

9. Il sistema sanitario italiano tra contenimento della spesa, malasania e politicizzazione

di Franca Maino

Un anno fa, facendo un bilancio della situazione della sanità Enza Caruso e Nerina Dirindin scrivevano: «Non può che definirsi positiva l'immagine della sanità dell'anno 2007: all'insegna della programmazione, vista la numerosità dei piani varati, delle commissioni e consulte insediate e dei protocolli di intesa siglati in capo al dicastero. Nel rispetto del patto della salute e del rigoroso controllo dei conti pubblici sancito dai piani di rientro dei disavanzi cui le regioni diffidate devono scrupolosamente attenersi, pena il commissariamento, si è distinta la finanza sanitaria»¹. Il 2008, invece, si apre e prosegue con una serie di casi eclatanti di malasania, con il dibattito sulle procedure di nomina dei direttori generali e dei primari e con la questione del controllo della spesa sanitaria e il possibile commissariamento di quelle regioni incapaci di rispettare i piani di rientro, riportando al centro del dibattito pubblico il tema del rapporto tra sanità e politica, e dei condizionamenti della seconda sulla prima.

Inoltre, il 2008 è un anno particolare per il sistema sanitario italiano perché ricorre il trentennale dall'approvazione della legge n. 833 che nel 1978 aveva trasformato le mutue assicurative in un Servizio sanitario nazionale (Ssn) e quindi – soprattutto sul finire dell'anno – molte sono state le occasioni per ripensare e fare un bilancio di questi trent'anni di storia della politica sanitaria².

Dopo aver fatto cenno al rapporto tra politica sanitaria e welfare menzionando la riorganizzazione a livello ministeriale e il libro verde sul welfare (par. 1) e fatto il punto sui problemi legati al contenimento della spesa sanitaria in connessione con il rispetto dei piani di rientro e più in generale con le prospettive di attuazione del federalismo (par. 2), in questo capitolo si passa a ricostruire i principali fatti di malasania (par. 3) e a discutere il tema del rapporto tra sanità e mafia (par. 4) e quello della nomi-

na dei direttori generali e dei primari (par. 5). Nelle conclusioni infine ci si interroga sul possibile ritorno a una «partitocrazia della salute» di stampo regionale e non pi , o non solo, nazionale.

1. Il nuovo ministero e il libro verde sul welfare

Il 2008 si caratterizza anche, come conseguenza della caduta del governo Prodi e delle elezioni anticipate, per l'interruzione dell'azione di governo intrapresa dal ministro Livia Turco nel 2006 e, in seguito alla vittoria della coalizione guidata dal Popolo della libert  (Pdl), per il passaggio di consegne al ministro Maurizio Sacconi. Questo passaggio coincide inoltre con l'istituzione di un unico ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali e dunque, nonostante le numerose voci contrarie che si levano all'indomani del voto, l'accorpamento della sanit  nell'unico dicastero del welfare³.

Pochi mesi dopo l'insediamento del nuovo ministero viene presentato il «libro verde sul welfare» con l'ambizione di predisporre – attraverso una consultazione pubblica – il riassetto di tutti i principali ambiti di politica sociale: previdenza, assistenza, ammortizzatori sociali e sanit . In realt  il libro verde dedica poche pagine alla sanit  e lo fa in modo poco organizzato e sistematico. Dopo una ricostruzione delle problematiche principali del Ssn, le soluzioni prospettate non sono articolate in un progetto complessivo di riforma del sistema sanitario, ma presentate qua e l  nel documento, spesso in connessione con la riorganizzazione di altri settori di policy.

Nel complesso tre sembrano essere i fronti di intervento strategico previsti nel libro verde: prevenzione, valorizzazione della sanit  a livello territoriale e ricerca biomedica. Con riferimento al finanziamento, il documento sottolinea l'importanza della costituzione di un secondo pilastro privato e complementare a quello pubblico, da realizzarsi attraverso lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi. Inoltre, auspica che si realizzi il federalismo fiscale e che l'allocazione delle risorse finanziarie a livello territoriale cessi di basarsi sul criterio della spesa storica. Infine, si sottolinea l'importanza del monitoraggio e della valutazione dei servizi proponendo di rilanciare l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali⁴ (Age.Na.S.) e il ricorso a forme di valutazione dei servizi

simili a quelle adottate nel Regno Unito in seguito all'adozione del Nice (National Institute for Clinical Excellence). Tuttavia, nonostante il riferimento a questi temi (in particolare quello del rilancio dei fondi sanitari integrativi), il libro verde non chiarisce se, e in che modo, questi interventi potranno mettere in discussione (come da più parti paventato) il principio dell'universalismo.

2. Il contenimento della spesa sanitaria: tra piani di rientro e federalismo

Tra il 2007 ed il 2008 è riemerso prepotentemente il problema della spesa sanitaria. Come risulta dalla relazione annuale della Corte dei conti, nel 2006 l'indebitamento di aziende sanitarie locali (Asl) e aziende ospedaliere ha superato i 51 miliardi rispetto all'anno precedente, crescendo di 11 punti percentuali. A questo si aggiunge che il peso della spesa sanitaria sulla spesa regionale complessiva è passato dall'80% del 2005 all'83,5% del 2007⁵. In questo quadro poi spiccano quelle regioni che negli ultimi anni hanno continuato ad avere i bilanci in rosso: Lazio, Sicilia, Campania, Abruzzo e Molise. In queste regioni, più che altrove, il livello dei debiti delle strutture sanitarie ha continuato a crescere.

Fino all'inizio del 2000, i comportamenti di spesa delle regioni sono stati guidati dall'aspettativa del ripiano dei disavanzi da parte del governo centrale. Questo alla lunga ha prodotto una situazione di forte squilibrio contrapponendo alcune regioni virtuose, in grado cioè di tenere sotto controllo la spesa sanitaria, ad altre che invece hanno accumulato ingenti debiti. Preso nel suo complesso il disavanzo del Ssn è oggi imputabile quasi interamente a poche regioni che presentano un livello di deficit elevato e persistente. Per far fronte a questa situazione, la soluzione adottata è stata l'individuazione di misure di carattere selettivo, ovvero rivolte alle regioni in disavanzo, piuttosto che misure volte a colpire indiscriminatamente tutte le regioni.

