

## La sanità che ci vorrebbe

di Ettore Jorio

L'Italia del dopo estate è stata ricca di manifestazioni pubbliche organizzate per lo più dai partiti. Un po' di quello che rimane delle belle feste di una volta, dell'Unità piuttosto che dell'Avanti e dell'Amicizia. Eventi politici che erano capaci di mettere insieme le nuove e le vecchie generazioni per ivi confrontarsi su tutte le problematiche, a cominciare da quelle più attuali.

Uno dei temi più trattati nelle sessioni argomentative dedicate ai problemi regionali è stata (come al solito) la sanità. Meglio, la preoccupazione del suo progressivo deterioramento organizzativo. Quest'anno esaminata in relazione alle misure economiche proposte e adottate dal Governo, al federalismo fiscale e, per finire, ai numerosi piani di rientro.

Nel pericolo dell'Italia in *default* c'è il timore della decadenza della sanità pubblica, che si sta indebolendo progressivamente, mettendo a rischio le condizioni salutari del Paese, soprattutto quelle del Mezzogiorno.

Il problema riguarda la sanità pubblica in senso lato, intendendo per tale l'organizzazione sanitaria complessiva, composta dalle aziende della salute, dagli Ircss, dagli erogatori accreditati privati e da quelli convenzionati. Insomma da tutti coloro che si rendono garanti, nel quotidiano, della erogazione ai cittadini delle prestazioni socio-sanitarie, a mente del dettato costituzionale.

E', quindi, un dovere di tutti difenderla perché sono in gioco due dei più importanti diritti sociali: l'assistenza sanitaria e quella sociale. Quelli che afferiscono i livelli essenziali, da rendere uniformi sul territorio nazionale (art. 117, comma 2, Cost.). Quelli ai quali bisogna assicurare la copertura finanziaria al 100% e le risorse speciali, utili a compensare gli squilibri e le differenze sostanziali funzionali a favorire l'effettivo esercizio dei diritti alla persona (art. 119 Cost.). Quelli, infine, a favore dei quali - a fronte di una messa in pericolo della tutela dei livelli essenziali dell'assistenza - la Costituzione impone le sostituzioni commissariali degli organi regionali inadempienti (art. 120, comma 2).

Ebbene, per il corretto e concreto esercizio di una siffatta attività "difensiva" dell'esigibilità degli anzidetti diritti c'è l'esigenza di cambiare le "regole di vita" del Paese.

A proposito delle regole, tenendo conto di quelle che si impongono e si propongono a discapito di quelle che vengono e/o verrebbero espulse dall'ordinamento, viviamo un anno speciale.

Due manovre finanziarie, prodotte nell'arco di una estate, che introducono pesanti *ticket* aggiuntivi (luglio) e prevedono per la sanità tagli lineari per circa 8 miliardi nel 2013 (2,5 mld) e 2014 (5,45 mld). Una manovra *ter* minacciata per questo autunno che poco lascia sperare in termini di condizioni assistenziali per la persona. Un disegno di legge costituzionale che sancirebbe l'ingresso del pareggio di bilancio nella Carta, con rilevanti novità sull'andamento e controllo dei conti *sub*-statali. Un disegno di legge delega (lo stesso che prevede anche la riforma fiscale) sulla spesa sociale, che modificherà il concepimento della reversibilità delle pensioni, ma soprattutto gli assegni di accompagnamento dei soggetti non autosufficienti, con pesanti ricadute sul sistema dell'assistenza/previdenza fondata sulle indennità e i sussidi a base non contributiva. L'obbligo imposto dalla BCE del risanamento del debito pubblico, oramai oltre ogni limite. Infine, sul piano comunitario, il cosiddetto *Six Pack*, ovverosia quell'accordo (quasi) formale condiviso da tutti gli organi

dell'Unione Europea (Consiglio dei ministri, Commissione e Parlamento) che impone il governo economico rafforzato dell'economia, con pesanti sanzioni (semi)automatiche ai Paesi inadempienti nella corretta tenuta dei loro conti e nel conseguimento degli obiettivi fissati.

Su tutto, il federalismo fiscale, forte dei suoi otto decreti attuativi, che cambierà la finanza pubblica, con particolare riferimento per la sanità e per il sociale *in primis*.

A ciò va aggiunta la situazione speciale delle dieci regioni (di cui cinque commissariate) sottoposte al programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei loro servizi sanitari regionali. Perché così si chiama il cosiddetto piano di rientro (art. 1, comma 180, Finanziaria per l'anno 2005 e successive).

