

IL RIORDINO DELLA SANITÀ SARÀ LA SFIDA DEI NUOVI GOVERNATORI

di Ettore Jorio

La recente campagna elettorale per le regionali ha profondamente deluso le aspettative, non già per i risultati conseguiti - che vengono rimessi, com'è giusto che sia, agli analisti politici e alla valutazione discrezionale dei portatori di interessi ideologici in contesa ovvero dei meri tifosi delle rispettive compagini -, bensì, per come è stata condotta, all'insegna del "non programma". I candidati hanno, infatti, ritenuto di non affrontare le soluzioni concrete da sottoporre al giudizio dell'elettorato che, a ben vedere, si è sentito tanto escluso dai contenuti della competizione da astenersi dal voto. Una astensione così consistente da battere, al ribasso, il *record* conseguito nelle recenti elezioni europee, per non parlare di quello raggiunto nelle precedenti regionali.

L'assenza di un progetto politico, sul quale rintracciare il consenso, ha riguardato soprattutto il tema della riorganizzazione del sistema sanitario. Un argomento, questo, che avrebbe dovuto, invece, caratterizzare e, quindi, distinguere le idee progettuali dei diversi candidati, attesi i dissesti economico-patrimoniali e i *deficit* assistenziali che si sono rilevati e continuano a rilevarsi quasi ovunque. Invero, dagli ultimi dati economici analizzati ai Tavoli di verifica istituzionali romani sono emersi nuovi candidati al risanamento dei loro conti. Si aggiungono, infatti, alle tradizionali Lazio, Campania, Sicilia, Abruzzo, Molise e Calabria, afflitte dai piani di rientro del debito pregresso e (fatte salve Sicilia e Calabria) in regime di commissariamento, *ex art.* 120, comma 2, della Costituzione, altre tre regioni. Dunque, anche il Veneto, la Puglia e la Basilicata nell'alveo dell'obbligo di dovere risanare i loro consistenti disavanzi annui, quantomeno relativi all'esercizio 2009¹. Una scoperta che, francamente, non è apparsa meravigliare alcunché, attesa la diffidenza che molti hanno, da sempre, nutrito e nutrono nei confronti della veridicità dei bilanci regionali, soprattutto nella parte in cui gli stessi si riferiscono alla gestione della salute².

Nonostante la non più trascurabile esigenza di riqualificazione, *lato sensu*, del sistema salutare, i candidati a governatore hanno, pertanto, preferito accusarsi, vicendevolmente, puntando sulle trascorse responsabilità delle coalizioni avversarie, piuttosto che misurarsi su cosa fare. E' venuto così fuori un confronto anomalo e improduttivo. Per certi versi giustificativo, in diverse regioni, dell'enorme debito pregresso complessivo accumulato in pochi anni dai loro rispettivi servizi sanitari, senza che i relativi cittadini avessero goduto di un servizio efficiente. E dire che questa tornata elettorale, che ha insediato i Presidenti dei prossimi cinque anni in tredici regioni a statuto ordinario, rappresentava l'occasione per i cittadini di investire politicamente, per garantirsi, alle scadenze fissate dalla legge n. 42 del 5 maggio 2009, un buon esordio del federalismo fiscale e, con esso, della rinnovata disciplina della finanza pubblica, particolarmente incidente sulla portata di alcuni diritti sociali. Un investimento da valere nel lungo termine, nel senso di scegliere il candidato a governatore che offrisse le migliori *chance* di successo per la Regione. Un modo, questo, utile a rendere più inoffensiva la stretta economica che il federalismo fiscale procurerà, naturalmente, alle economie disponibili per le Regioni, specie in quei territori abituati, da decenni, a spendere troppo liberamente, confidando nei ripiani *ex post* da parte dello Stato, ma soprattutto in quelli che sono ancora inconsapevoli dei costi di produzione dei loro servizi afferenti la sanità e l'assistenza sociale³.

¹ Turno R., *In corsia il deficit continua a crescere*, Il Sole24Ore, 22 marzo 2010.

