibilità di poter comprendere quanta parte dei ricavi sia realmente legata alle prestazioni sanitarie effettivamente erogate ai cittadini.

Come è noto infatti, tutte le strutture ospedaliere pubbliche chiudono il bilancio consuntivo in pareggio. Tale pareggio è però spesso frutto di un ripiano da parte dello Stato (o da parte delle Regioni) che difficilmente è possibile discernere nelle voci di bilancio utilizzate oggi. Questa mancanza di trasparenza impedisce di individuare con chiarezza quali siano le strutture gestite più o meno efficientemente.

In questo senso, va riconosciuto che tale provvedimento è inserito in ciò che appare (una volta tanto) un disegno più ampio del legislatore, ovvero quello, appunto, di poter segnalare le strutture ospedaliere il cui risultato di gestione, in mancanza di un intervento pubblico a ripianare, sarebbe costantemente negativo.

Oltre a promuovere la facilità di lettura dei bilanci, se ne favorisce la trasparenza e si prevedono conseguenze per le strutture individuate in deficit. In questa direzione vanno infatti i commi 522, 523, 524, 528, 529 e 530 dello stesso articolo 1.

Innanzitutto, si prevede che gli enti del Servizio Sanitario assicurino la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente nel proprio sito internet, entro 60 giorni dall'approvazione, il bilancio d'esercizio. Su questo punto, in realtà, la novità non esiste. Già nel 2013 venne introdotto l'obbligo, per tutti gli enti della pubblica amministrazione, di pubblicare il bilancio d'esercizio a 30 giorni dall'avvenuta approvazione.⁹ C'è stato un passo indietro, allungando i tempi da 30 a 60 giorni. L'elemento di novità si trova però nella disciplina delle eventuali violazioni degli obblighi di trasparenza. Non adempire a tali obblighi costituiva, ai sensi del decreto legislativo del 2013, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e elemento di valutazione per l'attribuzione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. Dopo l'approvazione della legge di stabilità, non farlo costituisce un illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

L'obiettivo è quello di individuare le aziende sanitarie in deficit. Si stabilisce infatti che vadano individuate le aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, gli IRCCS o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura i quali presentino una (o entrambe) delle seguenti condizioni:

- 1) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;
- 2) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto ministeriale, già richiamato, che andrà approvato entro il 31 dicembre 2016.

9 D.lgs. 33/2013; una specifica sezione del decreto venne dedicata agli enti del servizio sanitario nazionale, tenuti agli obblighi di pubblicazione al pari di tutti gli altri enti.

Non finisce qui. Entro 90 giorni dall'emanazione del provvedimento di individuazione, tali enti devono presentare alla regione il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati.

Le regioni devono, in primo luogo, valutare l'adeguatezza delle misure previste dai piani e la loro coerenza con la programmazione sanitaria regionale e, in secondo luogo, approvare i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta regionale.¹⁰

Infine, le regioni sono chiamate a verificare trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste (nei tempi assegnati) dai piani di rientro. In caso di riscontro negativo, le regioni devono adottare le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, così come individuati nel piano di rientro dell'ente. La legge di stabilità dispone poi che le regioni pubblichino nel proprio sito i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, confrontati con gli obiettivi programmati nel piano di rientro.

La normativa così disegnata dovrebbe risolvere parte dei problemi di scarsa trasparenza che hanno caratterizzato il comparto sanitario fino a oggi. Si tratta di un passaggio fondamentale, dal momento che la trasparenza, specialmente in democrazia, è una condizione necessaria per evitare che il settore pubblico agisca in maniera autoreferenziale e al contrario risponda il più possibile a quella che dovrebbe essere la "domanda" dell'opinione pubblica. In particolare, da un lato, avere maggiore trasparenza sembra un atto dovuto nei confronti di tutti coloro che hanno un potenziale interesse a conoscere e controllare queste strutture. Tra questi ci sono sicuramente i fornitori, i clienti (quindi pazienti) e, soprattutto, i contribuenti; dall'altro lato, bilanci trasparenti e chiari rappresentano un forte incentivo per le strutture ad essere più efficienti. A oggi infatti, risulta persino difficile capire quali siano le strutture gestite in maniera più responsabile ed efficiente. L'attuale normativa dovrebbe rendere più facile comparare le strutture una all'altra (attività di *benchmarking*) e capire quali siano le aziende sanitarie e ospedaliere meglio o peggio gestite. La pressione dell'opinione pubblica sulle strutture inefficienti sarebbe un meccanismo molto potente nel richiedere i cambiamenti necessari a invertire la gestione delle strutture. Oltretutto la nuova normativa dispone che in ogni caso vengano predisposti piani di rientro laddove lo scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività sia pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro.