Le misure selettive sono state il frutto di accordi tra lo Stato e le Regioni⁶ e di una normativa nazionale di attuazione⁷, che ha stabilito gli adempimenti cui sono sottoposte le regioni per accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato e ha previ-

sto la definizione di veri e propri piani di rientro. Nel corso del 2007 hanno sottoscritto accordi con lo Stato contenenti il Piano di rientro le regioni Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Liguria e Sicilia. Il piano di rientro, articolato sul triennio 2007-2009, è finalizzato a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario di queste sei regioni e, sulla base dell'individuazione e analisi delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individua e affronta selettivamente le diverse problematiche emerse in ogni regione.

Il piano si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione, che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni. La disciplina relativa ai piani di rientro prevede:

- l'incremento delle aliquote fiscali fino al livello massimo stabilito dalla legislazione vigente e, in caso di mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, l'incremento delle aliquote di Irap (imposta regionale sulle attività produttive) e addizionale regionale all'Irpef (imposta sul reddito delle persone fisiche) oltre i livelli massimi previsti dalla normativa e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi; viceversa, nel caso in cui la regione ottenga risultati migliori di quelli programmati, è prevista la possibilità di ridurre le aliquote fiscali per un importo corrispondente;

- un fondo transitorio di accompagnamento di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni per il 2008 e 700 per il 2009;

- l'erogazione di 3.000 milioni di euro da destinare al settore sanitario a favore delle regioni impegnate nei Piani di rientro che abbiano adottato misure fiscali ulteriori rispetto all'incremento nella misura massima dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef;

- in caso di mancata correzione strutturale degli andamenti della spesa, la diffida alla regione ad adempiere a quanto previsto nei piani e, in caso di mancato adempimento, la nomina di un commissario;

- la verifica della consistenza del debito pregresso e la sua estinzione⁸.

Tra luglio e agosto 2008 si è proceduto al commissariamento della Regione Lazio, a fronte del fortissimo ritardo nell'adozione dei provvedimenti previsti dal piano, e della Regione Abruzzo, per la quale sono emersi un ritardo nell'adozione di talune misure previste dal Piano e criticità sotto il profilo della finalizzazione di quote del finanziamento ordinario del settore sanitario. All'ini-

zio di novembre 2008 il sottosegretario al Welfare, Francesca Martini, ha annunciato nuovi commissariamenti (oltre ai due già attuati per le regioni Lazio e Abruzzo) per le regioni ancora in deficit. Contestualmente è stata istituita alla Camera una Commissione di inchiesta sugli errori sanitari e sulle cause dei disavanzi regionali.

Lo strumento dei piani di rientro concordati con il governo centrale prevede una serie di obblighi da rispettare che finiscono inevitabilmente per vincolare pesantemente i governi regionali. Questi ultimi peraltro stanno mostrando in alcuni casi, come quello del Lazio, evidenti difficoltà nella gestione del problema. E proprio i ticket costituiscono uno dei motivi di scontro tra il centro e la Regione Lazio, data la volontà del primo di imporre l'utilizzo delle compartecipazioni alla spesa farmaceutica quale strumento per la riduzione del debito, nell'ambito delle procedure di commissariamento della regione che sono state messe a punto durante l'estate, a fronte del mancato rispetto degli impegni presi nel Piano di rientro.

Il caso del Lazio solleva problematiche più generali relative ai rapporti tra Stato e Regioni nei nuovi equilibri in via di definizione all'interno del Ssn. Le procedure predisposte per la gestione dei Piani di rientro forniscono, infatti, al governo centrale ampi poteri di indirizzo e controllo sull'operato delle regioni che rischiano di condizionare l'autonomia dei governi regionali. Mentre si discute su come dare attuazione al «disegno di legge Calderoni» sul federalismo, rischiano di innescarsi processi di ricentralizzazione potenzialmente molto incisivi, e che potrebbero riguardare solo quelle regioni che non si sono dimostrate all'altezza delle sfide poste da un assetto fortemente decentrato⁹.

Tuttavia, una valutazione dell'esperienza dei Piani di rientro richiede necessariamente che si concludano quelli in corso, al termine dei quali saranno apprezzabili i risultati strutturali conseguiti, anche con riferimento alla riorganizzazione dei procedimenti regionali di programmazione e controllo della spesa, strategici per la futura gestione dei servizi sanitari regionali.

Tra luglio e agosto 2008 la questione dei costi della sanità e dei disavanzi regionali è tornata, dopo alcuni anni di collaborazione istituzionale, a riacutizzare lo scontro tra livelli di governo centrale e regionale. A parte i Piani di rientro, ad alimentare le tensioni è stata la manovra economica presentata dal ministro

Giulio Tremonti all'inizio di luglio. Manovra che prevede tagli del personale sanitario, riduzione dei posti letto ospedalieri, ticket sanitari anche a carico delle categorie esenti nelle regioni in deficit. Le regioni compatte (quindi anche quelle con i conti in regola e anche quelle governate da giunte di centro-destra) si sono schierate contro questo piano di tagli. Del resto il «patto per la salute» prevedeva invece un incremento del Fondo sanitario nazionale del 3% dal 2008 al 2011 e somme aggiuntive per il rinnovo dei contratti dei medici e dei paramedici e per la copertura dei ticket sulle prescrizioni per la specialistica e la diagnostica¹⁰.