² Jorio E., *I limiti dei percorsi di risanamento delle Regioni*, Il Sole24Ore-Sanità, n. 37, 2008; *I piani di rientro dei debiti sanitari regionali. Le cause, le proposte e le eccezioni*, www.federalismi.it, n. 2, 2009..

³ Jorio E., Gambino S., D'Ignazio G., *Il federalismo fiscale*, con il commento per articolo della legge 5 maggio 2009 n. 42, Rimini, 2009.

Di tutto questo nulla o quasi. Si è andati avanti al solito modo, privilegiando la *bagarre* rispetto ai programmi, costringendo i cittadini a manifestare il loro consenso per militanza o, peggio ancora, per scambio.

Una volta perfezionato l'insediamento degli eletti, le Regioni dovranno darsi da fare e, quindi, occuparsi delle regole, della riorganizzazione del sistema, della garanzia delle prestazioni e del rinsavimento gestionale e, quindi, dell'ottimizzazione della spesa. Tutti obblighi ineludibili per condurre a buon fine il governo regionale del prossimo quinquennio e/o la *mission* di commissario *ad acta* per il piano di rientro, quanto alle Regioni commissariate. Quell'incarico commissariale che transiterà, di qui a poco, in capo ai nuovi governatori dopo il fallimento registrato da quelli uscenti, dimostratisi incapaci di pervenire a sensibili miglioramenti strutturali sia della spesa corrente che dell'attività prestazionale dei rispettivi servizi sanitari regionali.

Anche le Regioni che si sono ancora colpevolmente astenute dal dichiarare il proprio *deficit* economico-patrimoniale avranno l'onere di farlo, affrontando, da subito, i problemi conseguenti e ricercando le migliori soluzioni possibili. Potranno, all'uopo, approfittare anche delle agevolazioni recate dalla recente Finanziaria del 2010 (art. 2, comma 98), che consentono l'acquisizione di un mutuo trentennale di 1.000 milioni di euro, a condizione che elaborino l'apposito piano di rientro (*ex* comma 180, art. 1, legge n. 311/04, la c.d. Finanziaria 2005), da condividere con il Governo. Uno strumento finanziario finalizzato ad estinguere le obbligazioni pecuniarie contratte, però, a tutto il 31 dicembre 2005 e, ovviamente, non ancora pagate⁴.

Al riguardo, con il provvedimento cosiddetto "Milleproroghe" - più esattamente al comma 23 *septiesdecies* dell'art. 1 del decreto legge n. 194/09, convertito nella legge n. 25 del 2010 - è stato incluso nell'anzidetto tetto pagabile ogni debito contratto sino alla riferita data del 31 dicembre 2005, ivi compresi quelli accertati in sede contenziosa e, comunque, da estinguersi entro il prossimo 31 maggio 2010, purché pendenti al 7 febbraio precedente, ovverosia alla data di entrata in vigore della suddetta legge di conversione⁵.

Su un tale provvedimento, ovvero sulla sua lettera, sono state espresse alcune perplessità, riferite alla possibilità per le Regioni di potere così allargare l'entità del loro passivo impagato, ricorrendo a riconoscimenti di debiti da perfezionarsi a seguito di transazioni, da decidersi discrezionalmente e, quindi, anche strumentalmente, altrimenti non iscrivibili tra le passività consolidate da soddisfare. Insomma, con il più recente disposto vengono introdotte modalità tali che, anziché essere funzionali a ridimensionare i disavanzi correnti, forniscono l'occasione alle Regioni per incrementarli quasi liberamente, in danno dell'economia pubblica, qualora non venga rispettato dalle stesse il vincolo che appare chiaro nella volontà del legislatore, ovverosia che i debiti cui potersi riferire debbano essere "cumulativamente registrati fino al 31 dicembre 2005". Una precisazione, questa, che escluderebbe chiaramente la (in)opportunità di transigere ogni posizione debitoria non rappresentata nella contabilità pubblica chiusa a tale improrogabile scadenza⁶.

Alle copertura delle passività pregresse vengono destinate anche i Fas (art. 2, comma 90), nonostante la loro natura di strumenti vincolati per gli investimenti pubblici pluriennali, riservati alle zone depresse⁷.

