

FEDERALISMO FISCALE E RIFORMA *QUATER* DELLA SANITA': UN BINOMIO INDISSOLUBILE

di *Ettore Jorio*

Il buon esito del cosiddetto federalismo fiscale - oramai alle porte con quattro decreti attuativi, di cui uno già in vigore e tre pressoché definitivi (rispettivamente, federalismo demaniale, ordinamento di Roma Capitale, fabbisogni *standard* di comuni e province ed autonomia impositiva dei comuni, impropriamente denominato federalismo municipale, di cui gli ultimi tre al vaglio della Commissione bicamerale parlamentare per l'acquisizione dell'apposito parere), e tre in dirittura d'arrivo entro il corrente mese (autonomia impositiva delle province, costi *standard* e, infine, finanza e autonomia tributaria delle regioni) - esige dei radicali cambiamenti nel modo di concepire la pubblica amministrazione *sub*-statale e di erogare le prestazioni e i servizi, soprattutto di quelli essenziali e fondamentali.

L'ambito applicativo, nel quale esso dovrà massimamente misurare il suo corretto concepimento, nonché la sua adeguatezza attuativa, è certamente quello che riguarda la sanità, oltre che il buon funzionamento degli enti locali. Il suo positivo avvio presuppone, quindi, l'ottimizzazione del governo della spesa sanitaria, fino ad oggi tanto dissennato da avere creato, in particolar modo in alcune regioni del centro-sud, un debito impagato di entità plurimiliardaria. Un debito verso fornitori, *lato sensu*, iperdimensionato che, secondo la Sezione Autonomie della Corte dei Conti, ammonterebbe - a tutto il 31 dicembre 2008 e al lordo dei mutui, delle cartolarizzazioni e simili, nonché di ogni altra tipologia d'indebitamento - a 47 Mld di euro, di cui 42 Mld rendicontati per le regioni a statuto ordinario e circa 5 Mld per quelle a statuto speciale¹. Una griglia molto curata dal Giudice contabile - quella rappresentata (a pag. 343)² nella relazione sulla gestione finanziaria delle

¹ Antonini L., editoriale, Panorama, n. 36, 2010.

²

TAB.7 SA

INDEBITAMENTO TOTALE ENTI SSN

(importi in migliaia di euro)

RSO. (1)	ASL + AZIENDE OSPEDALIERE + AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE + IRCCS								
	2005	2006	Var. %	2007	Var. %	2008	Var. %	2009 (5)	Var. %
PIEMONTE	2.940.708	3.696.164	25,69	3.919.491	6,04	4.118.601	5,08	4.166.278	1,16
LOMBARDIA	5.198.656	5.468.887	5,20	4.806.578	-12,11	4.120.946	-14,26	3.939.404	-4,41
VENETO	3.456.581	3.683.256	6,56	3.396.754	-7,78	3.217.930	-5,26	3.613.396	12,29
LIGURIA	1.168.933	1.213.575	3,82	1.089.314	-10,24	974.012	-10,58		
E. ROMAGNA	3.954.889	4.691.308	18,62	4.425.416	-5,67	4.389.946	-0,80	4.557.871	3,83
TOSCANA	2.768.379	2.515.684	-9,13	2.456.523	-2,35	2.482.197	1,05	3.078.574	24,03
UMBRIA	425.843	423.617	-0,52	353.868	-16,47	324.372	-8,34	369.076	13,78
MARCHE	930.443	1.152.200	23,83	801.048	-30,48	680.570	-15,04	625.184	-8,14
LAZIO	11.468.927	13.617.511	18,73	13.728.787	0,82	8.938.682	-34,89		
ABRUZZO	2.061.150	2.040.811	-0,99	2.073.695	1,61	1.720.473	-17,03		
MOLISE	395.510	190.034	-51,95	369.367	94,37	349.652	-5,34	380.270	8,76
CAMPANIA	8.017.954	9.238.433	15,22	7.350.641	-20,43	6.846.319	-6,86	7.950.595	16,13
PUGLIA	1.737.165	1.952.574	12,40	2.193.830	12,36	2.602.065	18,61	2.752.453	5,78
BASILICATA	207.823	231.028	11,17	212.146	-8,17	236.919	11,68	197.341	-16,71
CALABRIA (6)	1.703.141	1.804.737	5,97	2.014.283	11,61	1.637.449	-18,71		
TOTALE RSO	46.436.102	51.919.819	11,81	49.191.741	-5,25	42.640.133	-13,32		
Totale al netto dei debiti verso az. san. extra reg.				49.010.427		42.449.788	-13,39		
RSS (2)	2005	2006	Var. %	2007	Var. %	2008	Var. %	2009 (5)	Var. %
VALLE D'AOSTA				45.846		56.722	23,72	56.614	-0,19
P. A. BOLZANO		177.861		193.026	8,53	200.288	3,76	227.486	13,58
P. A. TRENTO				100.581		94.521	-6,02	90.774	-3,96
FRIULI V. G. (3)				515.339		340.114	-21,57	366.915	-8,86
SICILIA (4)				4.925.457		3.770.496	-23,45	4.023.869	6,72
SARDEGNA				837.931		712.156	-15,01	968.509	36,00
TOTALE RSS /Prov. Aut.				6.618.180		5.174.297	-20,85	5.734.167	9,5
Totale al netto dei debiti verso az. san. eExtra reg.				6.374.671		4.744.055	-25,58	5.574.380	17,50
Totale Nazionale				55.809.921		47.814.430	-14,33		
Tot. Naz.le al netto debiti verso az. san. extra reg.				55.385.098		47.193.843	-14,79		

