

Qualche dubbio sulla revisione della costituzione in atto

Ettore Jorio

(Fondazione trasPArenza)

Un sistema della salute senza programma determina una organizzazione sanitaria destinata a non essere più tale. E' quanto sta accadendo nella sanità sottoposta ai piani di rientro, con prevalenza per quella commissariata. Il peggio lo si constata in Calabria.

I motivi di tutto questo risalgono a due errori storici. Il primo è stato quello di supporre, originariamente, che tutte le regioni fossero capaci di gestire per loro conto la sanità e non solo. La seconda è stata quella di non considerare lo stato di partenza, in termini di debito accumulato - spesso nascosto sotto la cenere sperando che poi sarebbe arrivato lo Stato a pagare il costo della *maladministration* dei gestori politici consentita dalla dabbenaggine degli elettori che l'hanno tollerata per decenni - e di iniziale e a volte pressoché assoluta povertà infrastrutturale. Due *handicap* cui ha dato soluzione, in (molto) colpevole ritardo di applicazione, il cosiddetto federalismo fiscale, con l'introduzione della metodologia di finanziamento fondato sul binomio costi/fabbisogni *standard*, assistito dalla perequazione ordinaria in favore delle Regioni più povere, garante della copertura delle spese "normali" al 100%, e la perequazione infrastrutturale. Una soluzione legislativa che se non la si vuole più occorre dirlo chiaramente invocando una ulteriore revisione costituzionale in riferimento all'art. 119 della Carta, della quale tuttavia si sottace in quella in corso definizione in Parlamento.

In relazione alla diversità colpevole delle Regioni è sotto gli occhi di tutti l'abnorme diversità assistenziale garantita da alcune regioni (troppe) rispetto al resto del Paese, generatrice di una mobilità passiva che affoga, per esempio, la Calabria, di oltre un quarto di miliardo di euro l'anno, solitamente "evaso" nella determinazione del rispettivo *deficit* annuale di funzionamento. Un problema al quale la revisione costituzionale del 2001 (art. 116 Cost.) - così come quella in corso di approvazione definitiva a cura delle Camere che sarà soggetta, a mente dell'art. 138 della Costituzione, a *referendum* confermativo per difetto di conseguimento del consenso della maggioranza assoluta dei componenti - offre la soluzione di un ampio esercizio del federalismo cosiddetto asimmetrico, che consente alle

Regioni più efficienti di ampliare la loro competenza legislativa. Un ampliamento di *potestas* che, a seguito della modifica costituzionale *in itinere*, consentirà una sensibile espansione di autonomia legislativa delle Regioni anche nella definizione delle disposizioni generali e comuni afferenti alle politiche sociali. Un modo, questo, per fare correre più avanti le autonomie regionali che ci sanno fare che vinceranno così per lungo distacco su quelle incapaci nel percorso di garanzia dell'esigibilità delle prestazioni socio-sanitarie. Non solo. Si renderanno, a danno di queste ultime, destinatarie di una continua e progressiva "importazione delle risorse dell'inefficienza". Quella mobilità attiva che ha assicurato, per esempio, alla Lombardia, entrate "straordinarie" complessive annuali di ben oltre mezzo miliardo di euro sottratte soprattutto alle Regioni commissariate. Il tutto alla faccia della autonomia finanziaria degli enti territoriali, garante dell'esercizio delle funzioni fondamentali e dell'erogazione delle prestazioni essenziali. Un assunto che sta dietro al neointrodotta principio costituzionale del concorso obbligatorio del sistema autonomistico di assicurare l'equilibrio del bilancio della Repubblica e la sostenibilità del debito pubblico.

A ben vedere, ci si trova di fronte ad un servizio sanitario che:

- da una parte, rema contro la costituzione cosiddetta economica e dei rapporti sociali, garante del costante disequilibrio e della non tutela del diritto alla salute;
- dall'altra, perde sempre di più la caratteristica unitaria sistemica di nazionale per assumere una peculiarità asistemica regionale, nel senso di essere sempre di più protagonista di una resa a macchia di leopardo, ove la macula diventa sempre più rada, tanto da rendere i territori e le popolazioni diseredate dei diritti di cittadinanza sempre più ingombranti, sì da coinvolgere in negativo circa trenta milioni di cittadini. Guarda caso quelli sottoposti a piani di rientro, destinati a crescere sensibilmente (Chiamparino *docet*). Per non parlare di quelle commissariate che vanno di male in peggio, supponendo di prendere in giro le collettività interessate - che costituiscono la migliore clientela per miliardi di euro di quelle efficienti, che fanno della mobilità attiva un dei punti di forza del loro progetto "industriale" della salute - dimostrando sedicenti benefici economici strutturali a tutto svantaggio del servizio reale sempre più precario e pericoloso per la salute dei cittadini. Dunque, si sta sempre di più profilando in una gran parte del Paese, che arriva a contare circa trenta milioni di abitanti, una sanità negata!

Un risultato conseguito da una errata politica di risanamento dei bilanci che fosse in linea con la certezza dei diritti di cittadinanza. Un po' come sta succedendo con gli enti locali e le Regioni ove si suppone di ottimizzarne il funzionamento consentendo loro l'ammortamento nel lunghissimo periodo (30 anni) dell'enorme debito accumulato verso il sistema delle imprese e non solo, prescindendo dai servizi che scadono in termini di qualità e dal patrimonio in progressivo depauperamento.

A tutto questo si è aggiunto il contributo negativo del lessico politico che fa assumere solitamente agli strumenti un significato diverso da quello cui il legislatore ha fatto e fa riferimento specifico. Ciò è accaduto in relazione ai programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei servizi sanitari regionali in crisi conclamata sia in termini di equilibrio economico che di eccessivo accumulo di debito pregresso nonché di precarietà erogativa dei livelli essenziali di assistenza, tradotti in meri piani di rientro. Una ridenominazione che denota lo spirito pessimistico con cui si è approcciata la pratica applicazione di una intelligente procedura, di chiara *ratio* ottimistica, individuata dal legislatore del 2004, sancita nei commi 174 e seguenti dell'unico articolo di cui si componeva la Finanziaria per l'anno 2005 (L. n. 311/2004). Uno strumento, quello del programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione/potenziamento del sistema sanitario, resosi non più garante della tutela della salute, funzionale al risanamento di una organizzazione sanitaria gravemente ammalata da decenni di inefficacia, inefficienza e diseconomia. Ciò in quanto divenuta una mera occasione per "calmierare" esclusivamente i *deficit* correnti attraverso le più tradizionali regole della più antiquata ragioneria pubblica consistenti nel tagliare sensibilmente il personale, attraverso l'indifferenziato blocco del *turnover*, e tagliare linearmente i finanziamenti precedenti goduti dalle autonomie destinarie. Il tutto assistito con la bonifica dell'enorme debito pregresso, di entità plurimiliardaria, formatosi negli anni attraverso l'accesso a mutui trentennali agevolati ammortizzabili attraverso l'utilizzo delle risorse presenti nei bilanci ordinari delle Regioni già sacrificati per loro stesso conto.

Un modo assurdo di procedere al risanamento della quasi totalità del sistema sanitario del Mezzogiorno - esteso al Lazio e all'Abruzzo, ma anche al Piemonte e che ha interessato anche il Veneto, la Liguria e la Sardegna - non affatto compatibile con quanto richiederebbe

il progetto ideale per la miglior tutela della salute. Meno personale e meno risorse equivalgono a rendere concretamente più inefficiente il sistema sanitario non più largamente garante delle prestazioni che rappresentano una peculiarità costituzionale. Un servizio sanitario nazionale che oramai vive, da una parte, la desertificazione delle corsie e dei pronto soccorso e, dall'altra, la povertà di risorse umane e di tecnologia funzionale a rendere l'offerta di salute adeguata alle esigenze. Una inadeguatezza determinata da una sostanziale carenza di assistenza territoriale che ritarda colpevolmente a divenire tale, collaborata in questo da una "assistenza di famiglia", intendendo per tale quella delegata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, sempre di più "inadempiente" nei confronti delle necessità crescenti di una popolazione progressivamente destinata all'invecchiamento. Una difficoltà che rende più gravosa del solito la quotidianità degli anziani (ma non solo), tanto da fare registrare veri e propri esodi di massa ultrasettantenne verso i pronto soccorso residuati alla ricerca di quell'assistenza che non c'è e che non trovano in prossimità dei loro domicili.