Ricapitolando, i cambiamenti introdotti orientati a migliorare l'efficienza delle aziende ospedaliere sono numerosi e significativi:

- si introduce l'obbligo di aggiornare gli schemi di bilancio così da rendere evidente e comprensibile il risultato di esercizio delle strutture sanitarie;
- oltre alla comprensibilità del risultato di esercizio, se ne promuove la trasparenza: non pubblicare i bilanci costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione;
- una volta individuate, grazie alle misure dei due punti precedenti, le aziende sanitarie con un deficit accertato pari al 10% della differenza tra costi e ricavi o comunque su-

¹⁰ Alle regioni in piano di rientro è richiesto inoltre di introdurre i piani di rientro dei singoli enti nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro regionali, evidenziandoli con un'apposita sezione.

periore ai 10 milioni di euro, queste saranno tenute a presentare un piano di rientro in tre anni;

- le regioni dovranno poi assicurarsi che i piani di rientro siano adottati.

Nonostante i miglioramenti della normativa, rimane una lacuna che rende le innovazioni introdotte, diciamo così, incomplete.

La mancata chiara indicazione delle conseguenze che seguirebbero per quelle aziende che non dovessero adottare e realizzare i piani di rientro indeboliscono fortemente il cambiamento introdotto.

E' stato recentemente approvato un decreto ministeriale¹¹ attuativo della norma qui analizzata in cui vengono definite le linee guida per l'individuazione degli scostamenti. Oltre ai dettagli tecnici e operativi, una novità importante di tale decreto sta nell'introduzione della decadenza automatica dei direttori generali delle strutture in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi fissati nel piano aziendale.

Tuttavia, se l'obiettivo finale delle novità introdotte, come appare, è quello di introdurre meccanismi che obblighino le strutture sanitarie a una gestione più efficiente, la decadenza automatica dei direttori generali non appare una misura sufficiente. Sarebbe senz'altro più efficace introdurre la possibilità che le strutture inefficienti falliscano.

Se infatti la trasparenza rappresenta un incentivo a riconoscere, e quindi emulare, le strutture più efficienti, prevedere la sanzione del fallimento per le strutture in costante deficit rappresenta l'incentivo per antonomasia. I benefici dinamici del processo concorrenziale si vedono soprattutto nella selezione degli operatori più efficienti. Per questo motivo, senza un ulteriore passaggio, la riforma rimarrebbe incompiuta.

Il fallimento rappresenta lo sviluppo naturale di quelle aziende che si trovano in stato di insolvenza, ovvero che non hanno la capacità di soddisfare regolarmente (nei tempi e nei modi dovuti) le proprie obbligazioni. E' bene distinguere l'insolvenza dall'inadempimento, poiché si può essere insolventi senza essere inadempienti. Questo è il caso delle imprese che adempiono i propri obblighi attraverso mezzi anomali (come il trasferimento, da parte dell'imprenditore insolvente, del proprio orologio d'oro al creditore)¹². Allo stesso modo, si può dire che un'azienda ospedaliera che ricorre regolarmente e in ampia misura, relativamente al proprio bilancio, alle risorse dei contribuenti al fine di chiudere il proprio bilancio in pareggio (non riuscendo a coprire i costi della propria gestione con i ricavi legati alle prestazioni erogate), stia adempiendo attraverso mezzi anomali ai propri adempimenti, essendo così insolvente.