(1)Fonte:Uffici Regionali Settore Sanita - (2) Fonte: Sezioni reg. di contr.; Uffici ed Enti delle Reg/P.A.

(3)Nota:Per il Friuli V.G. - solo es. 2007- i dati comprendono i debiti degli Enti ausiliari regionali, Agenzia reg. Salute e della Centrale della committenza Centro Servizi Condivisi.

(4) (5) Nota: I dati della Sicilia 2009 sono quelli definitivi risultanti alla data del 31 agosto. Per le altre Regioni i dati sono riferiti all'intero esercizio 2009, ma provvisori.

(6) Non comprende i dati dell'ASP di Reggio Calabria al 31.12.2008 per mancata adozione del bilancio d'esercizio da parte dell'Azienda

E. Jorio – Federalismo fiscale e riforma *quater* della sanità: un binomio indissolubile

regioni degli esercizi 2008-2009, approvata con la deliberazione n. 17/SEZ.AUT/2010/REG del 4 agosto appena trascorso - che mette nel giusto risalto il progressivo indebitamento del Servizio sanitario nazionale. Un fenomeno, questo, oramai stabilizzato che, proprio per la sua inarrestabilità, contrasta apertamente con la logica ispiratrice del federalismo fiscale che pretende il corretto e costante equilibrio economico nella gestione della cosa pubblica *sub*-statale, pena la chiamata in causa dei cittadini, ovverosia il diretto ricorso alle loro risorse finanziarie private per compensare la maggiore spesa prodotta dai loro rappresentanti, direttamente e/o indirettamente.

Vi è, dunque, la necessità di rivedere le regole fondamentali statali che disciplinano il Servizio sanitario nazionale e, con questo, gli impianti normativi di dettaglio, di stretta competenza delle regioni, funzionali a migliorare la loro capacità organizzativa e di governo della spesa relativa. Insomma, occorre un processo di bonifica dei comportamenti abituali della pubblica amministrazione salutare, sì da realizzare un circuito virtuoso ed efficace, strumentale a fare emergere, altresì, le responsabilità politico-organizzative dei rappresentanti eletti - direttamente incidenti nella gestione complessiva dell'ente cui i medesimi sono politicamente preposti - al fine di comminare severe sanzioni a carico di chi si renderà colpevolmente inadempiente nei confronti dei più generali principi della buona amministrazione. Il passaggio dal criterio di finanziamento basato sulla spesa storica a quello fondato sui costi *standard* lo imporrà.

Un tale obiettivo sarà di difficile conseguimento senza l'apporto di una politica intraprendente e "coraggiosa", pronta a sopportare i costi che ne deriveranno, soprattutto in termini di acquisizione e/o mantenimento del consenso. Questo, infatti, potrebbe rappresentare il "pericolo" più verosimile e, quindi, più temuto dalla politica, che andrebbe a rendersi protagonista di una tale scelta, in quanto scontenterebbe - da una parte - i rappresentanti regionali eletti, resisi responsabili e, in quanto tali, sanzionati ed espulsi, e - dall'altra - determinerebbe una sensibile riduzione delle risorse disponibili da destinare alla soddisfazione della domanda collettiva. Risorse che - se non dovessero risultare, a consuntivo, sufficienti alla copertura delle prestazioni da dovere erogare nei singoli ambiti regionali - dovranno essere integrate attraverso consistenti prelievi fiscali aggiuntivi a carico dei rispettivi cittadini. Questi ultimi, attesa l'impossibilità legislativa del tradizionale intervento riparatore dello Stato, saranno invero chiamati a coprire i maggiori costi derivanti dalle gestioni non virtuose assicurate dai loro amministratori, dimostratisi incapaci di garantire il contenimento e l'ottimizzazione della spesa relativa.

I risultati di una tale opzione "ideologica" sarebbero, pertanto, apprezzati dal grande pubblico dopo qualche anno e non già in tempo utile alla politica che l'assume. Ciò accadrà allorquando il neo-introdotta sistema sanitario tragarnerà i migliori risultati di servizio e sarà governato da una classe dirigente all'altezza dei suoi compiti istituzionali. Con questo, a godere dei risultati favorevoli complessivi di una riforma programmata in tal senso sarebbero le generazioni future, sia in termini di elettorato attivo che passivo.

