

La sanità con i conti e le *performance* sempre di più a macchia di leopardo¹

di Federico Jorio
(Fondazione trasPArenza - Cosenza)

Sommario: 1. La degradazione del programma di miglioramento dell'assistenza in strumento ragionieristico 2. Le contraddizioni nella nomina dei commissari ad acta e sulle loro attribuzioni 3. La discussa utilità dei piani di rientro 4. L'esigenza di monitoraggio e aggiornamento degli Accordi Governo-Regioni.

1. La degradazione del programma di miglioramento dell'assistenza in strumento ragionieristico.

Un diritto delle crisi non può assolutamente non occuparsi dell'ingombrante fenomeno della precarietà dei conti pubblici causata dalla gestione del Servizio sanitario nazionale, analizzandone le cause e intercettando le soluzioni possibili.

Un problema che ha caratterizzato l'organizzazione della salute dalla sua nascita implodendo sempre di più al suo interno, sin dai suoi albori che succedettero alla liquidazione del precedente sistema incentrato sulle casse mutue. Primitivamente, a causa della gestione politica affidata ai Comuni attraverso le Unità sanitarie locali, quale struttura-atomo del Servizio sanitario nazionale introdotto dalla riforma recata dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833. Successivamente a seguito di una aziendalizzazione del sistema improntato su una managerialità francamente inappropriata e meramente nominalistica, attesa la sua stretta dipendenza e sudditanza dalla politica che ne ha compromesso, sin dall'inizio, l'espressione, la capacità imprenditoriale e, dunque, il prodotto salutare.

Si è così venuto a creare un sistema della salute ibrido, che rintraccia nella relativa disciplina una prerogativa diversa da ciò che, invece, ha generato nella pratica, tanto da vedere crescere una filiera di aziende sanitarie e ospedaliere che, nella gran parte del Paese, nulla avevano e hanno di imprenditorialità reale. Una aziendalizzazione impropria che ha generato l'esatto contrario di quanto si chiede comunemente ai *manager* delle comuni imprese: un prodotto scadente, in termini di Lea, e consistenti perdite di esercizio, piuttosto che una produzione eccelsa e utili corrispondenti di entità apprezzabile. Un risultato così negativo che, se conseguito dall'azienda privata, sarebbe considerata una causa determinante per la dichiarazione del suo fallimento civilistico ovvero quantomeno effetto determinante per la sua volontaria dismissione a cura del suo titolare.

Un problema a tutt'oggi emergente, tanto da registrare sul panorama nazionale otto Regioni in piano di rientro (Lazio, Campania, Calabria, Abruzzo, Molise, Sicilia, Puglia e Piemonte), di cui le prime cinque commissariate, e altre tre (oltre alle otto) uscite dall'analogo regime di risanamento

^{1 1} L'articolo costituisce l'anteprima di una monografia dell'autore che sarà pubblicata a breve.

(Sardegna, Veneto e Liguria)². Un fenomeno diffuso che vede coinvolte realtà regionali che contano, complessivamente, ben oltre venticinque milioni di abitanti, ai quali non vengono resi esigibili i livelli essenziali delle prestazioni (LEA), ancorché garantiti dalla Costituzione (art. 117, comma secondo, lettera m), sanzionati con il massimo delle aliquote fiscali di competenza regionale (addizionale Irpef e Irap). Una pressione tributaria non discrezionalmente decisa bensì imposta dalle obiettive circostanze e, di conseguenza, dalle leggi che la sanciscono.

Proprio per l'importanza che un siffatto problema riveste, in termini di mancata esigibilità dei diritti fondamentali (tale è il diritto alla tutela della salute, unico ad essere esplicitamente definito tale dalla Costituzione all'art. 32), occorre ripercorrere la genesi normativa di un siffatto istituto che è divenuto oramai costantemente e ordinariamente utilizzato nella gestione della sanità esercitata in tante regioni che sommano, come detto, una presenza demografica pari, all'incirca, alla metà della popolazione nazionale³.

Sono, infatti, trascorsi oltre dodici anni dalla "invenzione" di un tale strumento - denominato nella prassi piano di rientro piuttosto che "programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali", così come definito dalla disciplina legislativa introduttiva (comma 180 dell'art. 1 della legge 311/2004) - ed esso risulta essere vivo e vegeto con la verosimile tendenza ad una maggiore diffusione, che coinvolgerà ulteriormente il sistema delle Regioni. Ciò in quanto queste ultime saranno via via maggiormente contaminate dalle difficoltà finanziarie, salvo che venga ridotta sensibilmente la soglia di erogazione delle prestazioni gratuite rese dal sistema ovvero incrementata consistentemente la platea degli esclusi dalla gratuità ovvero, ancora, aumentato il numero degli obbligati ad una maggiore compartecipazione (*ticket*) del costo dell'erogazione richiesta.