Una regola, quella introdotta della Finanziaria 2010, che stravolge gli invalicabili paletti indicati dal novellato comma 5 dell'art. 119 della Costituzione, che affida alle risorse aggiuntive e agli interventi speciali (tali sono i Fas, in quanto vincolati e destinati a creare ricchezza produttiva aggiunta nelle aree sottoutilizzate) l'ineludibile funzione di soddisfare esigenze predeterminate.

⁴ Jorio E., *Un Patto per la Salute (e la Finanziaria 2010) non propriamente compatibile con l'esordio del federalismo fiscale*, www.federalismi.it, n. 1, 2010

⁵ Jorio E., *Decreto mille proroghe: numerose le novità in materia sanitaria (su qualcosa, un dubbio di costituzionalità)*, www.federalismi.it, n. 6, 2008.

⁶ Jorio E., *I nuovi governatori regionali di fronte al debito della sanità ereditata*, www.federalismi.it, n. 7, 2010.

⁷ Jorio. E., *I Fas non possono coprire i buchi di bilancio della sanità*, *Il Sole24Ore-Sanità*, n. 14, 2010.

Esigenze, queste, da considerarsi certamente diverse da quelle di ripianare i debiti pregressi, accumulati negli anni dalle Regioni per finanziare le loro funzioni pubbliche ordinarie. Nella specie, quelli prodotti nell'ambito della sanità.

Una condizione ostativa, questa, legittimata dall'attuale lettera della Costituzione che ha specializzato la vecchia dizione di “contributi speciali”, contenuta nell'art. 119 pre-revisione del 2001. Lo ha fatto scomponendo l'intervento straordinario dello Stato nei confronti delle autonomie territoriali, perfezionandolo in “risorse aggiuntive” e “interventi speciali”. Una classificazione utile a differenziare i due strumenti di aiuto allo sviluppo locale, distinguendoli non già per le finalità da conseguire, che risultano essere comuni per entrambi, bensì per la loro diversa natura⁸.

Le risorse aggiuntive si caratterizzano, infatti, per la loro specie esclusivamente finanziaria e per l'aggettivo qualitativo, che presuppone l'indubbia esistenza delle risorse ordinarie dalle quali distinguerle. In quanto tali, le riferite risorse aggiuntive sarebbero destinate alla realizzazione di progetti non finanziabili con risorse ordinarie (tributi e compartecipazioni, ivi comprese le quote perequative), quindi non afferenti il normale esercizio delle funzioni di Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni, ma comunque rientranti nelle loro competenze generali di programmazione⁹.

Le seconde, ovverosia le risorse individuate a sostegno degli interventi speciali, si distinguerebbero, invece, dalle prime in quanto afferenti l'esecuzione vincolata di opere e servizi non inerenti le funzioni generali degli anzidetti enti territoriali. In quanto tali, finalizzate alle iniziative necessarie a soddisfare le carenze strutturali individuate nel medesimo art. 119, comma 5, della Costituzione e, quindi, giustificative di un intervento straordinario, spesso determinato da eventi particolari e/o da esigenze emergenziali.

Una considerazione critica - quella appena rappresentata di utilizzare i Fas per coprire i bilanci sanitari in rosso - che lascia presumere una conflittualità sulla destinazione degli anzidetti fondi per le aree sottoutilizzate. Ciò in quanto destinati, impropriamente, ad estinguere passività arretrate, piuttosto che contribuire ad incrementare le *chance* di crescita dei territori più poveri, soprattutto del sud. Un modo, dunque, per sottrarre ossigeno allo sviluppo locale.

Su tutto, un verosimile successivo impegno della Consulta nel valutare la costituzionalità dell'assunto legislativo.

Un disposto, peraltro, stridente con il bisogno di prevedere iniziative pedagogiche utili a creare “la classe dirigente dei capaci”, indispensabili per un federalismo fiscale che funzioni e che assicuri ai cittadini, ovunque, le prestazioni essenziali riferite alla salute.