A ben vedere, occorre una più generale riforma del sistema di generazione e produzione delle prestazioni e dei servizi, ma soprattutto una mutazione cosciente e responsabile del modo di concepire la politica che, in quanto tale, imporrà ai suoi diretti rappresentanti, che andranno ad assumere la paternità dell'iniziativa, un consistente sacrificio in termini di quasi certa mancata riconferma elettorale. Ciò dipenderà, ovviamente, dalla bravura dei proponenti la riforma e di coloro i quali saranno impegnati ad attuarla (Barack H. Obama, *docet*).

Un simile progetto politico, ambizioso e difficile ma indispensabile, comporterà la riscrittura delle regole vigenti, da realizzare mediante l'approvazione della riforma *quater*, l'ultima. Essa dovrebbe essere pensata e scritta tenendo conto del novellato quadro costituzionale intervenuto a seguito della revisione del 2001, in modo tale da prevedere schemi gestionali che vadano oltre quelli attuali, fondati su una conduzione di tipo aziendale molto ipotetico, dal momento che la stessa risulta

E. Jorio – Federalismo fiscale e riforma *quater* della sanità: un binomio indissolubile

esclusivamente, ovunque, il prodotto delle decisioni della politica, esercitate attraverso *manager* sempre di più espressione di se stessa e dei suoi interessi.

Insomma, occorrerebbe una iniziativa legislativa che vada a riparare i difetti storici che hanno impedito al Servizio sanitario nazionale il suo decollo dal 1978 (anno in cui è stata approvata la grande riforma del sistema della salute), rappresentati, ancorché in presenza di criteri e principi che tutto il mondo ci invidia: da una gestione complessiva esercitata all'insegna della incertezza economica-finanziaria, che ha consentito di spendere quanto e come si è voluto a discapito, comunque, del servizio; dall'occupazione costante della politica nell'individuazione degli incarichi in senso lato; dall'assenza di maganerialità dei preposti a qualunque titolo; dalla presenza, infine, di regole e controlli, anche centrali, facilmente eludibili perché validi solo sulla carta (e neppure sempre)³.

All'ingombrante presenza dei numerosi rappresentanti comunali che affollavano i comitati di gestione di vecchia memoria (legge n. 833/78, istitutiva del SSN) e, in quanto tali, imponevano pregiudizievoli immobilismi gestionali, ha fatto seguito, a cominciare dal 1992 (d.lgs. n. 502, modificato e integrato, principalmente, dal d.lgs. n. 517/93 e dal d.lgs. 229/99), l'introduzione a regime di un aziendalismo teorico, solo nominalistico, supponendo che la sua semplice previsione normativa assicurasse la soluzione dei problemi di sempre. Con la siffatta riforma veniva riscritto il nuovo sistema che introduceva la nuova metodologia di gestione imprenditoriale della pubblica amministrazione sanitaria, senza la necessaria consapevolezza di ciò che sarebbe risultato indispensabile per far sì che le cose funzionassero meglio, a cominciare dagli "imprenditori" (*rectius*, dai direttori generali, titolari di "tutti i poteri di gestione") cui averla dovuto affidare, ma anche senza la necessaria sufficienza economica, indispensabile per garantire i servizi e gli investimenti utili per rinnovare le strutture e le apparecchiature obsolete ereditate dal vecchio sistema, nonché per dotarsi delle tecnologie di ultima generazione. Con tutto questo, accentuato negativamente da un processo di eccessivo e (forse) immaturo sviluppo delle competenze regionali - determinato da una iniziale incapacità delle regioni ad assumere e svolgere puntualmente i loro compiti, soprattutto legislativi, ma anche di governo reale della spesa salutare - ci si è trovati a constatare il definitivo smantellamento dell'organizzazione residuale della trascorsa gestione statale, prima, e di quella assicurata, quasi per forza d'inerzia intermediata dalle Saub, dalle Unità sanitarie locali che avevano, comunque, garantito una assistenza efficace, soprattutto nelle periferie urbane - utilizzando in proposito anche ciò che rimaneva strutturalmente dalla disciolte mutue -, nonostante la diffusa incapacità delle regioni a sostituirsi efficientemente in siffatta attività di governo e di gestione della salute dei propri cittadini. L'abrogazione del sistema dei controlli preventivi di legittimità ha fatto il resto, causando quelle libertà eccessive nella gestione della spesa alle quali si cerca di rimediare, molto frequentemente, con gli attuali piani di rientro.

Oggi più che mai è il momento delle scelte, anche difficili e impopolari. Ciò che occorre è ricercare ed elaborare regole certe che introducano nuovi elementi di programmazione "multilivello" e strumenti gestori cui affidare le sorti della erogazione concreta dell'assistenza sanitaria nel Paese, in stretta relazione con quanto sancito dalla disciplina attuativa del novellato art. 119 della Costituzione e, quindi, dal neo-introdotta federalismo fiscale. Quest'ultimo, infatti, attraverso un apposito decreto legislativo attuativo, di imminente emanazione, andrà a definire le nuove modalità di finanziamento del sistema della salute attraverso i costi *standard* e, quindi, a prevedere rinnovati strumenti di verifica e controllo dell'operato delle regioni e delle aziende della salute (per esempio, l'inventario delle consistenze, da doversi redigere a cura dei presidenti delle regioni, ma anche dei *manager*, sei mesi prima della scadenza del loro mandato), nonché ad introdurre un sistema sanzionatorio certo e rigoroso a carico degli inadempienti, imperniato sul cosiddetto fallimento politico⁴.