Dunque, si diceva, un anno complessivamente speciale, fatto di una specialità nazionale appesantita da tante specialità regionali, che impongono, quantomeno, l'immediato ricorso ad alcuni adempimenti legislativi, che saranno sensibilmente influenzati dal verificarsi di almeno due condizioni: la disponibilità delle risorse indispensabili per garantire i Lea e una migliorata capacità di governo delle regioni.

Quanto agli adempimenti normativi occorrono le *riforme strutturali*. Alcune effettuate con la concorrenza dello Stato e delle Regioni (art. 117, comma 3, Cost.). Altre, esclusivamente, da queste ultime (comma 4).

In riferimento alle prime bisognerà, forse, pensare ad una riforma *quater*, da elaborare anche in modo coraggioso, tale da stravolgere l'attuale impostazione organizzativa. A tal proposito, necessiterebbe, infatti, prendere atto che l'aziendalismo ha perso. Lo ha fatto producendo debiti a iosa e determinando un peggioramento progressivo del sistema, soprattutto sotto il profilo della qualità erogativa. Basti pensare alle enormi posizioni debitorie condonate *ante* 2000, che hanno impedito, per esempio, al decreto legislativo 56/00, attuativo della legge delega 133/99, di andare avanti nell'abrogazione dei trasferimenti dello Stato verso le Regioni, facendo così abortire la prima ipotesi federalista voluta dal governo D'Alema *bis*. Basti pensare al debito pregresso consolidato del Servizio sanitario nazionale che, pare, avviato oramai verso i 40 miliardi di euro (e forse oltre), tenendo conto dei rendiconti regionali, verosimilmente bugiardi, ancora in circolazione.

Forse che sarebbe meglio "agenzificare" il Servizio sanitario nazionale. Potrebbe essere una soluzione, magari imponendo la separazione della gestione dello *stock* del debito pregresso a tutto il 2010 da quella ordinaria. Un percorso, questo, che sarebbe in linea con quanto recentemente proposto per il debito pubblico degli Stati membri da un accreditato gruppo di economisti europei denominato *Euro-nomics*, formato - tra gli altri - da M. Brunnermeier, M. Pagano e P. Lane.

Un altro adempimento legislativo "concorrente" non più trascurabile è quello di fare dell'assistenza un tutt'uno. Un obiettivo da conseguire per realizzare quell'insieme indispensabile, formato dalla sanità e dal sociale, funzionale ad affrontare positivamente la sfida del domani. Con questo, imporre alle regioni la programmazione degli interventi socio-sanitari in un unico strumento pianificatorio, con un pensiero a rendere unitario anche il socio-assistenziale, oramai in procinto di subire pesanti trasformazioni al ribasso per motivazioni squisitamente economiche. Un modo per realizzare un *unicum* vincente, sia sul piano della qualità del servizio che su quello delle economie gestionali. Del resto, lo pretende la Costituzione e lo prescrive il federalismo fiscale, prevedendo la loro copertura al 100%.

Così facendo, si eviterebbero, per esempio, anche quelle angosciose disparità di trattamento che si realizzano, specie in molte aree del sud del Paese, nei pagamenti delle rette in favore delle strutture dedicate all'assistenza che si vedono trascurate, in termini di puntualità di riscossione dei loro crediti, a causa di una separatezza di fondi che non ha ragione di esistere, sia sotto il profilo giuridico che politico.

Quanto alle riforme strutturali di stretta competenza regionale occorrerebbe affrontarle con tempestività, ma con la testa sul collo. Esse dovranno essere ispirate alla massima concentrazione delle aziende della salute, magari riunite in un organismo unico onnicomprensivo, sì da rendersi garante di una gestione unitaria e impeditiva di conduzioni manageriali fantasiose, molto frequenti in alcune aree del sud, produttive di diseconomie e disservizi inenarrabili.

Una ipotesi che, se realizzata, consentirebbe risparmi consistenti, concentrazione di responsabilità, soprattutto nella razionalizzazione dei posti letto e nel contemporaneo rilancio dell'assistenza territoriale, gestione organica delle risorse umane e tante altre cose funzionali agli obiettivi di finanza pubblica. Il tutto completato da riforme concrete dell'intervento socio-assistenziale, di competenza esclusiva delle regioni, finalizzato a realizzare le necessarie e strette sinergie con quello socio-sanitario, nel senso di rendere il sistema più generoso, sul piano prestazionale, con i soggetti deboli, in crescita esponenziale.

Un percorso, questo, che dovrà essere accompagnato da un saggio comportamento delle regioni commissariate, ove se ne vedono di tutti i colori. In alcune, allo scopo di conseguire la diminuzione delle disponibilità dei posti letto, vengono infatti indiscriminatamente chiusi presidi ospedalieri senza prevedere alcuna alternativa assistenziale di tipo territoriale. Ciò accade senza alcuna preventiva analisi dei bisogni salutari, come al solito desunti e interpretati in siti romani, inconsci persino delle condizioni orografiche di riferimento.