A ben vedere, un compito oneroso quello dei nuovi Governatori¹⁰, strumentale al risanamento delle casse regionali, ma anche strettamente organico a contribuire al ripiano del debito nazionale oramai fuori controllo che, se non prontamente riparato attraverso un verosimile programma di riquilibratura della spesa, metterà in crisi il nostro Paese a livello comunitario, tanto da correre il rischio di essere sottoposto a misure economiche emergenziali del tipo quelle comminate di recente alla Grecia¹¹.

L'entità e la ricorrenza del debito pregresso sanitario, emerso a seguito degli accertamenti tardivi, imposti dallo Stato direttamente ovvero stimolati dalla concessione, da parte del Governo, di contributi e mutui agevolati destinati alle Regioni “pentite”, ha messo in risalto una impellente esigenza di interesse pubblico. Essa riguarda la necessità di prevedere neo-formulazioni giuridiche che impediscano il ripetersi di siffatti eventi ovvero il non conseguimento del corretto rimedio al

⁸ Bassanini F., Macciotta G., *L'attuazione del federalismo fiscale. Una proposta*, Bologna, 2003, nella quale interessante opera, gli autori (pag. 46) hanno ritenuto di distinguere i suddetti strumenti sulla base della possibilità, delle prime, di essere promosse dagli enti territoriali e cofinanziate dallo Stato, a differenza dei secondi che possono essere resi operativi, esclusivamente, da quest'ultimo.

⁹ Della Cananea G., *Commento art. 119 della Costituzione*, in (a cura di) Bifulco R., Celotto A., Olivetti M., *Commentario alla Costituzione*, Milano, 2006.

¹⁰ Turno R., *Un macigno sui nuovi governatori*, Il Sole24Ore, 22 marzo 2010.

¹¹ Jorio E., *op. cit.*, www.federalismi.it, n. 7, 2010.

dilagare di comportamenti della politica che possano pregiudicare irrimediabilmente il Tesoro pubblico con tutto ciò di negativo che ne conseguirebbe. Occorre, pertanto, evitare il perdurare di tutti quegli espedienti, facilmente rinvenibili nei comportamenti tenuti dalle Regioni (ma anche dalle amministrazioni pubbliche locali) intese a celare, ricorrendo persino a veri e propri artifici contabili, lo stato patologico dei loro bilanci, la loro assoluta precarietà. Una brutta abitudine, questa, assunta da diversi amministratori pubblici, quasi sempre impuniti, da sanzionare severamente e non solo politicamente, per le gravi colpe commesse con il fattivo contributo dei dirigenti, spesso troppo accondiscendenti, se non addirittura complici.

Di conseguenza, necessiterebbe, in considerazione che i detti comportamenti lascerebbero configurare ipotesi delittuose vere e proprie, l'elevazione degli stessi a reato specifico, atteso che realizzano un chiaro attentato alla stabilità economica del Paese. Una ipotesi verosimile, quella appena rappresentata, considerato che gli stessi espongono a pericolo grave non solo i cittadini - quanto alla esigibilità dei diritti civili e sociali - bensì ad elevato rischio il benessere collettivo, tanto da potere determinare il crollo dell'economia nazionale in rapporto agli obblighi comunitari (il Patto di stabilità), con l'irrimediabile pericolo di incorrere in sanzioni estreme da parte dell'Unione Europea. Una soluzione non più differibile - in una alla dichiarazione di fallimento politico per i responsabili, da interdire da ogni attività rappresentativa e da dichiarare ineleggibili a qualsivoglia carica pubblica -, dal momento che costituirebbe l'unico deterrente a che si possano reiterare nel tempo quegli assurdi comportamenti, a dir poco omissivi, che hanno consentito la continuazione indisturbata di funzioni istituzionali a chi si è reso protagonista di un dissennato governo della spesa.

Tenuto conto di queste premesse, toccherà alle Regioni assumere un impegno immediato e pressante nel rivedere strutturalmente i loro insiemi salutarì, nell'ottica dell'ottenimento delle prestazioni migliori al migliore costo sostenibile. Un modo per abituarsi, tra l'altro, alla neo-metodologia del finanziamento della sanità - oramai di prossima applicazione - da realizzarsi attraverso il criterio dei costi *standard*, introdotto dalla recente legge sul cosiddetto federalismo fiscale¹².