³ Jorio E., *Il riordino della sanità sarà la sfida dei nuovi governatori*, ivi, n. 7, 2010.

⁴ Jorio E., *Uno strumento per i costi standard a tutela dell'estinzione del debito pregresso delle regioni*, ivi, n. 14, 2010 e *Il federalismo fiscale: i contenuti della relazione Tremonti*, www.federalismi.it, n. 14, 2010.

E. Jorio – Federalismo fiscale e riforma *quater* della sanità: un binomio indissolubile

A fronte di tutto questo risulterà, dunque, inadeguata l'attuale organizzazione, non certamente rispondente ai canoni di certezza gestionale che le regole del federalismo fiscale esigono a garanzia della quantità e qualità delle prestazioni socio-sanitarie da assicurare uniformemente alla collettività nazionale, a mente dell'art. 117, comma 2, lettera *m*), della Costituzione.

Non sarà facile individuare una neo-formulazione del Servizio sanitario nazionale che assicuri quanto necessario, mantenendo integro il presupposto gestorio esclusivamente pubblico e stabilisca le attuali condizioni giuridico-economiche di assistenza, che assicurano oggi le prestazioni gratuite anche ai livelli di reddito elevati. Due condizioni inaccettabili per la nostra economia, afflitta dai disagi occupazionali e dalla costante diminuzione della ricchezza prodotta in genere, che mettono a dura prova il tesoro pubblico, tanto compromesso dal debito consolidato da minacciare un *default* del tipo quello che ha colpito recentemente la Grecia.

Si imporranno, quindi, scelte politiche difficili che vadano ad intaccare e, quindi, a discriminare l'esigibilità gratuita universale dei Lea. Ciò a garanzia della continuità assistenziale di qualità per i cittadini percettori di una redditività non elevata, senza la previsione a carico degli stessi di alcun onere compartecipativo (*ticket*).

Per riuscire in un simile intento, occorrerà verosimilmente far ricorso a metodologie organizzative di nuova generazione, di tipo squisitamente manageriale, che vadano ad assicurare una correttezza assoluta nella gestione del sistema sanitario complessivo, atteso che bisogna correggere radicalmente la sua vocazione a produrre, ovunque, gli oramai inevitabili disavanzi. Necessita, pertanto, che le istituzioni regionali si imprenditorializzino e, di guisa, procedano a varare, ciascuna per proprio conto, le indispensabili riforme strutturali, intese a ottimizzare il servizio nell'ottica degli oramai prossimi costi *standard*, i quali esigeranno la migliore produzione sanitaria (la cosiddetta *best practice*, giustamente pretesa dal ministro Fazio tra i fattori determinanti la monetizzazione degli anzidetti costi *standard*) al migliore prezzo (quello predeterminato, per l'appunto, a fronte del quale le regioni deboli godranno della perequazione al 100%).

Gli strumenti a disposizione per meglio ridisegnare l'organizzazione salutare sono tanti, alcuni dei quali mutuabili da omologhi esteri, europei e d'oltreoceano, ovvero dai rinnovati moduli gestionali attraverso i quali, ormai, vengono esercitati da tempo, in una logica decisamente privatistica, alcuni importanti servizi pubblici.

L'occasione di riformulazione normativa imporrebbe anche l'individuazione delle migliori condizioni legislative di principio per realizzare la corretta integrazione socio-assistenziale⁵, resa pure recentemente difficile a causa delle competenze legislative asimmetriche (concorrente Stato-regioni per sanità; esclusiva delle regioni per l'assistenza sociale). Un problema pratico che si acuirà ancora di più con l'applicazione della metodologia di finanziamento differenziato, ancorché garantito per entrambi i settori (sanità e assistenza) con la perequazione al 100%, prevista dalla legge di delegazione n. 42/09, introduttiva del cosiddetto federalismo fiscale, atteso che la stessa assegna la redistribuzione delle risorse solidali a due diversi livelli perequativi: fondo nazionale per la sanità (art. 9) e "regionale" per il sociale, quantomeno di quella parte dell'assistenza di competenza amministrativa dei comuni (art. 13).

A ben vedere, un siffatto processo riformatore non potrebbe compiutamente realizzarsi, nel senso di assicurare un sistema di prestazioni realmente integrate, se non attraverso un corretto stimolo delle regioni a legiferare in modo coordinato e coerente, specie nell'ambito dell'assistenza sociale, di loro esclusiva competenza.