Una tale deformazione del *nomen juris* - da strumento di risanamento individuato per riorganizzare, riqualificare o potenziare a mero piano di rientro - la dice lunga sulla visione pessimistica dei preposti istituzionali rispetto a quella ottimistica del Parlamento che ne determinò, a suo tempo, l'introduzione a regime. Una sorta di distorsione concettuale che costituì un presagio negativo in termini di risultato, quasi a risultare anticipatore dei *flop* sino ad ora registrati ovunque, ove al massimo si sono rendicontati dei risultati positivi grazie esclusivamente al blocco del *turnover* che ha prodotto negli anni risparmi pluri-milionari a fronte di una desertificazione delle corsie in senso lato, che hanno generato i drammi visibili e vivibili nei pronto soccorso italiani (e via dicendo nelle corsie ospedaliere) e una assistenza territoriale ancora tutta da inventare⁴.

² Frittelli T. La criticità della spesa sanitaria: i costi di personale, in Castiello F., e Tenore V., Manuale di diritto sanitario, Milano 2012.

³ Bellentani M., Bugliari Armenio L., La logica dei piani di rientri e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità, in Balduzzi R. e Carpani G. (a cura di) Manuale di diritto sanitario, Bologna, 2013.

⁴ Jorio E., Diritto della sanità e dell'assistenza sociale, Rimini, 2013.

Dunque, nel 2004, con l'approvazione della legge finanziaria per l'anno 2005, il legislatore del tempo decise di intervenire sull'inarrestabile problema della produzione di *deficit* economici da parte di numerosissimi sistemi sanitari regionali produttivi di un debito pregresso sino ad allora neppure rendicontabile. Lo fece con i commi 174 e seguenti dell'articolo unico della legge 311/2004, una disciplina via via implementata dai successivi provvedimenti legislativi, che nel loro insieme istituirono un percorso sistematico fondato su tre livelli di intervento risanatore.

Il primo è stato quello di prevedere il perfezionamento di un accordo da definirsi a cura del Ministro della salute, di quello dell'economia e finanze e della Regione compromessa nei suoi conti e deficitaria nella sua *mission* assistenziale, non più garante dei Lea. Un "contratto" nel quale prevedere tutte le azioni necessarie per il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario nel rispetto assoluto dell'esigibilità dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie.

Il secondo - subordinato al più che verosimile mancato adempimento della Regione di adottare in autonomia gli atti necessari a coprire il disavanzo accertato e di ripristinare un livello accettabile dei Lea - è stato quello di attribuire al Presidente della Regione medesima la funzione di commissario *ad acta*, a mente dell'art. 120, comma secondo, della Costituzione. Una nomina significativa, atteso che con essa veniva affidato al Governatore il compito di sostituire l'organo esecutivo regionale, la Giunta, nell'adottare tutti i provvedimenti amministrativi e regolamentari in materia di sanità nonché di adottare tutti i provvedimenti utili al ripianamento del disavanzo dallo stesso accertato, ivi compresi i provvedimenti necessari a sancire gli aumenti fiscali (aumento dell'Irpef e maggiorazioni sull'Irap) strumentali ad assicurare le coperture relative.

Il terzo è stato quello di condizionare l'accesso ad un finanziamento integrativo ad una specifica Intesa Stato-Regioni, poi sopravvenuta il 23 marzo 2005. In tale Intesa sono stati, quindi, stabiliti gli obblighi di programmazione, cui sarebbero dovute attenersi le Regioni interessate per garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle loro reti assistenziali, soprattutto di livello ospedaliero, nonché le modalità di controllo collaborativo e di affiancamento nazionale, entrambi assicurati da due ministeri firmatari attraverso, rispettivamente, quelli che vennero successivamente denominati Tavolo Massicci (oggi Adduce, dal nome dei funzionari pubblici che rispettivamente ne hanno coordinato e ne coordinano i lavori), per la verifica degli equilibri economico-finanziario, e Tavolo per la verifica dei LEA (meglio, Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA) e, per altri versi, dall'Agenas e da *advisor* di nomina fiduciaria governativa ma retribuiti a carico delle Regioni contraenti⁵.

⁵ La Falce M.G. *L'attività di affiancamento delle Regioni in materia socio-sanitaria: I piani di rientro*, in Balboni E. (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Napoli 2008.

2. Le contraddizioni nella nomina dei commissari *ad acta* e sulle loro attribuzioni

Alla originaria previsione della nomina a commissario *ad acta* del Presidente della Regione interessata dal comprovato *deficit* economico-finanziario e di funzionalità, relazionata alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ne sono succedute altre due: la prima tendente a rendere alternativa a tale nomina quella di un soggetto terzo dichiaratamente esperto del settore (D.L.174/2012, che ha modificato il comma 83 e implementato il comma 84 dell'art. 2 della legge 191/2009); la seconda finalizzata a codificare l'incompatibilità del Governatore a rendersi destinatario della nomina commissariale (L. 190/2014 che, con il comma 569 dell'art. 1, ha ulteriormente modificato la normativa specifica in attuazione del Patto per la salute 2014-2016).