V'è, quindi, l'esigenza di riscrivere il quadro normativo di riferimento, fino ad oggi trascurata dalla politica, tanto da non farne neppure cenno nelle più recenti proposte elettorali. Un atto doveroso delle Regioni, nei confronti del quale le stesse sono competenti a legiferare al fine di organizzare i loro sistemi sanitari, sulla base dei principi fondamentali fissati dalla legge statale, che è - a sua volta - da rivedere sensibilmente perché inadatta a misurarsi con le rinnovate esigenze manifestatesi ovunque. Quanto a quest'ultima, essa dimostra ogni giorno di più la sua inadeguatezza, nonostante la non avanzata età anagrafica dell'impianto legislativo che la contraddistingue. Un complesso normativo, progressivamente rattoppato, in quanto tale precariamente funzionante e funzionale al soddisfacimento dei bisogni che la collettività esprime in tal senso. Ciò che ne è emerso rappresenta oramai un sistema che non riesce a correre, bensì a stare appena in piedi grazie ai puntelli legislativi che lo sorreggono, la maggiore parte dei quali via via dettati dalla necessità di correggere, senza tuttavia riuscirci, l'esagerato manifestarsi di una caduta delle prestazioni essenziali di assistenza in una gran parte del Paese e l'indebitamento cronico e progressivo.

A causa di tutto questo, sono venute sempre di più a manifestarsi le contraddizioni territoriali che caratterizzano, oramai da tempo, il Servizio sanitario nazionale, accentuate a causa di un sistema pubblico fortemente regionalizzato così com'è quello insediato nel nostro Paese.

Un nord che ha istituzionalmente investito sulla salute, sino a farla diventare una impresa segnatamente efficiente, si da tradurla in un fenomeno produttivo, tanto da riuscire a pareggiarne i costi approfittando della domanda proveniente dalle altre regioni, per guadagnare economia e, quindi, generare ricchezza con il suo indotto. Un modo, questo, che andrà a incentivare il turismo

¹² Jorio. E., *Costi standard in cerca d'autore*, Il Sole24Ore-Sanità, n. 43, 2008.

salutare¹³ e, con questo, attrarre ricchezza dalle altrui povertà, determinata dalla filiera degli incapaci di creare efficientemente altrove un omologo sistema, messo ulteriormente a rischio da un federalismo fiscale che troverà impreparato tutto il sud del Paese.

Un sud che, in tema di assistenza socio sanitaria, continua a vivere nella confusione persino degli ideali, di quelli che caratterizzano il nuovo concetto di salute, trascurando di accrescere la propria cultura di governo e di migliorare la propria burocrazia, sino ad adeguarle alle inderogabili esigenze del territorio amministrato, per meglio affrontare il novellato modello di governo delle Regioni a federalismo fiscale a regime.

Un sistema, dunque, afflitto da diversità geografiche così evidenti da disunire il Paese più di quanto lo sia già sotto il profilo tradizionalmente produttivo e, con questo, frammentare la portata uniforme dei Lea. Un *handicap* grave, questo, per la unitarietà del sistema, che ha registrato la sua disarmonia in termini di uniformità delle prestazioni rese, tanto da incidere negativamente sull'universalità del diritto alla salute. Un principio costituzionale, di fatto, non garantito in tutti questi anni a causa di una erogazione discriminata per macroterritori, con ben individuate aree del Paese, soprattutto concentrate nel Mezzogiorno, ove le Regioni hanno, di fatto, contribuito a negare una assistenza sanitaria di buon livello ovvero ad erogarla in modo sensibilmente inappropriato. Un *deficit* assistenziale, questo, al quale ha notevolmente contribuito lo scarso impegno di rinnovamento ideologico, prima, che organizzativo, poi, delle modalità di fare salute. E' stato privilegiato, infatti, il mantenimento del vecchio *status quo* assistenziale - ancora residuo nonostante siano trascorsi circa 30 anni dalla grande riforma del 1978 che ebbe a istituire il Servizio sanitario nazionale - nel senso di continuare a caratterizzarlo nella sua modalità esclusivamente ospedalocentrica.