⁵ **Gori C.**, *Asse stato-privati per gli anziani non autosufficienti*, IlSole24Ore, 22 agosto 2010, nel quale articolo l'autore fa riferimento al "Rapporto sulla non autosufficienza in Italia – 2010", elaborato dagli esperti del ministero del lavoro e delle politiche sociali, rintracciabile nell'apposito sito (www.lavoro.gov.it); **Dirindin N., Marchisio C. M.**, *Il Servizio sanitario nazionale: una sanità all'avanguardia, ma non (ancora) integrata con il settore sociale*, in **Balduzzi R.** (a cura di) *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bologna, 2009.

E. Jorio – Federalismo fiscale e riforma *quater* della sanità: un binomio indissolubile

Un tale sforzo di coordinamento istituzionale dovrà necessariamente essere affrontato anche per bandire le nuove brutte abitudini, assunte e consolidate da appena qualche anno in alcune regioni del centro nord, di fare sempre e comunque “impresa”, a discapito delle altrui povertà, anche laddove si interviene a tutela della esigibilità dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. Un modo di procedere, quello appena raccomandato, indispensabile per eliminare ogni cinico velleitarismo concorrenziale da opporre alle regioni finitime, ma anche a quelle più diseredate del sud del Paese, per catturare i loro cittadini residenti, considerati nell’ottica di clienti/utenti e, in quanto tali, portatori di quella ricchezza produttiva da vedersi retribuita attraverso la mobilità attiva a discapito di quelle realtà regionali gravate da quella passiva⁶. Un corrispettivo aggiuntivo, rispetto al finanziamento ordinario in godimento, che ritornerebbe utile, in regime di federalismo fiscale realizzato, alla regione che lo attrae nelle proprie casse e, viveversa, tanto pregiudizievole a quella che si troverebbe a sopportarlo sulle spalle dei propri costi *standard*, attraverso i quali dovere garantire l’assistenza sanitaria “interna”.

L’introdotta disciplina del cosiddetto federalismo fiscale male sopporta altresì - nel senso che prevede l’adozione di appositi provvedimenti legislativi delegati finalizzati a sanzionare pesantemente ogni distorsione che concretizza un danno economico - le brutte abitudini assunte dalle regioni nella gestione della sanità. Invero, questa risulta troppo spesso vilipesa dal clientelismo diffuso e dalla spesa sconsiderata, frequentemente indotta dalla delinquenza organizzata, presente oramai anche in veste imprenditoriale e, quindi, di fornitore del Ssn.

Tutto ciò ha comportato l’insediarsi a regime di un insieme di difetti comportamentali, molti dei quali funzionali a produrre, più o meno coscientemente, debiti miliardari che - seppure attenuati dalle facilitazioni governative (contributi per 3 Mld e mutui del 9,1 Mld) di cui hanno goduto alcune regioni, non solo del Mezzogiorno (Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Sicilia) che, beninteso, non hanno estinto i debiti pregressi ma li hanno semplicemente ammortizzati nel lunghissimo periodo, ovverosia in un trentennio, attraverso l’accensione di appositi mutui concessi loro ai sensi della Finanziaria per il 2008 (art. 2, comma 48) - hanno ridotto al lumicino il livello di assistenza reale.

Al riguardo, sono stati numerosi i tentativi di risanamento dei debiti accumulati, ma soprattutto quelli di contenimento dei costi relativi agli esercizi correnti, da sopportare per garantire i Lea alla collettività. Sono stati troppi i fallimenti registrati dai piani di rientro in atto (*rectius*, programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei relativi servizi sanitari regionali), per lo più fondati su ipotesi alquanto teoriche e condizionati ad eventi e/o realizzazioni spesso irragionevoli e inverosimili⁷. Di conseguenza, sono molte le aree geografiche del Paese ove la buona assistenza rimane una mera aspettativa, destinata a rimanere tale, a meno di un radicale cambiamento delle regole e di una revisione delle metodologie gestorie e di controllo.

E’ di tutta evidenza, quindi, che la sanità nel nostro Paese vive una situazione di precarietà generale che trova le sue principali cause ascrivibili a due fattori ben distinti:

- uno, direttamente riferibile all’obsolescenza del sistema e delle leggi che la disciplinano, relazionato alla improvvida abrogazione dei controlli preventivi di legittimità sugli atti amministrativi regionali⁸;
- l’altro, determinato dall’indebitamento eccessivo di molti servizi sanitari regionali, che non consente l’esercizio di una gestione economica corretta, perché appesantita oltre misura sul piano finanziario e, in quanto tale, impossibilitata a chiudere, ovunque, in pareggio.

⁶ Jorio E., *Rischia il boom il turismo sanitario*, IlSole24Ore-Sanità, n. 11, 2009.

⁷ Corte Conti – Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazione dello Stato, relazione sulla “Gestione delle risorse statali destinate alla riduzione strutturale del disavanzo del servizio sanitario nazionale”, approvata con la deliberazione n.22/2009/G del 6 ottobre 2009.

⁸ Gambino S., *Autonomie territoriali e riforme*, in Gambino S. (a cura di) *Regionalismi e Statuti. Le riforme in Spagna e Italia*, Milano, 2008.