A tutto questo vanno ad aggiungersi pratiche "legislative" non propriamente conformi al dettato legislativo, ai suoi fondamentali. Vi sono regioni (per esempio, la Calabria), infatti, ove vengono disposte, con provvedimenti amministrativi, adottati dalle giunte regionali e/o dai commissari *ad acta* - ai quali è interdetta l'assunzione di qualsivoglia provvedimento di carattere legislativo (Corte Costituzionale, *docet*) -, rivoluzioni organizzative e strutturali dei sistemi regionali da tempo consacrati in appositi leggi regionali. Ciò in aperta violazione ai principi generali che regolano la gerarchia delle fonti.

*Le risorse economico-finanziarie.* Da prevedere, prioritariamente, quelle straordinarie destinate alla perequazione infrastrutturale, utili a colmare le differenze strumentali (art. 119, comma 5, Cost.), funzionali a garantire la buona qualità delle prestazioni, e quelle altrettanto indispensabili per coprire il debito pregresso, altrimenti impagabile. Una disponibilità economico-finanziaria ineludibile per quelle regioni (apparentemente, cinque!) messe in ginocchio da entrambi i *deficit*.

Quanto alle risorse ordinarie, sarà indispensabile assicurare al sistema autonomistico territoriale, quantomeno, quelle utili a garantire il finanziamento necessario a rendere esigibile il diritto alla salute sino all'esordio a regime del federalismo fiscale.

Dal 2013 ci penseranno, invece, i costi *standard*. La procedura della loro individuazione è senza dubbio complessa e, per alcuni aspetti, sindacabile. Vengono presi a campione i costi ottimali di produzione salutare di tre regioni *benchmark* sui quali determinare quello *standard* da garantirsi in favore di tutte le regioni. Le anzidette saranno scelte, dalla Conferenza Unificata, su una rosa di cinque selezionate dal Ministro della Salute, tra quelle

con i conti in ordine e con le prestazioni certificate nella qualità. Un tale valore economico, (molto) presuntivamente ottimale, individuato per macroarea assistenziale (prevenzione, territorio e ospedaliera), sarà moltiplicato per il bisogno ponderato (oggi solo per età) della popolazione destinataria, in relazione alla quantità delle prestazioni stimate (da chi e come non lo si capisce ancora!).

In buona sostanza, esso rappresenterà la quasi bella copia dell'attuale quota capitaria pesata, fino ad oggi risultata, per certi versi, insufficiente a livellare le prestazioni sanitarie nel Paese.

A ben vedere, occorrerebbe al riguardo fare riferimento ad altri indici-correttivi per garantire l'efficienza del sistema ovunque. Non ultimi quelli di deprivazione sociale, beninteso specializzati, nel senso di tenere conto nei processi di valorizzazione relativa, oltre che dei fenomeni di ordinario impoverimento, anche del *deficit* infrastrutturale, riferito pure alle strumentazioni tecnologiche, che caratterizzano l'assistenza socio-sanitaria nei diversi territori regionali. "Povertà" queste, da dovere assolutamente colmare per rendere dovunque il sistema, quantomeno, mediamente efficiente.

Stessa cosa dovrà avvenire nei confronti del debito pregresso, da dovere ammortizzare - a cura delle regioni - nel lungo periodo mediante l'accensione di appositi mutui, molti dei quali già in essere. In proposito, dovranno essere previsti e realizzati altrettanti appositi interventi di "perequazione straordinaria", senza i quali si renderà impossibile la sopportazione dei relativi oneri, tenuto conto delle logiche insediate nel sistema costi/fabbisogni *standard*.

Da ultimo, la *capacità di governo* delle regioni. Ad attuare il federalismo fiscale, impossibile senza le necessarie conoscenze. A programmare unitariamente il proprio intervento socio-sanitario-assistenziale. Ad individuare, ovunque, un *management* degno di questo nome.

L'*obiettivo*. Riportare tutte le regioni nell'ordinario e nella normalità. Far sì che alcune delle regioni "normali" imparino a dire la verità sui loro conti. Due compiti non facili, considerato lo scadente spessore dell'assistenza attuale e lo stato di (non) risanamento del debito, che incrementa inarrestabilmente.

Di conseguenza, assolvere il dovere di dichiarare la verità economico-patrimoniale a livello comunitario e, quindi, di risanamento del "buco" relativo.

Quanto ai commissariamenti in corso, *ex art.* 120, comma 2, della Costituzione, occorrerebbe prendere atto che Roma ha fallito!