

UNA SOLUZIONE POSSIBILE: L'AGENZIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Ettore Jorio

La crisi economico-finanziaria e del Ssn

Dall'analisi dei risultati conseguiti in questi ultimi anni dai servizi sanitari regionali emerge un'organizzazione della salute ovunque dissestata patrimonialmente, incapace di contenere i propri disavanzi correnti e, frequentemente, non più garante delle prestazioni essenziali, costituzionalmente protette. Una eccezione, quella afferente il *deficit* di servizio, non riferibile a tutte le aree del Paese, bensì a talune meridionali. Quello, invece, riguardante la precarietà economico-finanziaria rappresenta un fenomeno più diffuso, che sconta la sua maggiore drammaticità in quelle regioni del centro-sud già note per essersi rese beneficiarie di agevolazioni governative, per miliardi di euro (più esattamente, 12,1 tra contributi elargiti per 3 miliardi e concessione di mutui trentennali), a garanzia della continuità assistenziale, altrimenti a rischio.

A ben vedere, una situazione economico-patrimoniale ingovernabile e, in quanto tale, non più sopportabile dal sistema Stato, anche perché essa comporterà verosimilmente - se non rimossa ovvero "riparata" attraverso misure di ripianamento di lungo periodo - la concausa primaria del venire meno della tolleranza comunitaria, incomprensibilmente goduta in tutti questi anni per mera intercessione politica *pluripartisan*. Il fenomeno Grecia ha stimolato l'esigenza di un maggiore controllo in seno all'Unione Europea, tant'è che si presume, di qui a poco, l'intensificarsi di misure sanzionatorie di rilievo, faticosamente sopportabili dai Paesi che dovessero dimostrare la loro inadeguatezza e la loro incapacità ad individuare le occorrenti soluzioni, di tipo strutturale, al dilagare del loro debito pubblico.

Il più recente rapporto dell'apposita *task force*, presieduta da Herman Van Rompuy, ha messo in rilievo la necessità di accentuare l'attenzione degli organi comunitari sui debiti consolidati, oltre che sui *deficit* pubblici, da sempre fuori linea perché sensibilmente superiori al 3% in rapporto al Pil. Oltre a ciò, gli stessi organismi dovranno costantemente verificare l'esistenza e l'entità di tutti gli squilibri macro-economici e le persistenti divergenze di competitività, che - nell'immediato prosieguo - diventeranno, ragionevolmente, oggetto di procedure anti-scostamento eccessivo a fronte delle quali saranno comminate pesanti sanzioni a carico degli inadempienti¹.

In buona sostanza, è ormai nei fatti la riscrittura di un nuovo Patto di stabilità e crescita, quale strumento di coordinamento sostanziale per realizzare una politica economica europea collettiva e concretamente comune. Un modo che imporrà ai vari Stati (tra i quali, l'Italia rendiconta il più alto rapporto debito pubblico/Pil 2009, con circa il 120%) una sessione comunitaria annuale cosiddetta di bilancio. Una occasione istituzionale ove, da parte di ogni Stato, si dovranno depositare, e quindi esaminare preventivamente e collegialmente, i documenti contabili riferiti alle condizioni della loro rispettiva economia, al fine di realizzare, conseguentemente, la stabilità delle finanze pubbliche e la competitività del blocco continentale (Tremonti, *dixit*)². Tutto questo imporrà, ad ogni Stato Ue, una politica economica interna di massimo rigore e di ripianamento del debito pubblico pregresso - ovviamente collaborato da una sana politica di bilancio corrente, impeditiva di quegli sprechi che hanno fatto rendicontare sino ad oggi disavanzi elevatissimi - da rappresentare, per quanto ci riguarda, annualmente nella "decisione di finanza pubblica" (Dfp) e nella legge di stabilità, che hanno rispettivamente sostituito il "documento di programmazione economico-finanziaria" (Dpef) e le ricorrenti leggi finanziarie .

Insomma, tutti i Paesi dovranno fare di tutto per uscire da una siffatta situazione di indebitamento eccessivo, costante e progressivo. Il nostro dovrà, parimenti, adottare ogni misura legislativa per

¹ **Cerretelli A.**, *Debito allargato nel nuovo Patto di stabilità*, *IlSole24Ore*, 3 settembre 2010; .