Sul tema dell'esercizio delle funzioni assegnate al commissario *ad acta* si è aperto, nel corso dei circa dodici anni dal suo esordio nell'ambito del risanamento delle sanità regionali, un ampio confronto dottrinale⁶ perdurato anche a seguito di alcuni esaurienti interventi della Consulta sul tema⁷. Un lavoro che ha proficuamente portato alla conclusione che al commissario *ad acta* è preclusa ogni attività di carattere squisitamente legislativo e che è, invece, allo stesso riconosciuta la *facultas* di esercitare quella di tipo normativo-regolamentare oltre all'ovvia competenza di adottare tutti gli atti di carattere amministrativo in sostituzione degli organi regionali all'uopo commissariati.

In riferimento ad una tale conclusione, è emersa la necessità di bene individuare le competenze di esercizio del commissario *ad acta* relazionate con quelle ordinarie degli organi regionali, in particolare modo con quelle di stretta competenza del Presidente della Regione e della Giunta regionale, specie da quanto il legislatore ha inteso sancire la incompatibilità del Governatore (e di ogni altro "regionale" che abbia attinenza con incarichi istituzionali presso la Regione interessata) con la nomina a commissario *ad acta*⁸. Un compito non facile tanto da aver sollecitato la Corte costituzionale ad intervenire sull'argomento. Invero, con la sentenza n. 110 del 5 maggio 2014 (redattore Coraggio), la Consulta ha definitivamente chiarito che le norme, comunque attuative dell'art. 120, comma secondo, della Costituzione, non possono in alcun modo essere interpretate come implicitamente legittimanti il conferimento di poteri in capo al commissario *ad acta* di tipo legislativo. Ciò in quanto, ancorché nominato dal Governo, di per sé legittimato ad adottare atti aventi forza di legge in particolari casi di necessità e urgenza, vige nell'ordinamento il divieto

⁶ Jorio E., *Prime osservazioni sull'esercizio del potere legislativo da parte dei Commissari ad acta*, www.federalismi.it, 2 luglio 2008; Dickmann R., *Sull'esercizio del potere legislativo a titolo sostitutivo da parte dei commissari ad acta*, www.federalismi.it, 9 luglio 2008 e, ancora, dello stesso Autore: *Il Commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa?*, www.federalismi.it, 10 febbraio 2010 e *La Corte (si) chiarisce: i commissari ad acta possono esercitare poteri sostitutivi in via normativa*, www.federalismi.it, 19 gennaio 2011.

⁷ Corte Costituzionale sentenza 14 gennaio 2010 n. 2 (redattore Quaranta) e sentenza 17 dicembre 2010 n. 361 (redattore De Siervo), su quest'ultima: Ruggeri A., *Dalla giurisprudenza di fine anno una opportuna precisazione in tema di disciplina del sistema delle fonti*, Forum dei Quaderni Costituzionali, 2011; Tamburrini V., *Sull'esercizio in forma indiretta dei poteri sostitutivi statali. Lo strano caso della legge commissariale*, Rassegna Parlamentare, 2011.

⁸ Una inconfiribilità sancita all'art. 12 della legge di stabilità per il 2015, approvata con la legge n. 190/2014, conformemente a quanto deciso nel Patto per la Salute 2014-2016.

costituzionale di affidare ad un organo diverso, nel caso di specie dal Consiglio regionale, poteri eccezionali di natura legislativa, riservati per l'appunto all'organo massimamente rappresentativo della Regione. Di contro, è da sottolineare un'altra sentenza del Giudice delle Leggi⁹ con la quale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale di una norma del cosiddetto collegato alla Finanziaria per il 2012 della Regione Campania (L. R. 1/2012) che prevedeva una diversa organizzazione delle aziende sanitarie universitarie esistenti. Una opzione legislativa che, in quanto sensibilmente modificativa degli assetti del Servizio sanitario regionale gestito in forma commissariale, è stata riconosciuta arbitrariamente invasiva della *mission* istituzionale e delle competenze specifiche esercitate dal nominato commissario *ad acta*, tenuto all'attuazione dell'Accordo di programma a suo tempo convenuto tra i Ministeri della Salute e dell'Economia e la Regione medesima.

L'assunto costituzionale pone un interrogativo cui dovere necessariamente dare una soluzione, attesa anche la lettera infelice utilizzata nel corpo degli Accordi intervenuti con le cinque Regioni resesi via via firmatarie e, contemporaneamente, sottoposte a commissariamento sostitutivo *ex art.* 120, comma secondo, della Carta. Invero, nel Paese, meglio in qualcuna delle otto Regioni ancora in piano di rientro e prevalentemente in quelle commissariate, obbligate a riparare alla loro sanità ammalata, si sta ingenerando una confusione sull'esercizio del potere legislativo dei Consigli regionali, con conseguente compressione dell'autonomia ad esercitare tale *potestas* sostitutiva.