Una volta che il risultato d'esercizio sarà chiarito grazie a questa riforma, sarebbe auspicabile che le aziende con un bilancio costantemente e seriamente in perdita vengano dichiarate fallite, con tutte le dovute conseguenze. Dichiarare fallimento non implica eliminare i fattori produttivi che facevano parte dell'azienda ospedaliera fallita, ma aprire alla possibilità che questi vengano riallocati in maniera più efficiente rispetto alla situazione precedente. Naturalmente, questo sarebbe difficile senza consentire al settore privato di interpretare un ruolo fondamentale in questo passaggio, ovvero acquisire le strutture pubbliche fallite.

11 D. L. 164 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 15 luglio 2016.

12 Presti, G., & Rescigno, M. (2006). Corso di diritto commerciale (volume I)-seconda ed. Zanichelli.

Una proposta

Se l'obiettivo del legislatore è davvero quello di rendere il sistema sanitario più efficiente, riconoscere che il sistema di mercato rappresenta lo strumento più efficace in tal senso è fondamentale. Un elemento cruciale è rappresentato dall'introduzione della possibilità, tramite il fallimento, che gli operatori meno efficienti escano dal mercato stesso.

I benefici dinamici del processo concorrenziale si vedono proprio nella selezione degli operatori, sulla base delle libere scelte dei pazienti nella veste di consumatori. Per la classe politica, questo significa rinunciare alle missioni di "salvataggio" di strutture di fatto fallite, e quindi a molte occasioni di visibilità e di raccolta voti a livello locale. Il fallimento delle aziende che non riescono a soddisfare una domanda attraverso le proprie risorse rappresenta la selezione naturale necessaria al corretto funzionamento di ogni sistema di mercato.

E' opportuno sottolineare che il fallimento di un'azienda non comporta la sua scomparsa, ma una riallocazione dei suoi fattori produttivi. Nel caso di un'azienda ospedaliera, macchinari e strutture non verrebbero cancellati, ma, nella misura in cui sono riutilizzabili in maniera efficiente, riallocati verso altri operatori.

Lasciare che il settore privato acquisisca le aziende ospedaliere decotte potrebbe essere una buona strategia per salvare quelle strutture sanitarie che, agli occhi di chi già opera sul settore, hanno le carte in regola per una potenziale ristrutturazione. Quali siano gli ospedali che possono essere mantenuti aperti o meno, oggi infatti non è chiaro. Le stesse difficoltà gestionali in realtà, pur rappresentando un indizio importante, sono solo un indicatore parziale se si pensa alla struttura d'incentivi con cui si confrontano i dirigenti pubblici. Il passaggio a una gestione privatistica rappresenterebbe la cartina al tornasole per segnalare chiaramente chi può confrontarsi con la realtà competitiva attuale e chi no. Paradossalmente inoltre, oggi che le risorse pubbliche sono centellinate, la privatizzazione potrebbe concorrere a limitare il processo di ridimensionamento della rete ospedaliera che il Ministero della Salute persegue da tempo¹³ e, date le attuali ristrettezze, dovrebbe presumibilmente continuare a perseguire.¹⁴

Se dunque da un lato gli incentivi propri di un mercato concorrenziale consentirebbero una più efficiente allocazione delle risorse, dall'altro, in un settore come quello sanitario in cui, come è noto, sono grandemente cresciuti l'utilizzo di tecniche diagnostiche basate su tecnologie avanzate (e costose), il ricorso a specialisti e il numero e la varietà di interventi chirurgici, è importante riconoscere che è necessario un investimento continuo a garanzia di un ammodernamento infrastrutturale che ponga i fattori della produzione utilizzati (a cominciare, per esempio, dalle macchine per la diagnostica) quanto più vicino possibile alla frontiera tecnologica, a beneficio di tutti i pazienti.

Consentire che le aziende sanitarie in costante e grave deficit falliscano completerebbe la riforma e la naturale conseguenza sarebbe quella di coinvolgere il settore privato.