E. Jorio – Federalismo fiscale e riforma *quater* della sanità: un binomio indissolubile

Quanto al primo elemento, è appena il caso di sottolineare che l'attuale disciplina del Servizio sanitario nazionale è recata dal vigente provvedimento legislativo quadro, oramai vecchio di quasi venti anni (1992), seppure ampiamente "riparato" dalla riforma *ter* del 1999 (d.lgs. n. 229), voluta per l'iniziativa meritoria dell'allora ministro Rosy Bindi.

Ad un tale limite di regolazione - che diventa maggiormente tale anche alla luce della revisionata lettera della Costituzione, intervenuta nel 2001, che comporterebbe quantomeno un qualche significativo aggiustamento dell'attuale disciplina - si è aggiunto il consolidarsi della brutta abitudine culturale di alcune collettività regionali di negoziare i propri diritti fondamentali piuttosto che pretenderli. Un uso errato delle regole - proprie delle democrazie fondate sul diritto - che, nel caso di quello riferito alla tutela della salute, realizza un grave *vulnus* alla Costituzione, dal momento che la stessa ne sancisce la pretesa tutelata, quanto ad esigibilità dei cosiddetti Lea, da potere rivendicare, anche giudizialmente, in lungo e in largo, nonché l'uniformità su tutto il territorio nazionale, quanto a portata quali-quantitativa delle prestazioni relative.

Un principio, questo, caduto da tempo in disuso in una parte ben identificata del sud, ove l'accesso alla prestazione sanitaria, anziché essere preteso come l'ordinario esercizio di un diritto ineludibile, viene (auto)degradato dai suoi stessi titolari (*rectius*, dagli utenti del Ssn) quasi "a grazia ricevuta", a causa di una contorta abitudine sociale di negoziare ogni loro indiscussa prerogativa. In buona sostanza, in alcune aree del Paese è dato constatare spesso, persino per il diritto alla salute, ciò che accade per altri diritti fondamentali - del tipo il lavoro e la tranquillità di esercitare una libera iniziativa imprenditoriale - ove il loro libero godimento, protetto dalla Costituzione, è consentito e "facilitato" solo attraverso l'intermediazione politica, ma anche da quella mafiosa. Insomma, è dato rinvenire nella sanità, intesa nel senso di organizzazione concretamente garante della tutela della salute, l'eccessiva occupazione della politica, e non solo nella fase di determinazione dei maggiori responsabili (esempio, direttori generali di asl/ao, dirigenti regionali, i già primari, eccetera) - che sono di suo completo e indiscriminato appannaggio - ma anche nella gestione quotidiana del relativo servizio. A tal proposito, è infatti riscontrabile una sua diretta intromissione nei processi di usufruibilità delle rispettive prestazioni, quasi a volere consolidare la logica dell'uso politico dell'offerta medica relativa, tanto da realizzare discriminazioni così gravi da ingenerare elementi di forte malessere per la sopravvivenza dei diritti di cittadinanza. Basti pensare a come vengono sistematicamente bypassati i cosiddetti Cup, ordinariamente garanti degli accessi ai posti letto ospedalieri e/o ai presidi tipici di cura e diagnosi per assicurarsi le prestazioni sanitarie occorrenti. Ciò avviene, naturalmente, in barba a quelle liste di attesa che rendono difficile la vita agli utenti più diseredati, perché non avvezzi a frequentare le segreterie ovvero a non potere contare su altre tipologie di mediatori, più o meno palesi, spesso impersonati da quegli operatori sanitari funzionalmente utili per godere indebitamente di più celeri scorciatoie.

Tutto questo pone, tuttavia, un problema di taglio culturale ben più serio, che comunque frapperà dei seri ostacoli all'esordio e all'esito positivo del federalismo fiscale, in termini di responsabilizzazione dell'elettorato attivo. Un problema che non può essere risolto solo con l'attuazione di una legge che, per quanto attrezzata e lungimirante possa essere, non sarà di per sé sufficiente a mutare i comportamenti umani di chi, per storia, ha vissuto da oppresso dalla povertà e dal fenomeno mafioso, nonché da danneggiato dalle proprie rappresentanze politiche, incapaci di offrire soluzioni decorose e di impedire lo sperpero del denaro pubblico, del quale fenomeno le stesse si sono rese molto spesso dirette protagoniste⁹. Occorrerà, di pari passo, che il sistema istituzionale, soprattutto *sub*-statale, si dia una mossa e che i cittadini ne sollecitino energicamente l'impegno relativo, incentivati dalle rinnovate regole che li individuano, in termini economici, quali responsabili finali delle manchevolezze programatorie e gestionali dei loro diretti rappresentanti eletti¹⁰.

⁹ Galli Della Loggia E., *Quell'unità da ritrovare*, Corriere della Sera, 29 agosto 2010.

¹⁰ Bassanini F., *Il federalismo fiscale: riforma necessaria e difficile*, in *Passaggio a Sud*, Aspenia, Roma, n. 49, 2010.