Un limite determinante, che ha prodotto due gravissime distorsioni funzionali:

- di comprimere oltre misura il livello di assistenza ospedaliera, sì da impegnarlo ordinariamente a soddisfare la consistente domanda ordinaria, in surroga della mancata offerta di base, impedendogli, così, l'emersione di ogni possibile eccellenza, peraltro manifestatasi anche frequentemente, nonostante le riferite difficoltà di funzionamento dei segmenti del sistema;
- di impedire il realizzarsi di quella filiera assistenziale del territorio indispensabile a produrre, diffusamente, la prevenzione e l'individuazione dei percorsi terapeutici mirati e più appropriati e, in quanto tali, meno dispendiosi, nonché una riabilitazione più umanizzata.

Fatte queste considerazioni - che, in estrema sintesi, mettono in evidenza una assistenza territoriale privilegiata nel nord e in gran parte del centro dell'Italia, contrapposto ad un territorio trascurato altrove - emerge l'esigenza di omogeneizzare le politiche salutari della maggior parte delle Regioni meridionali con quelle del resto del Paese. Per fare tutto questo si renderà necessario un accurato studio dei più attuali punti di partenza, propedeutico alla corretta programmazione dei futuri interventi, cogliendo l'occasione dei piani di rientro in atto, molti dei quali da rimodulare e rinegoziare con il Governo, per evitare gli errori di ieri e quelli di domani. I primi, concretizzatisi con la costruzione di tante "cattedrali nel deserto" (*rectius*, ospedali ovunque) che oggi si è costretti a chiudere nell'ottica del ridimensionamento dei posti letto. I secondi, progettando strutture alternative, del tipo le case della salute, anch'esse strumentali a centripetizzare l'assistenza territoriale, sino a concentrarla in un presidio fisso anziché erogarla "all'aria aperta", ovverosia nel luogo dove la gente nasce, vive, lavora e muore. Una soluzione, questa, che andrebbe ove mai riformulata rispetto agli attuali *standard* ipotetici in circolazione, allo scopo di evitare ogni dannoso accentramento delle prestazioni di base in una struttura fisica, mettendo da parte, così, quelle malsane idee di insediare in siffatti presidi persino le attività fino ad oggi rese dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta in prossimità assoluta del domicilio dei pazienti.

¹³ Jorio E., *Rischia il boom il turismo sanitario*, Il Sole24Ore-Sanità, n. 11, 2009.

I piani di rientro in atto (*rectius*, programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali, così vengono definiti dal comma 180 dell'articolo unico della Finanziaria per il 2005, che li ha istituiti) - ovviamente assistiti dai necessari provvedimenti legislativi di riforma, anche del sistema dei controlli fino ad oggi pressoché inesistenti - costituiranno l'occasione giusta per intraprendere il cambiamento. Essi non andranno, pertanto, considerati come un limite operativo dell'autonomia regionale, bensì come una occasione guidata per l'ottimizzazione dei sistemi sanitari e delle loro economie.

Fino a quando non interverrà un consistente cambiamento delle regole, bisogna fare i conti con le leggi e i regolamenti esistenti. Quindi, occorrerà adoperarsi utilizzando al meglio gli attuali strumenti legislativi, in attesa dell'auspicata riforma *quater*, divenuta oramai indispensabile a causa della obsolescenza della disciplina statale cornice in essere e delle leggi regionali che andranno a ridisegnare i loro sistemi salutarie nell'ottica federalista¹⁴.

Insomma, un quadro legislativo generale da riscrivere, nazionale e regionali, magari individuando uno schema di superamento delle attuali aziende della salute, non più garanti (ove mai lo siano state!) della buona amministrazione e della corretta erogazione delle prestazioni costituzionalmente protette in favore dei cittadini.

