Il (quasi) flop dei Piani di rientro: un ulteriore problema per la sanità e per l'esordio del federalismo fiscale[1]

di
Ettore Jorio

Ho trovato interessante e positivamente provocatorio l'interrogativo posto all'esame della seconda sessione di lavoro dello VIII Convegno nazionale di diritto sanitario dedicato a "i piani di riqualificazione e rientro: strumenti eccezionali o modello anticipatore?"

Sarebbero potuti essere sia l'uno che l'altro, ovverosia strumenti eccezionali, quasi emergenziali, destinati a correggere la incredibile frequenza dei *deficit* correnti dei sistemi sanitari regionali e, in quanto tali, votati a costituire un modello anticipatore della più generale riforma utile ad impedire la prosecuzione delle insane gestioni della spesa della salute.

Ebbene, nulla di questo, in quanto non solo non sono riusciti a traguardare gli intenti del legislatore del 2004 (Finanziaria per il 2005 e di quelle successive), invero un po' intempestivo nel prevedere un tale genere di disciplina di risanamento e di tutela economica, bensì sono divenuti un ulteriore problema per la sanità nazionale e per l'economia del Paese. Ciò in quanto hanno fallito nella loro *mission* di riordinare i sistemi regionali, nell'ottica di uniformare il più possibile l'offerta dei Lea alla collettività nazionale, ovunque residente, e di omogeneizzare le regole comportamentali in atto, in termini di gestione della spesa e di corretta emersione dell'entità dei debiti pregressi, riferibili alle singole regioni.

Riguardo al debito consolidato, queste ultime si sono perlopiù limitate, infatti, a confermare quanto dalle medesime dichiarato ai Tavoli romani, spesso strumentalmente, ancorché rimanendo del tutto inconsapevoli della drammaticità di quanto negativamente patrimonializzato.

Quanto agli effetti reali prodotti, i "piani di rientro" stanno diventando sempre di più strumenti rafforzativi delle differenziazioni assistenziali rilevabili nelle diverse regioni, nonché affatto migliorativi della loro capacità di spesa e della loro produzione di prestazioni/servizi, quasi sempre riordinati solo sulla carta, quindi in via squisitamente teorica. Insomma, attraverso una pressoché indistinta applicazione della metodologia correttiva dei servizi sanitari regionali sottoposti ai piani di rientro - quasi esclusivamente intesa a tagliare costi e strutture a prescindere da tutto - si sta frantumando il sistema generale più di quanto già lo fosse per suo conto, con il risultato di creare sul territorio nazionale nuove e più sensibili diversità assistenziali, tanto rilevanti da determinare notevoli difformità nell'esigibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini.

[1] Il presente articolo costituisce una anticipazione degli atti dell'*VIII Convegno nazionale di diritto sanitario*, svoltosi in Alessandria il 19 novembre 2010, organizzato dall'Università del Piemonte orientale e dall'Agenas.

Ha scritto bene Giuliano Amato su IlSole24Ore del 14 novembre scorso, nell'anticipare il contenuto del "Rapporto 2010" della associazione *Italiadecide*, dedicata alla tutela del nuovo modo di concepire l'unità nazionale, attraverso la salvaguardia delle reti territoriali. E' da condividersi pienamente il suo monito, di sottolineare che l'unità e la crescita del sistema Paese non può prescindere dalla individuazione di regole generali uniformi, che assicurino altrettante uniformi prestazioni e/o servizi garantiti sull'intero territorio nazionale, a mente del novellato art. 117 della Costituzione. Un obiettivo complesso, ma indiscutibile, che male si concilia con gli strumenti in atto di governo e di riordino della spesa, in quanto non affatto coordinati tra loro e, dunque, funzionali a dividere sempre di più ciò che invece bisognerebbe unire, soprattutto in termini di esigibilità dei diritti di cittadinanza. Un *handicap* che inciderà negativamente anche nella doverosa ricerca della soluzione alle precarie economie pubbliche da esibire all'esame istituzionale di livello comunitario, reso sempre più complicato all'indomani degli accaduti che hanno coinvolto, per il momento, la Grecia e l'Irlanda e che, verosimilmente, riguarderanno il Portogallo e non solo.