E. Jorio – Federalismo fiscale e riforma *quater* della sanità: un binomio indissolubile

All'Unità d'Italia non ha corrisposto, dunque, nel sud del Paese l'uniformità erogativa dei servizi pubblici, fondamentale per realizzare l'unità sostanziale della Repubblica, produttiva di quella giuridica e di quella economica, troppo spese vilipese dall'ambiguità dei comportamenti di chi è stato ivi impegnato nel governo della spesa relativa ai diritti sociali, sanità *in primis*. Conseguentemente, proprio in quest'ultimo settore, così come nel sociale e nella scuola, - ambiti nei confronti dei quali il federalismo andrà ad incidere sensibilmente, considerata l'attenzione che il legislatore ha riservato ad essi garantendo la perequazione al 100% a totale copertura dei costi *standard* necessari alla loro erogazione -, occorrerà un lavoro improbo per riportare, ovunque, servizi uguali ed eliminare le attuali differenze di trattamento.

Esiste, pertanto, un problema di uniformità sostanziale delle prestazioni sociosanitarie, che occorre realizzare in stretta correlazione con l'ingresso del federalismo fiscale a regime. Per fare questo si rende necessaria una trasformazione delle idee di chi è latore della domanda di salute, del suo modo di porsi di fronte alle scelte politico-amministrative che determinano la portata della loro cittadinanza, sia in termini di godibilità dei servizi che del contenimento della spesa che ne garantisce l'esigibilità diffusa. Devono, quindi, mutare quelle idee consolidate nella cultura dei cittadini discriminati dall'offerta pubblica della propria regione che ha fatto sì che s'incrementasse, oltre misura, la mobilità passiva dal sud verso il centro e il nord del Paese, alla ricerca di prestazioni adeguate e di buon livello qualitativo, negate nel proprio territorio.

A proposito di tale istanza migratoria è appena il caso di sottolineare l'esistenza di una causa incentivante che, proprio perché finalizzata ad incrementarla segnatamente, richiederebbe una qualche trasformazione dell'assistenza sotto il profilo metodologico, funzionale ad disincentivare interventi di *marketing* sanitario, molto in uso in ben individuate aree regionali, soprattutto a cura degli Irccs a conduzione privatistica.

Si è posta in questi ultimi anni davanti agli occhi di tutti l'esigenza di realizzare, soprattutto da parte delle regioni a forte economia, una medicina innovativa, più scientificamente propensa ad utilizzare tempestivamente il prodotto della ricerca più avanzata. Una opzione intelligente e certamente meritoria che - da una parte - consente tipologie di interventi meno invasivi, comportanti degenze *post-operatorie* molto più brevi, e il ricorso all'uso di presidi da impianto di assoluta avanguardia e - dall'altra - un naturale e consequenziale incremento della capacità attrattiva per l'utenza bisognosa dei trattamenti caratteristici. Di contro, una siffatta metodologia medica comporta costi elevati a carico delle strutture che ne riescono a fare un uso operatorio precoce, dal momento che essa determina la sopportazione di ammortamenti consistenti da parte di chi si è reso protagonista industriale della scoperta. Un maggiore costo che, di guisa, costituisce solitamente un altrettanto maggiore onere economico finanziario, gravante sul Ssn in termini di DRG, da dovere corrispondere in favore degli accreditati, pubblici e/o privati, non di rado collaborato da imponenti compartecipazioni a carico dell'assistito. D'altronde, se così non fosse non ci sarebbe stimolo alcuno, da parte degli investitori privati, "depositari" della ricerca scientifica teorica e applicata, a portare alla luce soluzioni più produttive per la salute, che tanto migliorano l'esistenza delle collettività.

Ebbene, un sistema come il nostro, già con le gambe afflosciate dal peso dei bilanci in rosso, non riesce generalmente - fatta salva quella parte che afferisce alle regioni economicamente forti, ma anche affollate da Irccs di qualità (basti pensare che nella sola Lombardia ne esistono 17, su un totale nazionale di 43, e tutti di elevata offerta prestazionale) - a stare in linea con il progresso medico-scientifico e, quindi, a soddisfare la domanda più sofisticata ed esigente dell'utenza autoctona. Un problema che accentua oltremisura la difficoltà delle medesime regioni indebitate, già incapaci a garantire un buon livello di assistenza ordinaria, a gestire i propri sistemi salutari, con le risorse disponibili. Economie, queste, che vengono così parzialmente predate - correttamente sotto il profilo strettamente mercantile-imprenditoriale - mediante la sopportazione di quelle occorrenti a soddisfare la conseguente mobilità passiva sopportata.

E. Jorio – Federalismo fiscale e riforma *quater* della sanità: un binomio indissolubile

Un contributo in tal senso potrebbe essere assicurato, nella fase transitoria del federalismo fiscale, dalla cosiddetta perequazione infrastrutturale (art. 22, legge n. 42/09), finalizzata a compensare le carenze, in termini di patrimonio fisico e scientifico (esempio, stabilimenti sanitari efficienti, dotazioni tecnologiche avanzate, eccetera), delle regioni deboli, le quali non possono essere lasciate da sole nell'insediarsi in un sistema altamente concorrenziale, quale è quello che la legge n. 42/09 impone, soltanto perché si sono rese responsabili delle trascorse brutture gestorie della cosa pubblica. Dalla disponibilità di siffatte strutture e dotazioni viene, infatti, anche determinata la qualità dell'offerta sanitaria e, quindi, la capacità di rinnovare il relativo sistema produttivo.