Senza contare che il 2008 è l'anno del «disegno di legge Calderoli» sul federalismo fiscale, che riguarda in larga parte anche la politica sanitaria nazionale e regionale. Tale disegno di legge (ddl) stabilisce che il livello della spesa sanitaria debba essere determinato «nel rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale, da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale» (art. 6). Esso però non specifica che cosa si debba intendere per costi standard, e proprio su questo tema si è aperto un dibattito che non ha ancora portato a soluzioni. Certamente l'intento del ddl è quello di superare il ricorso alla spesa storica per la definizione del fabbisogno complessivo di risorse da ripartire a livello regionale. Molti ricercatori hanno messo in luce come sia irrealistico pensare di calcolare per ogni singola prestazione sanitaria il costo specifico efficiente e successivamente, dalla somma dei costi delle singole prestazioni, risalire alla determinazione del fabbisogno complessivo¹¹. Sembrerebbe quindi che la soluzione per il calcolo dei costi standard possa consistere nel fare riferimento alla spesa pro-capite pesata di una o più regioni considerate complessivamente più efficienti. Il problema è che le regioni che spendono meno (ad esempio quelle meridionali) non è detto che siano anche quelle in grado di offrire i servizi qualitativamente migliori.

3. I problemi della malasanità

L'anno sanitario italiano si apre con la stampa che torna a occuparsi ampiamente di malasanità per un caso di morte per un ascesso tonsillare a Vibo Valentia e l'immediato insediamento di

una Commissione per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria della Regione Calabria. Su questo fronte, a prima vista, la sanità sembra funzionare a due velocità: al Centro-sud si verificano i casi più aberranti che in genere finiscono sui quotidiani e ugualmente in queste regioni si registra la quota più alta di cittadini che ha subito qualche danno durante il ricovero in ospedale. La malasania in ambito ospedaliero è un problema particolarmente sentito dai cittadini delle regioni del Sud, come evidenziato, tra le varie indagini, dai risultati del «Monitor Biomedico 2006» dal titolo *Il valore della prossimità nella sanità del futuro*¹². L'8,6% della popolazione delle regioni meridionali e insulari afferma di aver vissuto direttamente un episodio di malasania, un dato assai più alto della media nazionale (pari al 6,2%) e più che doppio rispetto al Nord-est (4,1%) e al Nord-ovest (3,6%). Il dato è ulteriormente confermato se si fa riferimento a un danno vissuto durante il ricovero da persone vicine al campione degli intervistati: il 31,4% al Sud e nelle Isole racconta di amici o familiari vittime di un caso di malasania, contro il 25% della media nazionale, il 16% del Nord-est e il 25,2% del Nord-ovest.

Tuttavia, lo scandalo della casa di cura «Santa Rita» di Milano, scoppiato nel giugno 2008, ha messo in luce che anche le regioni del Nord sono interessate da casi analoghi. Lo scandalo della clinica «Santa Rita» (ma è stato ipotizzato che episodi analoghi si siano verificati in altre cliniche private lombarde) ha portato alla luce un sistema in cui i dottori usavano i pazienti per arricchirsi, ovvero i medici svolgevano operazioni di cui le persone non necessitavano per ottenere dalla Regione rimborsi gonfiati¹³. Dall'inchiesta, nata in seguito a un esposto anonimo inviato in procura all'inizio del 2007, è emerso il quadro di una vera e propria «clinica degli orrori», in un crescendo di prevaricazioni, truffe, ricatti, fino all'omicidio di pazienti ormai anziani.

Il presidente della Regione Roberto Formigoni, in seguito a quanto successo alla clinica «Santa Rita», ha deciso di sospendere a tempo indeterminato il contratto di accreditamento. L'opposizione nel Consiglio regionale lombardo ha, dal canto suo, chiesto una revisione del sistema degli accreditamenti, facendo riferimento non solo gli arresti nella casa di cura «Santa Rita», ma anche agli abusi riscontrati nello stesso periodo al San Raffaele, alla Multimedita e all'Humanitas. L'opposizione ha parlato di autentiche patologie del modello sanitario lombardo proponen-

do un intervento straordinario sul sistema dei controlli, un rafforzamento dei rapporti con gli ordini professionali e la costituzione di una commissione incaricata di ripensare il sistema degli accreditamenti. L'assessore alla Salute del Comune di Milano, Gianpaolo Landi, ha sottolineato la necessità di ammodernare il sistema degli accreditamenti e di sottoporre a revisione il sistema dei rimborsi e per questo ha proposto la creazione di un'*authority* composta da medici e tecnici che abbia poteri consultivi e che possa affiancare e rafforzare l'azione di controllo della regione.

La risposta legislativa è arrivata alla fine del 2008 con l'approvazione delle prime modifiche alle regole di controllo e di accreditamento delle cliniche private. D'ora in poi in Lombardia l'accreditamento sarà a termine e affidato alle Asl anziché alla Regione, e direttori amministrativi, sanitari e sociali delle strutture pubbliche e private dovranno essere iscritti in appositi albi, come già avviene per i direttori generali. Le strutture private con più di 250 posti letto, o che abbiano il pronto soccorso, dovranno obbligatoriamente avere un direttore sanitario.

Dopo la pausa estiva, nel settembre 2008, è stato reso noto il rapporto dei Nas (Nuclei antisofisticazione e sanità dei carabinieri) sul Ssn. Esso ha ribadito che le fattispecie di imbrogli e truffe a danno del Ssn, spesso con il personale medico compiacente, sono numerosissime e soprattutto molto onerose per i cittadini: in otto anni (dal 2000) i danni per il bilancio pubblico sono stati pari a 233 milioni. A completare il quadro e a evidenziarne la gravità si aggiunge il fatto che nello stesso periodo 390 persone sono state arrestate, circa 4.700 segnalate, quasi 630 mila ricette sono risultate false.

4. Sanità, mafia e tangenti

La sanità ha continuato in questi anni, e continua tuttora, a essere sinonimo di potere, di denaro, di voti e di clienti. I numerosi casi discussi dai quotidiani con particolare riferimento a regioni come la Calabria, la Campania e la Sicilia hanno messo in luce proprio questo rapporto perverso tra sanità e politica.