² **Giannini M.**, *Intervista al ministro Tremonti*, *La Repubblica*, 4 settembre 2010.

rimediare alle attuali inadeguatezze del sistema, perlopiù *sub*-statale, per ripianare il consistente debito pubblico e ristrutturare il funzionamento ordinario della macchina politico-burocratica, soprattutto per quanto riguarda la sanità, per la sua preponderante incidenza nella determinazione dell'eccessivo saldo patrimoniale negativo. Un problema che - accentuato dalla enormità del debito cosiddetto commerciale scaduto, consuntivato nei confronti dei fornitori in circa 38 miliardi dalla Confindustria e dalla Corte dei Conti a tutto il 2006 - metterà a repentaglio l'intera tenuta finanziaria del sistema nei prossimi anni, se non risolto attraverso il ricorso a nuove iniziative istituzionali che ne consentano il ripianamento³. Un dovere, questo, da assolvere nel breve periodo, tenuto conto anche dell'ipotesi di direttiva CE adottanda in tema di puntualità nei pagamenti delle Pubbliche Amministrazioni, condivisa informalmente nella serata del trascorso 13 settembre da parte dell'Europarlamento, della Commissione e del Consiglio. Un provvedimento comunitario che rivoluzionerà le attuali abitudini comportamentali della nostra pubblica amministrazione salutare, recentemente stigmatizzati dall'Authority della concorrenza⁴. Saranno, infatti, sensibilmente ridotti i termini dei pagamenti delle forniture, effettuate dai privati in favore del Servizio sanitario nazionale e non solo, dal momento che l'anzidetta direttiva imporrà un termine *standard* di un mese, estensibile dagli Stati membri ad un massimo di due, pena la corresponsione di un interesse moratorio (legale), che sembra essersi assestato al 7% a fronte dell'originariamente previsto 8%.

Un tale percorso di risanamento si renderà, quindi, indispensabile sul piano interno, per adeguare il tutto all'introduzione a regime del cosiddetto federalismo fiscale - oramai alle porte con l'intervenuto licenziamento da parte del Governo dei sette decreti delegati (1. federalismo demaniale; 2. ordinamento di Roma Capitale; 3. fabbisogni *standard* di comuni e province; 4. autonomia impositiva dei comuni; 5. autonomia impositiva delle province; 6. costi *standard*; 7. finanza delle regioni) -, atteso che esso misurerà, principalmente, la giustizia della sua portata con la ridefinizione della metodologia di finanziamento dell'organizzazione sanitaria.

Tutto questo comporterà una totale rivisitazione dell'intero sistema salute, sia in termini di legislazione statale che regionale, attraverso la quale riformulare, rispettivamente, i principi fondamentali e le organizzazioni garanti del buon funzionamento nelle singole regioni⁵. Necessita, dunque, ridisegnare il Servizio sanitario nazionale perché lo stesso - seppur mantenendo ben saldi i principi cardine della legge n. 833/78 - vada a realizzare un rinnovato sistema gestorio, attraverso il superamento di quell'aziendalismo teorico e meramente nominalistico, introdotto nel 1992 (d.lgs. n. 502/92) e successivamente "riparato" da altri interventi legislativi (primi fra tutti, il d.lgs. n. 517/93 e il d.lgs. n. 229/99)⁶, che ha registrato il suo fallimento con i pessimi risultati economico-patrimoniali prodotti, specie negli ultimi 5/6 anni.

I motivi della sua *debacle* vanno fatti risalire, principalmente, a due fattori:

- l'occupazione, a tempo pieno, della politica dei sistemi sanitari regionali, a cominciare dalla designazione delle massime cariche manageriali e, indirettamente, della nomina dei già primari e, comunque, dei responsabili delle cosiddette unità operative, semplici e complesse;
- una legge troppo permissiva che ha consentito tutto a prescindere, a partire dalle nomine effettuate indipendentemente dalle reali capacità possedute dai prescelti fino ad arrivare alla quasi inefficacia del sistema dei controlli interni, per nulla impeditivo della generazione progressiva degli ingenti e numerosi indebitamenti, quasi miliardari, che sono causa degli attuali piani di rientro (*ex art. 1, comma 180, Finanziaria 2005*), dagli esiti francamente disarmanti, fatta eccezione (*dicunt*) per la Sicilia.