A ben vedere, la problematica ha ingenerato un interessante confronto, sia dottrinale che giurisprudenziale, al quale ha fatto tuttavia seguito, in tutte le cinque Regioni commissariate (nessuna esclusa), quantomeno una segnata indecisione, tale da astenersi in tutte dall'intervenire al riguardo, dei rispettivi organi legislativi ad adempiere ai loro compiti istituzionali non surrogabili da alcuno, fosse anche un organo sostitutivo nominato dal Governo a mente della Costituzione. Una determinazione che rintraccerebbe la sua origine nella lettera del comma 95 dell'art. 2 della legge 191/2009, la Finanziaria per l'anno 2010. Una conclusione cui si è genericamente pervenuto a causa di una impropria stesura letterale ("rimuovere i provvedimenti, anche legislativi") e di una sua lettura disattenta e disorganica. Così facendo, l'una e l'altra hanno, di fatto, sino ad oggi abilitato una legge dello Stato a modificare la Costituzione ovvero a disattenderne e comprimerne l'efficacia dei suoi precetti fondanti, per arrivare ad interdire l'autonomia legislativa riconosciuta alle Regioni, sia pur nel rispetto dei principi fondamentali determinati dallo Stato.

Più specificatamente, l'anzidetto comma 95 - nel ritenere vincolanti, per le Regioni interessate al risanamento della sanità, gli interventi fissati nel piano di rientro, di cui al comma 180, art. 1, della legge n. 311/2004 - dispone che la Regione "è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche

⁹ Corte costituzionale, sentenza 16 luglio 2013, n. 28 (redattore Cartabia) con commento di De Gotzen, in *Le Regioni*, Bologna, 2013.

legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro". Ad una tale disposizione ne è seguito un più generale errato comportamento istituzionale - dovuto ad una lettura sommaria del precetto ma soprattutto all'improprio termine di "rimuovere" utilizzato in via troppo generica - riferito anche ai provvedimenti legislativi. Un limite che ha causato, tra l'altro, ogni possibile miglioramento erogativo della salute, ancorché a saldi invariati, individuabili dai maggiori consessi rappresentativi regionali, autentici interpreti dei fabbisogni della collettività e degli impedimenti ad essi funzionali.

In particolare, non si è generalmente ritenuto che tale precetto imponesse - com'era invece ovvio che fosse - ai Consigli regionali di approvare nuove leggi che "rimuovessero" gli ostacoli al corretto esercizio del piano di rientro, soprattutto in termini di contenimento della spesa impropria (del tipo, la eccessiva diffusione dei mini-presidi ospedalieri se fissati, come in Calabria, con una legge regionale che approvava nel 2004 il Piano sanitario regionale, comprensivo dell'offerta ospedaliera, che, in quanto tale, poteva essere modificata con omologo provvedimento e non già con strumenti pattizi o, peggio ancora, con decreti commissariali!) e che, per l'altro verso, interdicesse ai medesimi il solo esercizio ordinario legislativo che si rendesse produttivo di ulteriori spese di funzionamento ovvero che fosse di ostacolo al buon esito del piano di rientro. La totale interdizione, così come invece è stata generalmente ritenuta, ha rappresentato non solo una mancata occasione dell'adozione di norme collaborative al risanamento ma anche una palese violazione dei principi dettati dalla Carta in tema di esercizio del potere legislativo. Un assunto che una più attenta e organica lettura del disposto avrebbe fatto correttamente rintracciare dalla stessa lettera utilizzata dal medesimo legislatore del 2009, forse viziata da qualche indecisione sintattica che ha agevolato la formazione di una così grave distorsione interpretativa.

Ad un tale assunto contribuisce la lettura della recente sentenza della Corte costituzionale n. 227/2015 (redattore Cartabia), depositata l'appena 11 novembre scorso, con la quale la Consulta ha dichiarato l'illegittimità degli artt. 1 e 2 della legge della Regione Calabria n. 22/2014, richiedendone l'abrogazione. Ciò in quanto è stata ritenuta di ostacolo all'attuazione del piano di rientro e dei programmi operativi, perché verosimilmente produttiva di saldi scompensativi per il previsto risanamento, in linea con quanto precedentemente deciso in materia dal Giudice delle Leggi nel rispetto del criterio della ragionevolezza, cui il legislatore - soprattutto quello dell'emergenza economica - deve fare sempre riferimento.