E non a caso l'allarme è stato lanciato anche durante l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2008 da parte del procuratore generale della Corte dei conti, che ha sottolineato l'esistenza di

un quadro di corruzione diffusa nei settori dei lavori pubblici, delle forniture pubbliche e della sanità¹⁴. L'accertamento del pagamento di tangenti sarebbe correlato ad artifici e irregolarità connesse a fattispecie di varia natura: dall'alterazione dolosa di procedure contrattuali ai trattamenti preferenziali nel settore degli appalti; dalla collusione con le ditte fornitrici di prestazioni e servizi all'aggiudicazione illecita e alla turbativa d'asta nelle forniture agli ospedali pubblici; dalle sovrapprezzature fittizie alle false attestazioni sull'andamento dei lavori di ristrutturazione e ammodernamento delle strutture sanitarie; infine dall'erogazione di rimborsi eccessivi o non dovuti alle strutture sanitarie private.

A gennaio 2008 sono stati arrestati l'onorevole e medico Domenico Crea e suo figlio Antonio, direttore sanitario della residenza sanitaria convenzionata con il Servizio sanitario regionale «Villa Anya» di Melito Porto Salvo. Insieme a loro, Antonio Iacopino, capo-struttura della segreteria politica del consigliere Crea, già direttore sanitario della clinica. Agli arresti domiciliari sono finiti Giuseppe Biamonte, direttore generale *ad interim* dell'assessorato alla Sanità, Pietro Morabito, già direttore generale dell'Asl 11 di Reggio Calabria, direttore generale dell'azienda sanitaria provinciale di Catanzaro, Laura Autelitano, medico e moglie di Antonio Crea, direttore amministrativo di «Villa Anya». Tra gli arrestati, esponenti della 'ndrangheta dei Morabito e della 'ndrangheta dei Cordì, accusati tra l'altro dell'omicidio di Francesco Fortugno. Alla luce della rete clientelare tra politica e 'ndrangheta delineata dalle indagini che hanno portato al commissariamento dell'Asl 9 di Locri prima e dall'inchiesta «Onorata sanità» dopo, è emerso¹⁵ come l'omicidio di Fortugno nell'ottobre del 2005 avesse l'obiettivo di non rompere equilibri che già si erano consolidati e che non dovevano essere messi in discussione. Secondo le accuse, l'onorevole Crea rappresentava il punto di riferimento, colui che avrebbe dovuto favorire gli interessi della 'ndrangheta, in cambio di voti. L'elezione di Fortugno non avrebbe garantito gli stessi profitti previsti con Crea alla Regione. Doveva essere Crea, a capo del Consiglio regionale, a suddividere gli appalti e le assunzioni con la compiacenza di Pietro Morabito, dirigente generale dell'Asl di Catanzaro, e Giuseppe Biamonte, dirigente vicario del dipartimento della Sanità della Regione Calabria. Tutto questo per far confluire milioni di euro verso clini-

che amiche o di famiglia, per sistemare il cugino, il fratello o il compare nelle diverse aziende sanitarie.

Gli arresti per la gestione della sanità in Abruzzo sono lo scandalo che prima dell'estate (luglio 2008) ha nuovamente colpito il settore sanitario. Il presidente della Regione Ottaviano Del Turco è stato arrestato insieme ad altre nove persone accusate di associazione a delinquere finalizzata alla truffa aggravata, alla concussione, al falso e all'abuso d'ufficio. L'inchiesta ha indagato sulla seconda cartolarizzazione dei debiti vantati da cliniche private nei confronti delle Asl abruzzesi. Si tenga conto che l'Abruzzo era tra quelle regioni con i maggiori problemi di bilancio e per cui a giugno 2008 proprio il presidente Del Turco, di fronte alla Conferenza unificata Stato-Regioni, aveva presentato un nuovo piano di rientro per cercare di scongiurare la nomina di un commissario e l'innalzamento delle aliquote Irpef e Irap.

Il problema è che questi scandali si innestano in una tradizione consolidata. Se prendiamo come riferimento temporale gli ultimi due decenni, ovvero il periodo in cui si sono realizzate le riforme più incisive del Ssn, possiamo individuare – parallelamente all'approvazione di misure di razionalizzazione e riorganizzazione del sistema – una serie di vicende che mostrano quanto diffuse abbiano continuato a essere la corruzione e le tangenti in questo settore di policy¹⁶.

Più di recente, nel 2002 è scoppiato con alcuni arresti all'ospedale torinese delle Molinette lo scandalo delle valvole cardiache difettose di fabbricazione brasiliana, che negli anni novanta erano state impiantate a numerosi pazienti e che avevano causato diversi decessi. Da Torino l'inchiesta si è poi estesa anche a Padova. A febbraio del 2007 Michele Di Summa, ex-primario delle Molinette, è stato condannato a quasi tre anni per tangenti sulle forniture di materiale sanitario. Nel 2008 invece l'ex-primario di cardiocirurgia di Padova, Dino Casarotto, è stato condannato a quasi sei anni per corruzione, omicidio e lesioni colpose nei confronti dei pazienti ai quali aveva impiantato le valvole cardiache difettose.

Nel 2007 altre inchieste hanno riguardato Roma e una delle protagoniste principali, nota con il soprannome di «lady Asl», è stata Anna Giuseppina Iannuzzi, imprenditrice del settore sanitario che, con le sue dichiarazioni, ha svelato un sistema di tangenti che hanno, nel corso degli anni, creato un buco di circa 80

milioni di euro nelle casse della sanità pubblica del Lazio. «Lady Asl» ha confessato di aver distribuito tangenti a politici, dirigenti e funzionari regionali per accreditamenti e convenzioni, per incassare compensi non dovuti con emissione di mandati di pagamento fasulli, per ottenere fondi dell'Unione europea per corsi di formazione mai svolti.