³ **Macciotta G.**, *Il ritardo dei pagamenti dei debiti commerciali delle pubbliche amministrazioni: quale dimensione e quale soluzione*, www.astrid.eu, 15 settembre 2010; **Turno R.**, *I saldi ritardati della Pa valgono 70 miliardi*, *IlSole24Ore*, 16 settembre 2010; **Finanze & Mercati**, editoriale, *La Sanità deve oltre 50 mld alle Pmi. I ritardi dello Stato costano il 4% del Pil*, 16 settembre 2010..

⁴ **Veneri G.**, P.A. "lumaca" nei pagamenti, *Avanti*, 6 settembre 2010.

⁵ **Jorio E.**, *Federalismo fiscale e riforma quater della sanità: un binomio indissolubile*, www.astrid.eu, n. 15, 2010.

⁶ **Carpàni G.**, *La sanità*, in **Merloni F.** e **Vandelli L.** (a cura di), *La corruzione amministrativa. Cause, prevenzione e rimedi*, volume Astrid, 2010.

Ad una tale situazione occorre assolutamente rimediare, solo che si voglia conseguire il risultato sperato di impedire al sistema salutare di produrre le attuali consistenti perdite di esercizio corrente.

A fronte di tutto questo va, preliminarmente, individuato il metodo per disunire energicamente il binomio politica/sanità, facendo in modo che quest'ultima si riappropri della sua dimensione e, quindi, si limiti a svolgere il suo ruolo di struttura garante, senza mediazione alcuna, del diritto di tutela della salute dei cittadini, da doversi autonomamente esercitare, a cura dei servizi sanitari regionali, con la corretta applicazione delle più fondamentali regole della buona amministrazione.

Gli strumenti a disposizione per meglio riformulare l'organizzazione della sanità italiana sono tanti, alcuni dei quali facilmente 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.

Quanto ai modelli esteri, si constata in tutta l'Europa comunitaria l'esistenza di una tendenziale volontà a riformulare l'esistente, incapace a contenere i costi di gestione oramai in netta e incontrollata progressione. Ciò fa presupporre una stagione di cambiamenti, anche radicali, sul piano dei rispettivi assetti ordinamentali.

L'ipotesi di David Cameron: la Big society

In Gran Bretagna, per esempio, si lascia verosimilmente presagire, per iniziativa del suo *leader* - in coerente emulazione di quanto recentemente prodotto sul piano della riforma sanitaria dal suo omologo statunitense Barack H. Obama⁷ -, un periodo di sostanziali modifiche, specie nella gestione del *welfare* salutare, intendendo per tale quello che assicura l'assistenza cosiddetta intergrata (sanità e assistenza sociale), e della organizzazione scolastica⁸. Vi è da parte di David Cameron il disegno politico di creare una *Big society*, da contrapporre all'attuale *Big government*, attraverso la quale ridisegnare i confini gestori tra il pubblico e il privato e, così, incrementare il protagonismo della "imprenditoria", in senso lato, a discapito dei compiti istituzionali svolti tradizionalmente dallo Stato⁹. La realizzazione di quello anglosassone risulterebbe un modello/percorso innovativo e di non facile realizzazione - peraltro in linea con il principio della sussidiarietà orizzontale insediato nella nostra novellata Costituzione (art. 118) e valorizzato nei principi della legge di delegazione n. 42/09 (art. 2, lettera *ff*) - che stimolerebbe, da una parte, lo spostamento dell'esercizio delle funzioni gestorie dal centro alla periferia e, dall'altra, la nascita di nuovi soggetti privati che siano espressione delle comunità locali, del mondo dell'associazionismo e dell'impresa senza fini di lucro. Un modo per consentire risposte più adeguate e "ravvicinate" ai reali bisogni dei cittadini in tema di erogazione dei diritti sociali, attraverso una maggiore sensibilizzazione delle capacità e delle risorse direttamente espresse dal territorio caratteristico. Più precisamente, per come anticipato dallo stesso David Cameron nello scorso mese di luglio in un suo discorso tenuto all'università di Liverpool, il suo progetto riformista - che dal mese di aprile 2011 sarà attuato in quattro zone campione (area di Sutton a Londra, Liverpool, l'Eden Valley in Cumbria e il Berkshire Council di Windsor) - prevede:

- da un versante, nuove forme di partecipazione diretta dei cittadini alla gestione di numerosi servizi pubblici (tra i quali, anche la sanità, ma pure i trasporti, la raccolta dei rifiuti, la conservazione dei parchi naturali e musei);
- dall'altro, la sostituzione graduale dell'autorità pubblica e, quindi, delle istituzioni locali, ad opera di una rinnovata imprenditorialità privata sulla base di progetti preventivamente condivisi.

Una tale iniziativa troverà il suo sostegno finanziario nella *Big society bank*, che rappresenterebbe una sorta di grande serbatoio statale in cui andrebbero a confluire, per esplicita disposizione

⁷ Jorio E., *Il percorso legislativo delle riforma sanitaria di Barack H. Obama, prima che venga approvata dal Congresso Usa*, www.astrid.eu, n. 5, 2010

⁸ Ferrera M., *Meno Stato e più società*, Corriere della sera, 3 settembre 2010.

⁹ Cazzullo A., *Sacconi: diamo più spazio alla società. Con la crisi è finito lo Stato pesante*, Corriere della sera, 30 agosto 2010.

legislativa nazionale, anche le risorse cosiddette dormienti depositate nei numerosissimi conti bancari, rimasti inattivi per oltre 15 anni.

In buona sostanza, da una siffatta ipotesi riformatrice emerge la necessità di volere modificare radicalmente il sistema della gestione della salute anglosassone, originariamente approvato nel 1991, che aveva profondamente accentrato i poteri in capo all'autorità statale, sensibilmente modificato dai laburisti di Tony Blair nel 1999, nel senso di prevedere il più alto coinvolgimento di quelle locali, soprattutto nella fase di programmazione¹⁰. Una esigenza, questa, che lascia presupporre, secondo le aspirazioni dell'attuale *leader* conservatore, una partecipazione, più allargata possibile, nella gestione della sanità, finanche estesa al volontariato e alle organizzazioni filantropiche, del tipo quelle che negli Usa sono sorte ad iniziativa di Bill Gates e George Soros, molto attive anche in campo internazionale sul tema della salute pubblica in generale e per la universale vaccinazione dei bambini nel mondo¹¹.

La soluzione proposta da Angela Merkel

La cancelliera tedesca, Angela Merkel, ha reso noto il proprio progetto di legge di riforma sanitaria, appena approvato dall'Esecutivo e programmato per la presentazione al Bundestag per il successivo 30 settembre 2010. I suoi contenuti sembrano essere unicamente finalizzati a ridurre i costi di esercizio del sistema sanitario nazionale, al fine di ripianare il suo debito consolidato che ha superato gli undici miliardi di euro.

La proposta riforma, che dovrebbe entrare in vigore già nel prossimo anno, prevede un sensibile aumento dei contributi sanitari a carico delle retribuzioni dei lavoratori dipendenti, incrementati dall'attuale 14,9% al 15,50%. Più precisamente, una siffatta misura economica - che dovrebbe garantire un maggiore introito all'anno in favore dell'erario pubblico di circa sei miliardi di euro - andrà a gravare, quanto al 7,3% (oggi 7%), sulle imprese datrici di lavoro e, quanto al restante 8,2% (oggi 7,9%), sui prestatori dipendenti¹².

Oltre a ciò, è dato capire che il disegno di legge della Merkel andrebbe a comprimere, sotto il profilo strettamente assistenziale, il livello gratuito delle prestazioni rese ai cittadini tedeschi dal loro servizio sanitario, attraverso la eliminazione di alcune esenzioni generalizzate e l'introduzione di compartecipazioni alla spesa salutare scandita per fasce di reddito.

A ben vedere, si profila in Germania una riforma destinata ad incrementare il prelievo erariale sul binomio impresa/lavoratore dipendente, pariteticamente suddiviso nella misura dello 0,30% cadauno, nonché a disincentivare il ricorso diffuso a quei generi di prestazioni sanitarie non riconosciute come propriamente essenziali. Una valutazione di merito, quest'ultima, sulla quale si avrà modo effettuare i necessari approfondimenti non appena in possesso dell'articolato specifico.