13 Le strutture di ricovero pubbliche in Italia erano 460 nel 2014. Solo dieci anni prima, nel 2005, erano 654. Fonte: Rapporto OASI 2015, Cergas Bocconi.

14 Affidare la gestione delle strutture sanitarie al privato eviterebbe che valutazioni di natura politica influenzino anche altri aspetti più specifici della gestione ospedaliera, come quello delle risorse umane. La recente esperienza della revisione delle forniture sanitarie con cui si impone un risparmio retroattivo sui contratti pari al 5% del totale, ancora una volta ha reso evidente come la classe politica sia disposta a far valere il potere coercitivo dell'amministrazione pur di non sacrificare bacini elettorali imponendo la ricerca del risparmio attraverso una riorganizzazione interna che migliori l'efficienza.

Quella che viviamo oggi è una situazione molto simile a quella della Germania di circa 20 anni fa, quando la situazione economica di molti ospedali pubblici era talmente difficile che i loro proprietari, generalmente i comuni, non erano più in grado di sostenere il deficit finanziario accumulato. In quel contesto, molti comuni optarono per la vendita a un ente privato, il quale chiaramente aveva l'obiettivo di sanarne i bilanci al fine di ottenere utili nel medio termine. Per questo motivo, a partire dai primi anni '90, in Germania si è assistito a un lungo processo di privatizzazione degli ospedali.¹⁵

Gli ospedali pubblici in Germania già nel 1991 rappresentavano poco più di un terzo del totale degli ospedali; una quota piuttosto bassa se paragonata alla situazione italiana, dove ancora nel 2013 il 55% delle strutture è di proprietà pubblica.¹⁶ In effetti, il settore ospedaliero tedesco è sempre stato variegato nella proprietà delle strutture, e in particolare c'è sempre stata una forte tradizione di ospedali no-profit gestiti dalla chiese cristiane.¹⁷ A seguito del processo di privatizzazione, gli ospedali pubblici tedeschi sono passati a essere poco più di un quarto del totale.

La cessione ai privati degli ospedali pubblici sostanzialmente falliti innanzitutto ha liberato i contribuenti tedeschi di una pesante fonte di deficit pubblico, che stava spremendo le casse dei comuni e dei *Länder*. Come riportato da Schulten,¹⁸ inoltre, il processo di privatizzazione intrapreso ebbe anche un ampio impatto nella struttura e nella gestione dei rimanenti ospedali pubblici. Anche in questi ultimi, infatti, cominciarono importanti riforme interne volte a introdurre specifici strumenti di gestione come l'*outsourcing*, la standardizzazione di alcuni processi, l'utilizzo di sistemi di misurazione della performance e di controllo gestione, attività di *benchmarking*; tutti metodi già ampiamente utilizzati nel settore privato. La pressione e l'ulteriore concorrenza prodotta dalle privatizzazioni ha fatto sì che anche le strutture pubbliche si adeguassero adottando le pratiche migliori.

Un simile percorso potrebbe avvenire nel nostro Paese. Se non desiderabile, quantomeno esso non deve spaventarci. Alcuni dati, in effetti, mostrano come già oggi, nel nostro Paese, il settore ospedaliero privato ottenga risultati piuttosto soddisfacenti se comparati a quelli del settore pubblico.

Stando ai dati del rapporto OASI 2015,¹⁹ la spesa sanitaria privata accreditata è pari, a livello nazionale, al 19,4% del totale, con cui le strutture private accreditate gestiscono il 25% del totale dei ricoveri. Questo accade nonostante il privato accreditato sia più propenso a trattare le casistiche più complicate. La quota di ricoveri classificabile come alta specialità è pari al 7,4% nel privato contro il 6% del pubblico. Se si restringe la casistica ai ricoveri per acuti, il peso delle alte specialità è invariato per il pubblico, mentre sale all'8,5% nel privato

15 Schulten, T. 2006. *Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals*. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI).

Varkevisser, M., & Schut, F. 2009. *Hospital merger control: An international comparison*. iBMG working paper.