In buona sostanza, occorrerebbe, diversamente da come si sta invece facendo, non lacerare le reti, non segmentarle più di quanto lo siano già per loro conto, prima fra tutte quella dell'assistenza sanitaria, bensì di consolidarle e renderle sempre di più monoliticamente efficienti. Un ambito assunto sotto tutela da *Italiadecide*, individuato nei temi assegnati ai gruppi di ricerca, prevedendone uno destinato allo studio della "Rete della sanità", affidato alle cure scientifiche di Massimo Luciani e Renato Balduzzi.

"Il piano di riqualificazione e rientro" nasce come strumento emergenziale e, dunque, eccezionale, voluto dal legislatore del 2004, allorquando ha approvato la Finanziaria per il 2005:

a) per fare ammenda della sua trascuratezza legislativa, che ha consentito, nell'ultimo decennio, il formarsi di un indebitamento caratteristico senza eguali e contribuito alla determinazione della debolezza del sistema dei controlli, divenuto responsabile, in tale senso, più o meno colpevolmente. Una debolezza, quest'ultima, che ha segnatamente inciso nella formazione del debito miliardario, rappresentando una delle maggiori precarietà dell'organizzazione istituzionale a più livelli, consentendo conduzioni dissennate della spesa, perché perlopiù impegnata a soddisfare gli interessi di una politica sempre più tutoria e, in quanto tale, protagonista indiscussa delle nomine del *management* preposto alla gestione della salute.

   In definitiva, in tutti questi anni si è avuto modo di assistere ad un vero fallimento della filiera dei controlli interni, formato da collegi sindacali poco puntuali nello svolgimento dei loro compiti professionali e dal circuito dei controlli sovraordinato, insediato a livello regionale e interministeriale, storicamente avvezzo a consentire tutto a tutti. Un risultato negativo, questo, ampiamente collaborato dalle scelte del legislatore di revisione costituzionale

del 2001 che, con l'inopportuna abrogazione degli articoli 124 e 130 della Carta, ha lasciato mano libera alle autonomie territoriali nel governo della spesa, soventemente affrontata in modo distorto e, quindi, oltre i limiti del consentito.

Allo stesso modo, il legislatore ha sensibilmente inciso, negativamente, nella determinazione precaria dei saldi debitori regionali, attraverso una inadeguata procedura di monitoraggio e controllo contabile, essenzialmente basata su una serie di innumerevoli modelli informatizzati (CE, SP, CP, SK, 000, 999) da gestire attraverso il NSIS. Un percorso francamente aleatorio, produttivo di un risultato che ha dimostrato, solo (molto) *ex post*, la ricorrente inattendibilità delle scritture contabili, periodiche e annuali, sul contenuto delle quali non si è avuto modo di registrare, in corso d'opera, significative contestazioni formali, da parte dei Tavoli verificatori, se non nei casi di plateale difformità e/o palesi inverosimiglianze. Una metodologia, questa, che ha peraltro fornito la prova di evidenti incertezze esecutive. Basti pensare che le schede denominate "SK", destinate alla rilevazione dei componenti straordinari appostati nei conti economici delle aziende della salute - più esattamente quelle riservate a contabilizzare le "insussistenze attive E0091" e le "insussistenze passive E0081" - hanno contenuto per anni (e ancora contengono) delle indicazioni errate e particolarmente influenti nella generazione dei saldi economici. Tali schede prevedevano (e prevedono), infatti, l'esatto contrario di quanto prescritto dai più generali principi contabili e, quindi, riportato nello stesso manuale operativo del Progetto Mattoni. In buona sostanza, alle fattispecie di "inesigibilità di crediti", "furto" e "danno subito per distruzione di un fabbricato" viene attribuita (ahinoi!) la qualifica di insussistenza attiva, e non già, come si dovrebbe, di insussistenza passiva. La medesima cosa è accaduta (e accade), per altro verso, con la descrizione "insussistenze passive", nella quale emergono tipologie altrettanto inesatte, perché rappresentative - di contro - delle "insussistenze attive" (del tipo: "prescrizione di un debito", e/o "riduzione di debiti relativi all'anno precedente"). Insomma una bella e colpevole confusione, dal momento che vengono irresponsabilmente scambiati i componenti straordinari positivi di reddito con quelli negativi, tanto da ingenerare un *caos* tra proventi e oneri;

b) per arginare il dilagare dei disavanzi correnti dei sistemi sanitari regionali, esponenzialmente crescenti ed emersi esclusivamente a seguito delle autodenunce delle stesse regioni, palesatesi una volta raggiunta l'insopportabilità della loro capitalizzazione in negativo che, con i naturali e conseguenti oneri finanziari, ha di fatto impedito la copertura delle spese correnti più essenziali, arrivando a riguardare persino gli stipendi dovuti al personale dipendente.