Una ipotesi domestica: l'agenziaificazione

Una simile avvenimento, proprio per la inderogabilità del cambiamento dichiarato dal primo ministro britannico per salvaguardare il suo paese dall'estremo peggioramento del relativo servizio e dall'indebitamento progressivo, potrebbe costituire lo stimolo per valutare un rimedio riorganizzativo da opporre alla *a*-sistematicità sostanziale che caratterizza il funzionamento del nostro Servizio sanitario nazionale, oramai frammentato da una diversità gestionale che non ha eguali e caratterizzato da una concreta difformità delle prestazioni rese nelle diverse regioni. Una opzione, quella programmata in Gran Bretagna, che andrebbe, comunque, a porsi come soluzione alternativa a quell'istanza nostrana che vorrebbe privatizzare una parte considerevole della gestione della sanità italiana, attraverso la trasformazione, per esempio, delle aziende ospedaliere in società di capitali, sulla scia degli esiti positivi, economici e di servizio, conseguiti dalle importanti fondazioni private che gestiscono un consistente segmento degli Irccs più apprezzati del nord Italia.

¹⁰ Jorio E., *Diritto sanitario*, Milano, 2006.

¹¹ Antonini L., *Editoriale*, Panorama, , 23 settembre 2010.

¹² Swissinfo.ch, *Germania: Merkel vara riforma sanità tra critiche e proteste*, 23 settembre 2010.

Gli elementi caratterizzanti il progetto riformatore del *premier* britannico - opportunamente integrati, sì da renderli più confacenti ai nostri bisogni di salute, molto differenziati tra le singole regioni, autentiche protagoniste istituzionali dell'organizzazione del servizio sociosanitario - darebbero modo di programmare una ipotesi di cambiamento funzionale a valorizzare le energie della società civile, coinvolgendole nella gestione dei servizi pubblici, fino ad oggi garanti dell'esigibilità dei diritti civili. Ciò in conformità del principio della sussidiarietà sociale insediato del novellato ultima comma dell'art. 118 della Costituzione.

Una tale ipotesi di lavoro lascia, tuttavia, presumere una sua inadattabilità a quello che sarà il nostro sistema Paese, in via di profonda trasformazione sotto il profilo della finanza pubblica. Le regole dell'introdotta federalismo fiscale presuppongono, infatti, l'aspettativa di conseguire un corretto esercizio delle funzioni di governo della spesa sanitaria, pena il fallimento politico dei preposti, quasi a volere realizzare una sorta di istituzione territoriale regionale imprenditorializzata a tal punto da consuntivare quantomeno il pareggio di ogni gestione corrente, da doversi garantire attraverso i costi *standard*, ove mai integrata, all'occorrenza, dai prelievi aggiuntivi da fare gravare sui cittadini amministrati.

Nella convinzione di dovere, comunque, modificare gli attuali assetti ideologico-organizzativi del sistema sanitario nella sua interezza, nell'ottica di privilegiare e, dunque, di salvaguardare la gestione pubblica del sistema e, nel contempo, di realizzare una pubblica amministrazione caratteristica più leggera e più efficiente, si potrà pure "agenzificare" il Servizio sanitario nazionale, pensando a soluzioni del tipo l'istituzione dell'Agenzia nazionale della salute, da disciplinare con provvedimento legislativo specifico. Una ipotesi fondata su un nuovo modello gestorio utile a concretizzare una netta distinzione tra politica e amministrazione sostanziale del sistema, propedeutica ad eliminare ogni duplicazione organizzativa e funzionale, nonché strumentalmente diretta al miglioramento della gestione e del controllo dell'economia specifica complessiva, nel rispetto dell'esercizio dell'autonomia regionale. Un modo, questo, per isolare dall'attuale contesto ordinamentale i costi relativi e meglio evidenziare la responsabilità dei dirigenti ivi complessivamente impegnati sui risultati prodotti¹³.

¹³ Merloni F., *Le agenzie a cinque anni dal d.lgs. n. 300: l'abbandono del modello generale* (pag. 27), in Vesperini G., *La Riforma dell'amministrazione centrale*, Milano, 2005