A ben vedere, il legislatore del 2004 - nell'imporre alle Regioni il necessario intervento collaborativo finalizzato a non contraddire e ostacolare le politiche di rientro convenute negli Accordi Governo-Regioni - ha implicitamente confermato in capo alle medesime, nel rispetto del dettato costituzionale, il tempestivo esercizio dei poteri legislativi regionali di dettaglio atti a

facilitare l'attuazione dei piani di rientro e a garantire il loro buon esito. Un assunto condiviso dalle recenti sentenze della Consulta (su tutte, la sentenza n. 141/2010, relativamente alla legge regionale del Lazio n. 9/2009)¹⁰ che ha ritenuto di individuare ragioni di incostituzionalità solo allorché nei provvedimenti legislativi approvati in materia sanitaria dalle Regioni sottoposte ad un piano di rientro si ravvisasse una chiara violazione del principio fondamentale di contenimento della spesa pubblica e, dunque, una incisione negativa sul bilancio consolidato dello Stato. Il tutto a tutela dell'unità economica e giuridica della Repubblica.

La motivazione stessa recata nel pregevole *dictum* della Corte costituzionale è dimostrativa del superiore assunto e dei rilievi mossi verso le pretese astensioni legislative dei Consigli regionali delle Regioni sottoposte ai piani di rientro. La Consulta, infatti, nel dare corpo alla propria decisione ha esclusivamente sottolineato l'assenza di copertura finanziaria degli oneri di spesa derivanti dall'istituzione dei distretti socio-sanitari montani, cui la legge regionale faceva riferimento. Ciò in presenza di "nuove risorse umane, tecniche, strumentali e finanziarie", di "incentivi economici", di "adeguamenti dei finanziamenti correnti, in considerazione dei maggiori costi strutturali", di derogare all'occorrenza "in materia di parametri di riferimento per la dotazione di professionalità qualificate e per il contenimento della spesa", dell'istituzione di un servizio obbligatorio di eliambulanza per ogni presidio ospedaliero montano. Tutte prescrizioni ineludibili per rendere funzionale la neo-filiera assistenziale, in quanto tali comportanti maggiorazioni di spese di funzionamento e di investimenti incompatibili con le previsioni di rigore gestionale previste nell'ancora vigente Accordo interistituzionale. In quanto tale, da ritenersi anche in violazione del principio di concorso obbligatorio delle pubbliche amministrazioni all'equilibrio di bilancio della Repubblica sancito dagli artt. 81, comma quarto, e 97, comma primo, della Costituzione. Un modo, questo, per attuare anche correttamente l'art. 114 della Carta che esige di riportare il tutto ad una unitarietà nazionale che parta dal basso, a cominciare dalle autonomie locali.

Diversamente ha disciplinato il legislatore del 2009 (Finanziaria per il 2010) che ha imposto alle Regioni, prescindendo se commissariate o meno *ex art.* 120, comma secondo, della Costituzione, la "rimozione" dei provvedimenti e (più in particolare ai Consigli regionali) delle leggi nonché il divieto di adottarne di nuovi che fossero, comunque, in contrasto alla corretta attuazione del piano di rientro. Più precisamente, ha sancito la sospensione degli effetti delle leggi esistenti e dei provvedimenti, amministrativi e regolamentari, che impedissero ovvero ritardassero l'intervento di riorganizzazione, di riqualificazione e di potenziamento del Servizio sanitario regionale contenuto

¹⁰ Con la sentenza n. 141 del 14 aprile 2010 (redattore Quaranta), la Consulta ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge regionale n. 9 del 2009 con la quale la Regione Lazio ha inteso istituire i distretti socio-sanitari montani. Con essa, a giudizio del Giudice delle Leggi, sono stati disattesi i vincoli specifici contenuti nel piano di rientro dal *deficit* oggetto dell'Accordo Governo-Regione concluso il 28 febbraio 2007.

nell'Accordo Governo-Regioni, perfezionato ai sensi del comma 180, art. 1, della Finanziaria del 2005. Con un tale assunto ha, quindi, semplicemente prescritto alle Regioni l'obbligo di sospendere l'efficacia dei provvedimenti lesivi del contenuto dell'Accordo e di non assumerne dei nuovi, che potessero contrastare con quanto stabilito nei piani di rientro in esecuzione, ma non ha prescritto il divieto assoluto di legiferare in materia di salute. Una *potestas*, questa, non affatto comprimibile in termini assoluti e, dunque, esercitabile a condizione che le norme regionali approvate fossero di concreto ausilio al conseguimento dell'obiettivo di risanamento economico-patrimoniale e di miglioramento delle condizioni di esigibilità dei Lea da parte della collettività.