Conseguentemente, il cosiddetto piano di rientro:

- cresce, insediandosi nell'ordinamento, come strumento emergenziale e modello anticipatore, secondo la lettera del comma 180 dell'unico articolo di cui si componeva l'anzidetta legge n. 311/04 (Finanziaria 2005), che lo ha

introdotto definendolo "programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento" dei servizi sanitari regionali coinvolti;
- arriva, però, ad "emanciparsi" tanto radicalmente da trasformarsi in qualcos'altro, in una sorta di manutenzione straordinaria dei servizi sanitari regionali, per nulla influente e incisiva nella bonifica dei conti economici e nel conseguente ripiano del disavanzo.

Riassumendo, esso è divenuto, con il rincorrersi delle vicissitudini che hanno ulteriormente compromesso i diversi sistemi regionali impegnati, caratterizzatisi dalla progressiva emersione dei disastri economico-patrimoniali accumulati, una soluzione molto blanda e per lo più apparente. In buona sostanza, un tale strumento si è reso, per tutti questi anni, esclusivamente funzionale (fatte le dovute eccezioni della Sardegna e della Liguria) alla riparazione di qualche guasto organizzativo, causato dalla prevalente assistenza eccessivamente ospedalocentrica. Una "riparazione", questa, solo da ultimo ben collaborata dall'Agenas, che si è resa protagonista e, quindi, garante dell'introduzione di elementi progettuali rinnovatori, sotto il profilo della razionalizzazione dei sistemi assistiti e su quelli della programmazione unitaria e dell'uniformità degli obiettivi da conseguire.

Dunque, un risultato molto parziale, dal momento che ha disatteso la sua missione, sotto il profilo del risanamento, fatta eccezione, pare, per la Sicilia.

Lo ha detto Giulio Tremonti, più precisamente, negli "Approfondimenti tecnici" della relazione al Governo del 30 giugno 2010, alla cui redazione ho direttamente collaborato, in qualità di esperto Copaff. Lo ha sottolineato a chiare lettere la Corte dei Conti, delle quali analisi critiche e dei quali moniti, tuttavia, nessuno è sembrato ancora preoccuparsi, continuando a perpetrare i vecchi vizi ("passività formate a livello alluvionale", Giudice dei Conti *dixit*, delibera 22/2009/G della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato) e trascurando di realizzare le nuove occorrenti virtù organizzative e moralizzatrici. Un giudizio severo, quello del Magistrato contabile che, in diverse occasioni e nello svolgimento delle sue diverse prerogative istituzionali, ha stigmatizzato i *flop* dei piani di rientro in atto, pervenendo ad eccepire testualmente "che nei piani di rientro ufficiali la stima delle situazioni debitorie delle Regioni dissestate presenta molti elementi di incertezza, sia per le tecniche utilizzate ma, soprattutto, per l'incapacità complessiva di riferirsi a contesti certi e determinati" (delibera n. 17 del 4 agosto 2010 della Sezione delle Autonomie).

Ad un siffatto risultato negativo, di non conseguimento dei naturali obiettivi scanditi dal legislatore che li ha istituiti, ha certamente contribuito la loro sopravvenuta natura bicefala, emersa man mano che è venuto a delinearsi il debito pregresso per anni colpevolmente sottaciuto da una moltitudine di regioni operanti nel centro-sud del Paese (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia ….. e non finirà qui, anche in termini di emersione delle reali entità!) e non accertato, altrettanto colpevolmente, dalla filiera dei controlli, a diverso titolo coinvolta.