Improvvisi irruzioni sui media, sdegno diffuso dell'opinione pubblica, aspre polemiche politiche sono gli ingredienti del rapporto schizofrenico che spesso i cittadini e i decisori pubblici finiscono per avere con la sanità. Questo comporta che, alla frenesia dei giorni successivi all'improvvisa scoperta di fenomeni di malasànità, si accompagnino annunci di nuove iniziative e progetti di intervento (come la costituzione di Commissioni *ad hoc* incaricate di portare alla luce i problemi e proporre soluzioni), che tuttavia lasciano in breve tempo spazio a una diffusa indifferenza. Il Servizio sanitario torna così a contrapporre la sanità vissuta dai cittadini, fatta di una diversificazione sostanziale delle performance e delle opportunità di cura, dove conta in modo decisivo la capacità individuale di beneficiare delle diverse opportunità offerte dalle strutture sanitarie, alla responsabilità istituzionale e politica, troppo presa dalla rincorsa verso «effetti annuncio» quasi sempre inefficaci e le difficoltà di far quadrare i conti¹⁷.

5. La nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie e dei primari

Un altro tema concernente il rapporto tra sanità e politica, emerso già alla fine del 2007, ha riguardato la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere e quella dei primari negli ospedali. Ad aprire questo dibattito è stata, a dicembre 2007, la nomina dei direttori generali in Lombardia. Tra i 47 direttori generali nominati dalla giunta di centro-destra lombarda, 44 erano riconducibili alla Casa delle libertà (nello specifico: 26 a Forza Italia, 10 alla Lega Nord, 6 ad Alleanza nazionale e 2 all'Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro), uno al Partito democratico e solo 2 risultavano tecnici senza appartenenza di partito¹⁸. La loro nomina era stata preceduta dalla pubblicazione sul portale della regione degli elenchi di tutti i 520 candidati che avevano fatto domanda senza peraltro

che venisse messo a disposizione un curriculum dettagliato degli stessi.

Nello stesso periodo nelle regioni Piemonte e Liguria si discuteva invece della nomina dei primari dei principali ospedali. La prassi è che chi vince le elezioni applica lo *spoils system* e si sceglie il direttore generale delle aziende sanitarie. Quest'ultimo a sua volta decide chi andrà a ricoprire le posizioni chiave nelle strutture sanitarie: primari, capi di dipartimento o di struttura semplice. La storia recente della sanità piemontese mostra come questo sistema abbia funzionato con il centro-destra nei dieci anni di governo del Piemonte e sia stato subito replicato con il governo di centro-sinistra. Dopo un congelamento di due anni e mezzo, infatti, è partita la corsa per la copertura dei posti vacanti, ovvero un centinaio tra primari, capi dipartimento e responsabili di strutture semplici in tutto il Piemonte. In generale, i problemi nascono dalla facoltà di nominare i primari da parte dell'autorità pubblica, dalla frequenza di concorsi con solo uno o due candidati, dalla possibilità di creare nuovi primariati in aggiunta a quelli esistenti e dal fatto che tali nomine (così come quelle dei direttori generali) sono strettamente dipendenti dalla competizione politica.

Sul tema del legame tra politica e direttori generali a gennaio 2008 un'inchiesta (i cui dettagli di metodo sono descritti e discussi in nota¹⁹) condotta dal settimanale «Il Sole-24-Ore Sanità» sostiene che, a seguito del risultato delle elezioni regionali del 2005, il 62% dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere fa riferimento al centro-sinistra, il 34% al centro-destra, il 3% a liste locali e solo l'1% (vale a dire 3 direttori generali) sono dei tecnici senza una specifica affiliazione partitica (tab. 1).

La questione è stata ritenuta così rilevante che l'allora ministro della Salute Livia Turco ha subito avanzato una proposta di riforma con l'obiettivo di approvare in tempi rapidi le nuove regole sulla scelta dei direttori generali e sulla nomina dei primari, stralciandole dal disegno di legge sulla qualità e la sicurezza del Ssn proposto a novembre 2007. Lo scopo, nelle parole del ministro Turco, era quello di «dare ai cittadini la certezza che il manager che amministra le risorse pubbliche e il medico che ha in mano il bisturi da cui dipende la loro vita siano i più bravi e competenti nel loro mestiere e non quelli più abili nell'accaparrarsi la simpatia di questo o quel politico»²⁰.

TAB. 1. I partiti di riferimento dei direttori generali delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere per regione

Regione	Rifondazione comunista	Democratici di sinistra	Margherita	Sdi	Altri centro-sinistra	Altri centro	Altri centro-destra	Forza Italia	Alleanza nazionale	Legga Nord	Altri e tecnici
VdA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Piemonte	1	7	6	-	1	-	-	4	-	-	3
Lombardia	-	-	-	-	1	2	-	21	9	11	-
Liguria	-	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	20	1	2	-
Trento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Friuli-V.G.	-	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Em.-Rom.	-	12	4	1	-	-	-	-	-	-	-
Toscana	-	9	5	2	-	-	-	-	-	-	-
Umbria	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Marche	-	6	10	1	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	1	7	8	3	-	-	-	-	-	-	-
Abruzzo	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Sardegna	-	6	3	-	-	-	-	-	-	-	1
Campania	-	9	8	2	-	4	-	-	-	-	-
Puglia	2	4	3	-	-	1	-	-	-	-	-
Basilicata	-	2	4	1	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	-	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	-	-	-	-	-	5	4	14	4	-	1
Totale	5	79	69	10	2	12	4	60	14	13	8

Fonte: Elaborazioni sui dati dell'indagine condotta su «Il Sole 24-Ore Sanità», n. 4, Anno XI, pp. 4-5.

Innanzitutto il ministro Turco ha sottolineato che si tratta di due problemi distinti. Sul primo, quello dei direttori generali, la politica deve continuare ad avere un ruolo fondamentale, pur se vincolato da criteri trasparenti nella selezione dei manager. Per i medici e gli altri dirigenti apicali della sanità il discorso è diverso, perché la politica non deve entrare in alcun modo nel procedimento di nomina. Deve, infatti, essere il direttore generale, in piena autonomia e in qualità di primo responsabile dell'azienda sanitaria, a scegliere i suoi collaboratori migliori, tra cui anche i primari.