Quanto alla *ratio* legislativa statale essa è ben comprensibile, atteso che ha l'obiettivo di assicurare quanto più possibile un percorso favorevole agli Accordi perfezionati tra il Governo e le Regioni (comma 180, art. 1, Finanziaria per il 2005), recante il cosiddetto piano di rientro (*rectius*, il piano di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del rispettivo Servizio sanitario regionale). Di conseguenza, attraverso il comma 95 dell'art. 1 della legge 191/2009, il legislatore affida alla legge regionale un discernimento impropriamente "abrogativo" (usando in proposito un termine, rimuovere, che pare più dedicato agli effetti delle norme in atto che alle medesime, atteso che le stesse non sono soggette ad alcuna rimozione) delle norme contrastanti con l'esito applicativo dell'Accordo. Ha, dunque, inteso ribadire un principio fondamentale, *ex* art. 117, comma terzo, della Costituzione, in materia di legislazione concorrente (fino a quando esisterà, stante la revisione costituzionale approvata in Parlamento e in attesa del responso del *referendum* confermativo, *ex* art. 138 della Carta, intesa a cancellarne l'esistenza) senza con questo interferire, pena l'incostituzionalità del disposto, nella potestà legislativa regionale dell'organizzazione della tutela della salute, la quale - in linea con le finalità condivise con il Governo - resta salda in mano regionale. Quella Regione che può (deve) rivendicare, in ogni tempo, la rivisitazione dell'Accordo intervenuto, attualizzandolo alle più contemporanee esigenze e, dunque, rapportando il da farsi a quanto necessario per rendere massimamente appropriata l'esigibilità dei Lea.

Concludendo il tema specifico, da una corretta lettura sistematica del precetto esaminato deriva che quei Consigli regionali che hanno ritenuto di (auto)impedirsi sono, invece, abilitati a legiferare in materia. Una libertà di legiferazione, ovviamente, esercitabile in funzione del miglioramento del loro stato di salute *lato sensu*, senza con questo interferire negativamente sulla spesa sanitaria e sugli interventi di contenimento condivisi con il Governo e, in ogni modo, senza stravolgere o contrastare con il piano di rientro.

Di conseguenza, il giudizio del Giudice delle Leggi, relativamente all'ipotesi che dai provvedimenti legislativi potessero derivare ostacoli al conseguimento degli obiettivi della finanza pubblica e al contenimento della spesa, è da ritenersi eventualmente rinviato all'esito dell'esame del

saldo "di bilancio" formatosi tra le cose che si producono, in termini di una migliore esigibilità dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, e quanto si è "investito" per portare a buon fine il piano di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale coinvolto (così il legislatore definisce ciò che la vulgata ha ribattezzato, impropriamente, in "piano di rientro", a dimostrazione dello spirito pessimistico con il quale si è, da subito, affrontato il processo di miglioramento del sistema sanitario ove questo garantisce le peggiori *performance*!).

3. *La discussa utilità dei piani di rientro*

Un altro problema afferisce all'utilità dei "piani di rientro" così come previsti ed eseguiti ad oltre dodici anni dalla loro primitiva previsione normativa. Con l'attuale loro regolazione e, nel particolare, con l'attività esercitata dai commissariamenti *ad acta* delle cinque Regioni - la maggior parte dei quali ancora ancorati all'assurda coincidenza con la carica di Presidente della Regione - stanno dimostrando la loro insita debolezza di strumento improprio per imporre la soluzione ai mali tradizionali della sanità che affliggono attualmente ben oltre gli otto sistemi sanitari regionali sui ventuno previsti (dei quali due delle province autonome di Trento e Bolzano). Una inappropriatazza destinata a perdurare, attesa la cocciutaggine di voler fare passare gli anzidetti piani di rientro come strumenti di bonifica nonostante il loro palese e perdurante insuccesso nella loro attuale dimensione e forma, tanto da produrre ben poco sia in termini di politica di risanamento dei bilanci che di garanzia dell'esigibilità dei Lea. Ciò in quanto i risultati (non) conseguiti determinano nella quasi totalità delle regioni meridionali - a fronte di un naturale miglioramento dei conti realizzato (quasi) esclusivamente con le economie derivanti dal blocco del *turnover* e un indebitamento miliardario ammortizzabile grazie a mutui trentennali che inaridiscono, più di quanto lo siano per loro conto, le risorse ordinarie di bilancio delle Regioni obbligate ai pagamenti dei ratei relativi - la desertificazione dei siti essenziali di assistenza. Questi ultimi intesi soprattutto quali presidi destinati a garantire il livello di prestazione ospedaliera, ma anche come servizi territoriali, peraltro poco diffusi per non dire quasi assenti in ben definite aree geografiche, dedicati all'offerta salutare di prima istanza in senso lato, comprendendo pertanto la prevenzione e la riabilitazione.