I piani di rientro sono stati, infatti, via via adattati a due diverse esigenze necessariamente connesse:

- ad intervenire a copertura del solo disavanzo corrente, prodotto dalle regioni coinvolte nell'iniziativa riparatrice e ad individuare le indispensabili modifiche strutturali finalizzate a che l'anzidetto fenomeno economico negativo non venisse a ripetersi, il tutto da doversi realizzare a seguito di un accorto processo ricognitivo delle originarie cause generatrici dell'entità del *default* economico, di cui non sembra esserci traccia ovunque;
- ad interessarsi, successivamente, anche del debito pregresso, quasi sempre miliardario, della cui portata non vi è stata per troppo tempo contezza, nonostante i massicci e dispendiosi affiancamenti, risultati pressoché inutili allo scopo e, quindi, all'interesse collettivo.

Così facendo da strumento "terapeutico" della gestione corrente e di ripiano del relativo disavanzo annualmente prodotto, da perfezionarsi nel triennio successivo, anche a cura delle risorse "laiche" (*rectius*, ordinarie) dei bilanci delle regioni ad esso sottoposte, è divenuto uno strumento più complesso, finalizzato a pianificare il rientro dal debito pregresso. Una missione collaborata dalle agevolazioni, per un totale di 12,1 miliardi di euro, concesse a diverso titolo (3 miliardi di contributi "a fondo perduto" e 9,1 miliardi di mutui trentennali) dallo Stato alla quasi totalità delle regioni economicamente compromesse.

Considerati i risultati prodotti, eccepibili sotto diversi profili, è bene precisare che il "piano di rientro" è divenuto non solo la prova conclamata di un insuccesso, ma soprattutto il sintomo di come vi sia bisogno di cambiare le regole. Certamente, quelle dei controlli, ma forse anche dell'intero sistema sanitario.

Quello dei controlli in quanto ha troppo tollerato negli anni la dispersione di risorse miliardarie a cura di un *management* irriducibilmente inadeguato, resosi sempre di più la *longa manus* acritica della politica dominante.

Quello dell'intero sistema perché imperniato su una gestione di tipo aziendalistico del tutto disatteso, perché così codificato ma rimasto tale solo sulla carta.

Quanto ai contenuti specifici, "i piani di rientro" presentano dei limiti tanto gravi da compromettere il risultato atteso dal legislatore, ma soprattutto preteso dall'ineludibile esigenza pubblica di rifondare una rete assistenziale degna di questo nome, garante dell'esigibilità dei livelli essenziali di assistenza, costituzionalmente sanciti.

Risultano essere, infatti:

- stati redatti al solo scopo strumentale di superare l'esame dei Tavoli interministeriali, impropriamente assorti e consolidatisi nel tempo quali organismi dominanti sull'intero percorso di riordino e di risanamento;
- l'uno la fotocopia dell'altro, ove vengono imposte soluzioni standardizzate alle diverse realtà geografiche. Ciò in quanto predisposti per risultare rispettosi dei soli parametri numerici di rientro, rimessi esclusivamente all'osservanza, ancorché differita, del rapporto ottimale posti letto/residenti. Una finalità

progettuale - ideologicamente rispettabile ma spesso decisa senza alcuna conoscenza dei bisogni "specializzati" e, quindi, reali dei territori di riferimento, da doversi rilevare al lordo delle loro componenti caratteristiche, quale fedele espressione delle loro esigenze salutari - perseguita senza offrire qualificati spazi all'assistenza territoriale e a quella integrata. In quanto tale, divenuto spesso strumento molto ipotetico, proponente di chiusure indiscriminate di stabilimenti ospedalieri a fronte di attivazioni squisitamente nominalistiche di servizi prestazionali alternativi, con il rischio di assottigliare la portata dell'assistenza ai cittadini.

In una, i ripetuti piani di rientro non hanno finora conseguito il benché minimo risultato in termini di miglioramento assistenziale, perché progettati sulla generalizzazione dei presupposti e delle regole necessarie ad imporre la trasformazione *in melius* dei servizi sanitari regionali impegnati. Il tutto, appesantito dall'aggravante di compartecipare alla disgregazione delle reti e, con questo, di incentivare, più di quanto lo sia, l'emigrazione sanitaria dei meridionali soprattutto verso il nord del Paese, sintomo sociale dell'insofferenza verso il loro sistema assistenziale e, conseguentemente, fenomeno di obiettivo incremento del disavanzo sotto la forma della mobilità passiva da sopportare.