Nel caso della nomina dei direttori generali da parte della giunta regionale, questa deve avvenire previo bando pubblico per notificare con congruo anticipo l'incarico a cui concorrere. I candidati devono essere selezionati da una Commissione di esperti che poi sottopone alla Regione la terna dei migliori profili sui quali effettuare la scelta finale. La trasparenza della procedura è assicurata dalla pubblicazione su Internet di tutto il percorso decisionale con tanto di curriculum vitae e valutazioni. Inoltre, l'intero procedimento è sottoposto al vaglio di un ente esterno alla regione, individuato nell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Con riferimento alla nomina dei primari, con il sistema attuale la selezione dei candidati si limita alla verifica di una generica idoneità a ricoprire l'incarico. E il risultato è che molto spesso la gran parte, se non la totalità, dei concorrenti risulta di fatto idonea. Questo lascia spazio all'assoluta discrezionalità del direttore generale che, a sua volta, può essere facilmente influenzato da pressioni esterne su questo o quel candidato. Con la proposta di «legge Turco» si introduce, invece, una vera e propria selezione per titoli, effettuata da una Commissione, per la maggior parte composta di membri estratti a sorte tra i primari della stessa disciplina in ambito regionale o sovraregionale, dalla quale deve scaturire una terna da sottoporre al direttore generale. Egli mantiene il potere di nomina, ma solo tra i tre nomi indicati dagli esperti, limitando in questo modo la possibilità che egli subisca condizionamenti o pressioni esterne. Anche in questo caso tutta la procedura deve essere pubblicata su Internet a garanzia di trasparenza e pubblicità dei percorsi di nomina.

Le elezioni anticipate hanno interrotto la discussione di questo progetto di legge. Tuttavia l'intenzione di rimettere mano al sistema delle nomine, in particolare dei primariati, per lasciar fuori la politica dai concorsi è stata ribadita anche dall'attuale governo. In questo caso la proposta è di cambiare la Commissione che deve giudicare i candidati ai posti apicali (gli ex-primari e gli ex-aiuti). Mentre attualmente può essere formata anche da persone che lavorano nell'azienda dove si svolge il concorso, se venisse approvata la proposta dell'attuale governo la Commissione invece sarebbe formata da due primari esterni, estratti a sorte, e dal direttore sanitario. La Commissione dovrà indicare al direttore generale dell'azienda la terna dei vincitori in ordine di merito, va-

lutato sulla base del curriculum vitae, del colloquio, delle pubblicazioni scientifiche e dei crediti formativi. Verrebbe meno quindi l'attuale lista degli idonei che comprende, in pratica, tutti i candidati. Col nuovo sistema il direttore generale sarà inoltre tenuto a motivare un'eventuale scelta che non ricada sul primo della terna.

Il tema delle nomine dei direttori generali e dei primari, insieme a quello relativo alla responsabilità per il contenimento della spesa sanitaria, ha contribuito a riaccutizzare la conflittualità tra governo e regioni, avendo i due livelli di governo posizioni differenti. Da un lato, il governo nazionale aveva e ha l'obiettivo di mettere al riparo le procedure di nomina dall'ingerenza della politica. Dall'altro, le regioni, che spendono almeno i due terzi dei loro bilanci per la sanità, sono contrarie all'intervento governativo che verrebbe a ledere la loro autonomia in materia sanitaria. Ovviamente a confrontarsi sono due visioni differenti della gestione del settore sanitario. La visione regionale parte dall'idea che la politica della salute si debba identificare con la gestione del sistema sanitario e che, quindi, le decisioni sulla chiusura o l'apertura di una struttura ospedaliera o la nomina dei direttori generali o dei primari debbano spettare agli assessorati e/o ai presidenti delle giunte. Questo non toglie che modalità di selezione diverse da quelle attualmente in vigore debbano essere trovate e implementate. Da questo punto di vista, la proposta di Piero Marrazzo, presidente della Regione Lazio, è duplice: o le giunte regionali continuano a nominare i direttori generali, ma scegliendoli tra un elenco redatto da un organismo terzo; oppure, già durante la campagna elettorale, deve essere fatta una dichiarazione preventiva da parte del candidato alla presidenza dei tecnici che occuperanno posizioni apicali dentro le strutture regionali.

Come per altri settori della pubblica amministrazione, come si vede, il tema della selezione, della valutazione e della responsabilità resta oggetto di una discussione in cui vi è relativa concordia sull'insoddisfazione per la situazione attuale, ma una varietà di posizioni sulle direzioni di riforma da intraprendere.

6. Conclusioni: verso una partitocrazia regionale della salute?

Dopo questa ricostruzione dei problemi del servizio sanitario italiano schiacciato tra vincoli di spesa, malasania e infiltrazioni

mafiose, vale la pena trarre qualche conclusione di ordine generale interrogandosi su quanto e come il rapporto (perverso) tra sanità e politica è cambiato a partire dagli anni novanta, alla luce del fatto che il sistema sanitario italiano è stato investito da numerose e importanti riforme che ne hanno ridefinito l'articolazione e soprattutto hanno decentrato alle regioni molte delle competenze che prima erano in capo al livello centrale.

Per rispondere a questo interrogativo vale la pena partire dall'analisi con cui, oltre dieci anni fa, Maurizio Ferrera descriveva il sistema sanitario italiano dalla sua fase costitutiva fino all'inizio degli anni novanta²¹. Quanto di quell'analisi è ancora valida e può spiegare perché, nonostante le trasformazioni degli ultimi quindici anni, l'influenza della *politics* sulla policy sanitaria rimane nel caso italiano così marcata?

Lo sfruttamento politico della sanità è iniziato negli anni cinquanta da parte della Democrazia cristiana, è andato perfezionandosi negli anni sessanta a opera dei governi di centro-sinistra e ha raggiunto il suo culmine tra gli anni settanta e gli anni ottanta con il coinvolgimento del Partito comunista italiano e l'estensione delle spartizioni distributive dal livello nazionale a quello sub-nazionale, coinvolgendo, da un lato, le regioni e, dall'altro, le unità sanitarie locali. Lo sfruttamento politico si sarebbe quindi realizzato tanto a livello nazionale quanto a livello sub-nazionale, sia in modo visibile, sia in forma invisibile od occulta.