Una disponibilità economico-finanziaria *una tantum*, questa, indispensabile per mettere alla pari le regioni sul nastro di partenza dell'introdotta sistema di finanziamento dei costi *standard*. Un modo per rendere meno vulnerabili quelle a peggiore patrimonio strumentale, funzionale all'erogazione delle prestazioni essenziali in favore delle loro utenze, e per evitare che i loro cittadini vengano, parimenti, attratte dagli altrui percorsi terapeutici. Insomma, vi è bisogno di un ulteriore sforzo perequativo di tipo straordinario che renda giustizia all'unità sostanziale della Repubblica, indispensabile per il successo a regime del federalismo fiscale.

Quanto rilevato impone un cambiamento radicale delle regole sulle quali è fondato il nostro sistema. Primo fra tutti la rivisitazione dell'attuale impostazione aziendalistica, consolidatasi nel Paese attraverso le tortuose vicende legislative che hanno codificato e ricodificato, per esempio, le diverse tipologie di autonomia (di tipo organizzativo, amministrativo, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnico, riconosciute dal d.lgs. n. 517/93, poi riassunte in autonomia imprenditoriale dal d.lgs. n. 229/99) via via attribuita agli organismi detentori della capacità di spesa della salute sul territorio (*rectius*, alle aziende sanitarie locali, ospedaliere e universitarie, ma anche gli Irccs).

Molto probabilmente l'impronta gestoria che ha caratterizzato sino ad oggi la conduzione del Ssn non è stata delle migliori, al sud più che altrove. Sono state tantissime le vicissitudini causate da una disciplina non propriamente all'altezza dei suoi compiti e dall'eccessiva politicizzazione del sistema caratteristico.

Su tutto, la conclamata inadeguatezza del sistema di selezione dei direttori generali delle aziende della salute che ha generato, specie in alcune delle regioni del centro-sud, l'avvicinarsi dei medesimi soggetti, spesso incapaci, nell'assunzione routinaria degli incarichi manageriali. Ciò è avvenuto indipendentemente da tutto, ovverosia a prescindere dai "guai" precedentemente combinati dagli stessi, ancorché testimoniati da apposite procedure di revoca. In proposito, l'introduzione del fallimento politico, previsto nella legge di delegazione n. 42/09 a carico dei presidenti delle regioni che si renderanno responsabili di disservizi e di indebitamenti oltre misura, potrà essere esteso ai siffatti *manager*, sì da impedire loro ogni successivo analogo incarico.

A ben vedere, l'attuale situazione di crisi profonda della sanità italiana, afflitta dai debiti e da una eccessiva difformità delle prestazioni, tale da contravvenire al più generale principio di eguaglianza, rappresenta per il federalismo fiscale una grande sfida.

La sua generale precarietà ha determinato:

- ricorrenti cambiamenti al vertice delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, ma anche delle burocrazie regionali, tanto da aver impedito il formarsi di una cultura manageriale adatta alle singole circostanze;
- l'incapacità gestoria dei preposti, forse perché selezionati sulla base dei requisiti legislativamente previsti, dimostratisi alquanto impropri e insufficienti a garantire una *governance* capace, alla quale affidare gli importanti *budget* di cui la sanità dispone e, parimenti, la soddisfazione delle pretese di salute costituzionalmente protetti;
- un sistema dell'accreditamento istituzionale concettualmente obsoleto nella sua attuale previsione, da doversi rivedere nel senso di pretendere una maggiore efficienza reale, sia in termini di qualità delle prestazioni erogabili che di corretta gestione "aziendale" (per esempio, determinando una disponibilità minima di 140/150 posti letto, strumentale a

E. Jorio – Federalismo fiscale e riforma *quater* della sanità: un binomio indissolubile

garantire ragionevoli economie di scala nella produzione dell'assistenza ospedaliera relativa);

- l'inesistenza di un regime di produttività reale anche per gli stabilimenti ospedalieri pubblici, molto probabilmente da dovere organizzare in una logica di maggiore filiera e non già da distinguere e ripartire in una miriade di aziende ospedaliere, spesso fini a se stesse.

Considerazioni, quelle appena sottolineate, che consiglierebbero la (ri)progettazione generale del sistema. Con questo, occorrerebbe restituire il protagonismo all'assistenza territoriale, sì da erigerla a baluardo del servizio sanitario, tanto da costituire l'elemento filtro ovvero sia di mediazione reale, attraverso il quale moderare il ricorso al ricovero ospedaliero, soventemente improprio, all'uso eccessivo dell'accertamento diagnostico strumentale di elevata tecnologia, peraltro anche di riconosciuta nocività.