Quanto ai numeri fino ad oggi prodotti, tutti i piani disattendono la soluzione dello *stock* del debito pregresso. Quella componente debitoria che costituirà, di contro, l'elemento del fallimento del sistema, direttamente incidente sul fronte domestico e, successivamente, su quello comunitario.

Una tale situazione di debolezza strutturale fa supporre un verosimile pericolo di tenuta del sistema, nei confronti del quale occorrerebbe porre qualche argine di carattere normativo - peraltro recentemente stigmatizzato da una attenta dottrina (Claudio Siciliotti) - tenendo conto *in primis* del cosiddetto federalismo fiscale oramai in dirittura di arrivo.

Ciò in quanto, tale indebitamento consolidato, dalle inaccettabili dimensioni (circa 48 miliardi per la Corte dei Conti), genera costi correnti per oneri finanziari per centinaia di milioni di euro, oramai divenuti insopportabili per il sistema della salute, già di per sé indebolito dalle sue brutte abitudini e non affatto legislativamente reattivo sul piano delle indispensabili riforme strutturali, tanto da comprometterne il risultato di gestione annuale.

Fatte queste considerazioni, ritengo formulare alcune possibili soluzioni, nel tentativo di stimolare la ricerca in tal senso.

Preliminarmente, per come puntualmente affermato da una autorevole dottrina specialistica (Giorgio Macciotta), bisognerebbe pervenire alla individuazione reale del debito pregresso di tutto il sistema sanitario aggregato. Un obiettivo perseguibile solo attraverso l'istituzione di un percorso finalizzato a rendicontarlo a cura di una autorità pubblica di certificazione. Ciò non solo riguardo al debito emerso ma anche in riferimento a quello fino ad oggi non palesatosi ovvero sottaciuto, più o meno

consapevolmente, individuando anche quella parte del debito spesso colpevolmente trascurato (per esempio: l'enorme contenzioso giudiziario, ovunque, non valorizzato; la monetizzazione del debito attualizzato per aggravio di interessi moratori, recentemente codificati dall'UE in una apposita direttiva nell'ordine dell'8% in ragione di anno; la porzione del debito impropriamente rettificata in spregio al criterio di competenza, uno *escamotage* che ha consentito in alcune regioni di defalcare dal saldo finanziario netto i crediti per premialità annue non godute, nonostante già calcolate per determinare l'anzidetto saldo a titolo di componente positiva; eccetera).

Esaurita una tale fase ricognitiva, eventualmente collaborata dalle massime espressioni di garanzia del Paese (per esempio: ad opera di procuratori generali della Corte dei Conti in regime di quiescenza, quali componenti essenziali degli organismi, cui deputare un siffatto importante compito), si potrebbe agenzificare il rientro. Un opzione che consentirebbe il conseguimento dello scopo delegandolo strumentalmente ad una apposita Agenzia che si rendesse garante della trasparenza, della convenienza e della correttezza dell'intero percorso.

Entrambe le soluzioni potrebbero contribuire a mettere la parola fine all'indebitamento consolidato (da dovere risolvere attraverso una perequazione straordinaria, funzionale, pertanto, al buon esito del federalismo fiscale) e il preambolo per una possibile agenzificazione definitiva del sistema sanitario nazionale.

L'agenzificazione, dunque, come strumento provvisorio e definitivo per migliorare l'ordinario, introducendo una rinnovata capacità del sistema dei controlli.

Un modo, questo, per separare i problemi di ieri dalle soluzioni di domani, consentendo alle gestioni correnti di essere:

- rispettose della programmazione nazionale garante della funzionalità esistenziale della relativa rete assistenziale;
- massimamente collaborative dell'esordio della riforma della finanza pubblica e del sistema tributario, pretesa dalla novellata Costituzione e insediata nell'ordinamento dalla legge di delegazione n. 42/09.

Trascurando ciò, nessun federalismo fiscale sarà possibile, per la conclamata incapienza dei costi *standard* a potere fare tutto (vecchio e nuovo), anche perché non affatto destinabili a pagamenti dell'arretrato consolidato.

Lo vieta la Costituzione!