Le riforme degli anni novanta e i processi di regionalizzazione e aziendalizzazione da queste innescate – lungi da ridurre il grado di politicizzazione fino ad allora esistente – lo hanno in realtà trasferito a livello delle regioni e a livello delle nuove aziende sanitarie locali e ospedaliere istituite a partire dal 1994 in tutte le regioni. Ma vi sono ulteriori differenze rispetto alla situazione pre-riforma. Come è stato messo in luce dagli scandali recenti descritti in questo articolo, lo sfruttamento «invisibile» del settore sanitario come fonte di finanziamenti illeciti e occulti si è concentrato a livello delle singole regioni e ha avuto in molti casi come cabina di regia l'assessorato alla Sanità e/o le giunte regionali.

Tutto questo ha delle implicazioni sulle misure di razionalizzazione. I tagli resi possibili all'inizio degli anni novanta dalla combinazione fra misure nazionali, affidate spesso a tecnici, e responsabilizzazione delle regioni, sono più difficili da operare ora

che una parte significativa delle risorse è disponibile direttamente al livello regionale. Inoltre, parte del personale politico regionale è (ancora?) a mezza strada fra una compiuta responsabilizzazione e invece una persistente «cultura della spesa», secondo cui «la partitocrazia locale può continuare senza troppo disturbo i propri giochi distributivi, rivendicando meriti nell'accaparramento di risorse dal centro e nella loro spartizione a livello locale oppure nella propria inventività contabile»²².

Quanto allo sfruttamento «visibile» che avviene sempre a livello sub-nazionale, questo è strettamente correlato con la crescita dell'autonomia decisionale, finanziaria e organizzativa acquisita dalle regioni in seguito al processo di decentramento sanitario. Regioni che possono decidere non si lasciano quindi scappare la possibilità di nominare direttori generali (ma anche sanitari e amministrativi o primari nel caso delle strutture ospedaliere) politicamente vicini così che, attraverso di questi, si possa continuare a sfruttare politicamente la sanità, seppure con riferimento a un bacino territoriale che corrisponde con i confini regionali.

La «riforma della riforma» del 1992-1993 aveva cercato di introdurre delle barriere istituzionali a questa pratica. Però quelle barriere, in ampia misura efficaci negli anni della destrutturazione del sistema dei partiti, sembrano meno efficaci ora che vi sono segnali di un nuovo consolidamento dei partiti, soprattutto per quanto riguarda le loro leadership a livello locale. Una volta che il processo di attuazione delle riforme sanitarie degli anni novanta ha preso il via, si è di fatto assistito a un riorientamento delle dinamiche di sfruttamento politico della sanità dal livello nazionale a quello sub-nazionale che – a differenza delle aspettative – ha fatto riemergere come centrali gli interessi «micro» al posto di quelli «meso» o «meta»²³, interessi che alla lunga – come mostrato dagli scandali emersi nel corso del 2008 – sono riusciti ad aggirare anche i vincoli di spesa e gli strumenti di razionalizzazione del sistema.

La costellazione di interessi che negli anni novanta era favorevole al cambiamento era orientata in senso anti-universalistico e anti-statalistico. Tutto questo, però, non è sembrato negli ultimi anni associarsi a una pari connotazione anti-partitocratica: anzi, passata per una partitocrazia nazionale, la sanità sembra ora per molti aspetti descrivibile alla luce delle variegata partitocrazie regionali che si spartiscono le risorse sempre più scarse. A dif-

ferenza di quanto fosse ragionevole attendersi e auspicare allora, a partire dalla seconda metà degli anni novanta il dibattito è stato fortemente e nuovamente politicizzato (basti pensare alle vicende del governo Bindi), con la conseguenza che la malasania ha continuato a diffondersi e la *politics* a condizionare il funzionamento del sistema sanitario.

Note

¹ E. Caruso e N. Dirindin, *La sanità nel 2007: tra piani e ripiani, un'immagine positiva*, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino, 2008, pp. 69-91.

² A questo proposito si segnala, tra gli altri, il volume di N. Falcinelli, G.F. Gensini e M. Trabucchi (a cura di), *1978-2008: trent'anni di Servizio sanitario nazionale e di Fondazione Smith Kline*, Bologna, Il Mulino, 2008.

³ Era stata la legge finanziaria per il 2008 (legge n. 247/2007) a disporre la ricostituzione dei 12 ministeri previsti dalla «legge Bassanini» del 1999 (d.lgs. n. 300), con il conseguente accorpamento del ministero della Sanità nel nuovo ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali. Come è noto era stato il governo Berlusconi II, nell'agosto del 2001, a derogare alla «legge Bassanini» attraverso l'istituzione di due ministeri distinti: quello per la Salute e quello del Lavoro e delle politiche sociali.

⁴ A questo riguardo si segnala che l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) aveva cambiato denominazione con la legge finanziaria 2008 diventando Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.) e che il governo Berlusconi, avvalendosi del metodo dello *spoils system*, ha proceduto nel settembre 2008 a nominare un nuovo direttore (Fulvio Moirano) e in più occasioni ha dichiarato di volerne potenziare il ruolo e le funzioni.

⁵ Corte dei conti, *Relazione sul rendiconto generale dello Stato. Esercizio finanziario 2007*, Roma, 2008.

⁶ Accordi Stato-Regioni del 3 agosto 2000 e dell'8 agosto 2001; Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005; Patto per la salute, sottoscritto il 28 settembre 2006.

⁷ Sono particolarmente significative la legge n. 311/2004, la legge n. 296/2006, la legge n. 222/2007 e, da ultimo, il d.l. n. 154/2008.

⁸ A questo proposito, essendo emerso che quasi tutte le regioni interessate dai Piani presentavano anche una gestione finanziaria caratterizzata da consistenti debiti sanitari (gran parte dei quali collocati sui mercati finanziari) e soggetti a condizioni particolarmente onerose, si è reso necessario prevedere un'anticipazione di liquidità da parte dello Stato (pari a 9.100 milioni di euro) per l'estinzione anticipata di tali debiti. Le Regioni dovranno rimborsare in 30 anni allo Stato le risorse ricevute.