Una ipotesi di lavoro che dovrà rintracciare i presupposti di partenza, sui quali fondare la riforma coordinata del sistema, nelle migliori esperienze internazionali, acquisendo dalle stesse ciò che è più funzionale a garantire migliori livelli di assistenza ai cittadini in rapporto alle risorse disponibili, incrementate dalle compartecipazioni degli utenti titolari di redditi consistenti (la riforma di Obama insegna in tema di imposizioni di scopo).

In sintesi, occorrerà prevedere un sistema sanitario, ampiamente collaborato da erogatori pubblici e privati, in un autentico regime di concorrenza amministrata, organica a produrre una filiera assistenziale continuamente in gara nel far propria la domanda, cui dover dare una risposta di pregio qualitativo.

Dunque, necessita prevedere un Servizio sanitario di rinnovata ancorché non radicale concezione, nel quale:

- a. il sistema degli erogatori pubblici dovrà andare oltre l'auspicata, ma non realizzata, aziendalizzazione e, quindi, essere imprenditorializzato, magari ricorrendo a forme organizzative pressoché simili alle attuali fondazioni private, assistite, beninteso, da una efficiente rete di controllo pubblico, sì da introitare i ricavi necessari e, conseguentemente, guadagnarsi il "profitto" indispensabile per ripianare anche una parte del debito pregresso, altrimenti in perenne scopertura. Un obiettivo da perseguire attraverso forme di gestione più attente alla produttività, alla resa del personale, comunque, disponibile e alla conduzione finanziaria, da conseguire attraverso una maggiore cura delle forniture di beni e servizi, da praticarsi con l'applicazione severa e inderogabile delle procedure concorsuali ad evidenza pubblica, magari di rinnovata e più celere regolazione;
- b. quelli privati avranno l'onere di assicurare alla collettività, in una rinnovata disciplina degli accreditamenti, prestazioni sempre più elevate sul piano qualitativo, privilegiando aree assistenziali di alta specialità, tanto da rendersi concorrenti "agguerriti" della filiera pubblica a tutela dei *budget* assegnati loro e nell'aspettativa dei Drg più retributivi.

Una organizzazione complessiva, questa, a garanzia dell'universalità e uniformità delle prestazioni gratuite per i ceti con redditività al di sotto di una soglia da determinare e, di contro, sensibilmente compartecipata per quella fascia di popolazione che è nettamente al di sopra dell'anzidetto scaglione reddituale, che sarà ben conscia di dover collaborare alla spesa in difesa di un sistema di qualità, posto a tutela della propria e altrui salute.

Ebbene, una organizzazione da risciversi e da rendere opportunamente assistita da un rinnovato ed efficiente sistema dei controlli - primo fra tutti quello economico-patrimoniale, da

¹⁴ Jorio E., *Il fallimento della programmazione*, Il Sole24Ore-Sanità, n. 5, 2010.

rivedere sotto l'aspetto strettamente contabile - nell'aspettativa che venga, di qui a poco, realizzato l'impianto amministrativo-contabile unitario della Repubblica, preteso dalla legge n. 42/09¹⁵.

Nel frattempo che tutto ciò avvenga, come detto, un dovere irrinunciabile: quello di adoperarsi da subito in applicazione delle attuali leggi, nell'ottica dell'investimento quantomeno "conoscitivo", propedeutico ad affrontare i disagi che il federalismo fiscale provocherà nei territori a minore capacità fiscale. Ciò per uniformare il più possibile il livello prestazionale erogato dalle diverse Regioni, nell'ottica del risanamento strutturale dei conti e, con esso, individuare i costi *standard* delle prestazioni rese fino ad oggi, da ciascuna, nel proprio territorio. Il tutto per incentivare pretese di perequazione le più verosimili possibili e conformi ai reali bisogni assistenziali, allo scopo di evitare l'insorgenza di molto probabili contenziosi nella futura redistribuzione solidale interregionale delle risorse, messa in pericolo dal perdurare delle logiche assistenzialistiche, difficili da sradicare dal *dna* delle rappresentanze istituzionali *sub*-statali, soprattutto operanti nel meridione, in assenza di una corretta cultura del governo della spesa.

¹⁵ Jorio E., Gambino S., D'Ignazio G., *op. cit.*, Rimini, 2009.