Un risultato frutto di una legislazione male concepita, perché costruita per affrontare il problema in modo generalizzato, a fronte dell'emergenza economica e prestazionale che si manifestava nella quasi totale incuranza dei preposti, concausa dell'espandersi del debito pubblico. Una disciplina normativa allora delineata come misura emergenziale, in quanto tale non sufficientemente pensata, e senza conoscere profondamente le cause generatrici del malessere gestionale che affliggeva e affligge la metà del Paese. Si è così introdotto un *format* procedurale generico del percorso di risanamento dei conti dissestati e di una assistenza sanitaria non propriamente all'altezza, cui sono

state sottoposte sino ad oggi ben undici Regioni, di cui tre venute fuori celermente, *loro sponte*, dall'incancrenimento progressivo del *deficit*. Anche la rete dei controlli, così come prevista e affidata ai due ben noti Tavoli ministeriali, ha dimostrato la sua insufficienza e superficialità perché fatta di verifiche *ex post* e “condizionata” negli esiti dalla politica lasciata residuare nel processo di risanamento dei conti.

Si diceva, uno strumento nato male e, dunque, da riscrivere, prova ne è stata la sua malriuscita nel conseguire il risultato voluto, ma anche l'inadeguatezza - come si diceva - della sua sopravvenuta definizione, quasi a rappresentare il concretizzarsi di un *lapsus linguae* freudiano.

Come evidenziato, nella norma introduttiva era, infatti, dato rilevare che il suo *nomen iuris* era: “programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio”. Una definizione appropriata perché in stretta continuità ideologica con la *ratio* legislativa dell'epoca votata al rinsavimento gestionale delle Regioni incapaci di generare correttamente *ex se* l'assistenza sanitaria. Un'aspirazione tuttavia disattesa proprio perché normativamente introdotta senza tenere conto degli strumenti utili ad intervenire sulle peculiarità negative che distinguevano le Regioni rese destinatarie dell'intervento risanatore. Una ragione che ha fatto sì che i detti programmi siano stati comunemente degradati lessicalmente a meri “piani di rientro”, a dimostrazione della sottovalutazione che sovrintendeva in relazione agli esiti pretesi dal legislatore che privilegiava l'aspetto della riorganizzazione e riqualificazione come obiettivi reali di fare meglio le cose per spendere meno e migliorare lo *standard* della pratica performativa.

Una tale scelta legislativa, divenuta nella prassi una opzione meramente difensiva, ha rappresentato il modo peggiore per risolvere i drammi economico-finanziari vissuti da numerose Regioni in materia di salute, che hanno ivi compromesso l'esigibilità dei Lea da parte dei cittadini. Ciò in quanto il risanamento veniva e viene affidato a criteri meramente ragionieristici, fondati sui cosiddetti tagli lineari (che più lineari di come sono quelli fondati sul blocco del *turnover* non è possibile rinvenire), senza tenere in alcun conto la previsione dei necessari investimenti produttivi, propedeutici ad assicurare il cambiamento *in melius* delle pratiche assistenziali.

Da siffatti percorsi, male partoriti e andati peggio nel tempo, sono a loro volta scaturiti i commissariamenti *ad acta*, affidati esclusivamente al Presidente della Regione medesima, quasi a volere premiare (fatte le dovute eccezioni), con una irragionevole prova di fiducia, il verosimile responsabile del disastro cui si intendeva offrire rimedio. Una esclusiva cui si è dato fortunatamente riparo - prima - con l'opzione di potere nominare soggetti diversi dai Governatori e - successivamente - con l'intervenuta incompatibilità a regime tra le due cariche.

Tutto il resto è un esempio storico di come possa essere più negativo del problema medesimo una errata soluzione: otto Regioni a tutt'oggi in piano di rientro da ben oltre il triennio previsto, rappresentative di circa la metà della popolazione nazionale. Regioni ove viene appena garantita la diminuzione dei loro *deficit* in un valore pressoché uguale al blocco del *turnover* fisiologico, ovverosia dell'indispensabile flusso naturale del personale sanitario che esce ed entra nei servizi dei rispettivi Servizi sanitari regionali per effetto dei normali eventi (pensionamenti/licenziamenti e assunzioni) che caratterizzano la vita delle aziende territoriali e ospedaliere.

Una tale situazione, unitamente ad una deospedalizzazione selvaggia e spesso indiscriminata, effettuata a prescindere, determina un esasperante affollamento delle corsie residue con conseguente grave disagio per i cittadini, tanto penalizzati da arrivare a registrare nei loro confronti la negazione assoluta del diritto alla tutela della salute.

La situazione venutasi a determinare è insopportabile, e non solo nelle cinque regioni commissariate, peraltro gravate di costi annui aggiuntivi multi milionari, del tipo quelli sostenuti per i mutui - cui far fronte con le risorse da destinare ai Lea eventualmente aggiuntivi - e di quelli sopportati per gli *advisor*, attesa la compresenza dei revisori aziendali e quelli regionali di recente introduzione, nonché per l'Agenas, organismo di consulenza istituzionalizzato.