⁹ S. Neri, *Italia. La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario*, in «La rivista delle politiche sociali», n. 3, 2008, pp. 97-114.

¹⁰ Il «patto per la salute», siglato nel settembre 2006 tra il governo Prodi e le Regioni, ha colmato il disavanzo sanitario che si era creato tra il 2000 e il 2006, combinando un adeguamento *ex ante* delle risorse a disposizione del Ssn

con un insieme di misure di riduzione della spesa e soprattutto con un rafforzamento dei vincoli di bilancio regionali in termini di copertura di spese non programmate e automatismi fiscali a carico delle regioni. Ha separato, inoltre, i problemi di finanziamento ordinario del sistema, da ancorare al prodotto interno lordo (Pil), dalla questione del finanziamento specifico dei disavanzi delle regioni in difficoltà, cui è stato destinato un fondo transitorio triennale di sostegno condizionato all'adozione di Piani di rientro.

¹¹ Su questo punto e sulle ragioni che rendono alquanto complicato calcolare il costo standard si rimanda al Dossier Nens, *Dottrina e prassi di un federalismo consapevole*, novembre 2008, disponibile al sito Internet: www.nens.it.

¹² Monitor Biomedico, *Il valore della prossimità nella sanità del futuro*, realizzato dal Forum per la ricerca biomedica e dal Censis, 2006.

¹³ L'attività dei chirurghi che operavano solamente per far lievitare l'entità dei rimborsi (e di conseguenza anche i loro stipendi) è stata interrotta da un'operazione della guardia di finanza che ha portato in carcere i responsabili amministrativi e sanitari dell'ospedale privato. In tutto 14 persone accusate a vario titolo di truffa aggravata e falso in atto pubblico e perfino, nel caso dell'ex-primario Pier Paolo Brega Massone e del suo assistente, Pietro Fabio Precicci, di lesioni gravissime e omicidio volontario «aggravato dalla particolare crudeltà».

¹⁴ Relazione del procuratore generale della Corte dei conti, Furio Pasqualucci, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2008 che si è svolta il 5 febbraio 2008 a Roma.

¹⁵ Relazione annuale sull'«'ndrangheta» redatta dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno della criminalità organizzata mafiosa o similare, approvata all'unanimità dalla stessa Commissione nella seduta del 19 febbraio 2008.

¹⁶ Durante l'epoca di Tangentopoli, uno degli scandali principali è stato quello che nel 1993 ha coinvolto l'ex-ministro della sanità Francesco De Lorenzo, condannato in Cassazione per tangenti per circa nove miliardi di vecchie lire ottenute da industriali farmaceutici dal 1989 al 1992, durante il suo ministero. Nel maggio 1997, a Milano, una serie di arresti ha fatto scoppiare invece lo scandalo legato alla gestione del Centro di medicina nucleare del professor Giuseppe Poggi Longostrevi. Molte prestazioni non erano mai state eseguite e in molti casi alle prescrizioni erano stati aggiunti altri esami per far lievitare i rimborsi del Ssn. Inoltre gli esami più costosi, in molti casi, non erano neppure necessari.

¹⁷ Forum per la ricerca biomedica, *Cittadini e sanità, Le opinioni degli italiani sulle istituzioni e le performance del Servizio sanitario: 2002-2006*, Roma, Censis, 2007.

¹⁸ F. Poletti, «La Stampa», 23 gennaio 2008.

¹⁹ L'inchiesta de «Il Sole-24 Ore Sanità» ha preso in considerazione tutti i direttori generali delle 279 aziende sanitarie (ovvero sia locali che ospedaliere) esistenti alla fine del 2007 ed è risalita ai loro partiti di riferimento. La definizione di tecnici (quindi senza affiliazione partitica) per 3 direttori generali dipende dal fatto che governi di colore diverso hanno riconfermato lo stesso direttore generale, anche se alcuni direttori generali a cui è stata attribuita un'appartenenza partitica sono stati riconfermati dalla nuova giunta di diverso colore (3 di Forza Italia in Piemonte e 1 del Partito democratico in Lombardia). L'articolo non chiarisce quanto sia stato semplice, oppure in qualche modo «forzato», attribuire l'appartenenza politica che «non significa tuttavia avere una tes-

sera in tasca – quasi nessuno di loro ce l’ha – né dover amministrare secondo politica, ma solo rispecchiare [...] le idee del governo regionale [con] riferimento a partiti [...] che comunque sono pronti a garantire per lui [il direttore generale]». Al di là delle possibili forzature metodologiche il dato, soprattutto se associato a quelli sull’ampio uso dello *spoils system* con un forte ricambio dei direttori generali successivo alle elezioni, resta rilevante, come è evidenziato anche dalle reazioni preoccupate da parte del ministro e degli assessori regionali alla Salute.

²⁰ Intervento di Livia Turco al convegno Fiaso su «Il ruolo delle Aziende sanitarie nella costruzione della classe dirigente», 24 gennaio 2008.

²¹ M. Ferrera, *La partitocrazia della salute*, in M. Cotta e P. Isernia (a cura di), *Il gigante dai piedi di argilla*, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 20-40.

²² M. Ferrera, *La partitocrazia della salute*, cit., p. 35.

²³ Per spiegare la divaricazione tra linee di partito e politiche pubbliche Cotta e Isernia introducono una distinzione tra i tre piani su cui può essere condotta la competizione politica: quello delle metapolitiche, delle mesopolitiche e delle micropolitiche. Le prime si riferiscono alle scelte di policy cui sono associati i caratteri di fondo del regime politico e che, per questo motivo, vengono facilmente identificate con orientamenti a elevato contenuto ideologico. Le seconde corrispondono in sostanza a «ordinarie» innovazioni di policy; le terze ad aggiustamenti ai margini di programmi già esistenti che hanno spesso finalità particolaristiche. M. Cotta e P. Isernia (a cura di), *Il gigante dai piedi di argilla*, cit.