16 Ermeneia. 2015. *Tredicesimo Rapporto Ospedali&Salute*. Associazione Italiana Ospedalità Privata. Franco Angeli: Milano.

17 Schulten, T. 2006. *Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals*. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI).

18 *ivi*

19 Cergas. 2015. *Rapporto OASI 2015: Rapporto Annuale sul SSN*. Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale: Università Bocconi.

accreditato. Inoltre, non si può dire che i minori costi di gestione siano risultato di una qualità inferiore delle cure. Prendendo la mobilità sanitaria come indicatore della qualità delle cure (cosa ragionevole, dal momento che mobilità positiva significa più attrattività delle strutture), notiamo come il privato accreditato assorba il 45% del totale della mobilità attiva. Si tratta, in questo caso, di dati nazionali.

Dobbiamo tenere presente che il funzionamento del sistema sanitario è diverso a seconda della regione in cui ci troviamo, come diverso (in termini di qualità e quantità) è il contributo dato dalle strutture private al settore. Come già evidenziato in altre sedi, i sistemi sanitari nel complesso hanno funzionato meglio, e il contributo positivo del privato è stato maggiore, dove le regole fissate hanno fatto sì che erogatori di diritto pubblico ed erogatori di diritto privato venissero il più possibile equiparati, in modo da introdurre veri meccanismi concorrenziali tra le strutture. In particolare, il sistema sanitario lombardo è quello che si è distinto per una regolazione più appropriata, anche discostandosi dal modello nazionale (replicato, quest'ultimo, da tutte le altre regioni) in merito alla risoluzione del conflitto di interessi conseguente all'assunzione, da parte dell'amministrazione, dei ruoli di controllore, compratore e fornitore dei servizi. In Lombardia, dove la quota di spesa sanitaria assegnata al privato accreditato raggiunge il 28%, la separazione di questi ruoli tra Ats (ovvero le vecchie Asl, così denominate a seguito della riforma Maroni) e aziende ospedaliere pubbliche e private ha fatto sì che si sviluppasse un sistema virtuoso nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse, contribuendo a rendere il sistema lombardo il più attrattivo – il saldo di mobilità attiva di Regione Lombardia, pari nel 2013 a 555 milioni di euro, si discosta di gran lunga rispetto a tutte le altre regioni – e al contempo il più efficiente – spesa di poco inferiore al 6% del PIL contro una media nazionale del 6,8%).

Conclusione

La legge di Stabilità 2016 approvata alla Camera introduce novità positive per il settore sanitario. Al fine di incrementare l'efficienza delle strutture, innanzitutto è stato introdotto l'obbligo di aggiornare gli schemi di bilancio così da rendere evidente e comprensibile il risultato di esercizio delle strutture sanitarie. Altre misure sono destinate a promuoverne la trasparenza: i bilanci dovranno essere pubblicati sul sito internet delle strutture, e dunque accessibili a tutti. Queste misure consentiranno di individuare le aziende sanitarie con un deficit accertato pari al 10% della differenza tra costi e ricavi o comunque superiore ai 10 milioni di euro, le quali entreranno nel mirino del Governo e saranno così tenute a presentare un piano di rientro in tre anni il cui monitoraggio verrà garantito dalle regioni.

Le innovazioni introdotte rappresentano un miglioramento per il comparto sanitario. Tuttavia, la riforma appare incompiuta. Per raggiungere l'obiettivo di una maggior efficienza delle strutture, è necessario completare la riforma con l'introduzione della possibilità che le aziende ospedaliere falliscano, ovvero che sia consentita una riallocazione dei fattori produttivi.

In questo senso, un'opzione percorribile (altrove già sperimentata) potrebbe essere quella di lasciare che i privati acquisiscano queste strutture. In questo modo, non solo i contribuenti sarebbero liberati da pesanti fonti di deficit pubblico, ma soprattutto potremmo assistere a un incremento, a beneficio di tutti, dell'efficienza complessiva del sistema sanitario.

IBL Focus

Chi Siamo

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

Cosa Vogliamo

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