E' il sistema che va modificato, principalmente nel riportare nelle Regioni interessate una sana programmazione, la più condivisa possibile sotto il profilo istituzionale, e una gestione ordinaria, divenuta insostenibile nel suo attuale esercizio. Al riguardo, oltre all'introduzione a regime dei costi/fabbisogni *standard*¹¹ e alla realizzazione della *spending review* a sistema, andrebbero approvate misure legislative e previste risorse finanziarie da destinare a quegli investimenti produttivi realmente incidenti nel determinare, ove occorre, un serio programma riorganizzativo del sistema sanitario. In proposito, anche le Regioni dovranno normativamente fare la loro parte in termini di razionalizzazione dei loro rispettivi sistemi di spesa in stretta funzionalità alle loro esigenze caratteristiche.

Quanto alla gestione commissariale in senso proprio andrebbero introdotte misure tali da non ridurre l'intervento all'applicazione di rimedi ragionieristici fini a se stessi bensì tendenti a ripristinare, come detto, le regole della buona programmazione, fatta di rilevazioni serie ed obiettive sotto il profilo scientifico, sia sul piano del bisogno epidemiologico da soddisfare che della spesa effettuata male per decenni, propedeutiche ad imporre criteri imperniati sul buon andamento e sulla trasparenza. Un modo per rimediare a quelle insane gestioni che hanno reso, frequentemente, le Regioni del sud le peggio amministrate, ad esclusivo discapito dei diritti di cittadinanza delle

¹¹ Un criterio fondato sulla determinazione delle tre Regioni *benchmark*, da ultimo individuate per il 2013 dalla Conferenza Stato-Regioni, sulle cinque indicate dal Governo sulla base delle *performance* economiche e assistenziali, nelle Marche, nell'Umbria e nel Veneto.

collettività di rispettiva appartenenza e a spregio del bilancio consolidato dello Stato, con una forte incidenza nella produzione del debito pubblico.

4. L'esigenza di monitoraggio e aggiornamento degli Accordi Governo-Regioni

Fatte queste considerazioni e tenuto conto della previsione dello strumento negoziato dell'Accordo Governo-Regione sottoposto ad intervento di risanamento e, eventualmente, a commissariamento, diventa indispensabile ben comprenderlo, circoscrivendone brevemente la portata e i limiti anche di risultato, lo strumento lessicalmente distorto in piano di rientro, attraverso il quale occorre riorganizzare, riqualificare o potenziare il relativo Servizio sanitario regionale, tenuto conto della preventiva ricognizione delle cause determinanti il *deficit* economico e funzionale rilevato e rappresentato nell'Accordo medesimo. Va preliminarmente sottolineato che tale strumento è finalizzato a ripristinare il godimento, costituzionalmente sancito, dei LEA e l'equilibrio del bilancio, anch'esso preteso dalla Carta, propedeutico a concorrere al conseguimento del "pareggio di bilancio" della Repubblica nonché a sostenere il debito pregresso, in alcune Regioni accumulato sino a raggiungere entità plurimiliardarie.

Un progetto originariamente di durata triennale (finito poi con l'essere sino ad oggi ultraquinquennale) di generale risanamento delle patologie economico-finanziarie, di funzionalità e di tipo patrimoniale, allorquando afflitto da un debito consolidato così alto da immobilizzare sensibilmente le risorse correnti, a tal punto da ingessare il bilancio e, quindi, da compromettere l'ordinario funzionamento garante dell'assistenza dovuta alla collettività. La sua caratteristica è la scansione rigida dei tempi e degli obiettivi da conseguire attraverso gli interventi risanatori individuati, tanto da fare considerare il suo cronoprogramma un rigido strumento di governo dell'ambito sanitario regionale sottoposto alle verifiche periodiche effettuate dai riferiti Tavoli romani.

Il problema è capire della sua utilità concreta e, dunque, della sua idoneità a ripristinare la normalità erogativa dei Lea e a bonificare i conti in via sistematica, impedendo la generazione di *deficit* annuali e contribuendo a ripianare i debiti pregressi, esuberanti quelli d'annata, risolti con mutui statali della durata di un trentennio, gravanti su risorse ordinarie di bilancio, in quanto tali da non potere essere impiegate per contribuire al miglioramento funzionale del sistema della salute e non solo. Ciò tenuto conto che ad oggi, fatta eccezione per le Regioni Liguria e Veneto, venute fuori naturalmente dal *deficit* di esercizio, a fronte del quale erano state sottoposte a piani di rientro, tutte le altre otto, della quali cinque sottoposte a commissariamento, sono rimaste lì dove erano, salvo fare registrare un qualche miglioramento squisitamente a seguito del blocco totale della nuova occupazione, che ha sensibilmente trasferito oneri complessivamente miliardari dai rispettivi

sistemi regionali a quello previdenziale statale, lasciando le singole regioni sprovviste di figure professionali indispensabili per garantire il diritto alla salute dei cittadini. E', infatti, davanti agli occhi di tutti il dramma assistenziale che affligge le regioni del sud, fatta eccezione per la Basilicata, che vedono appesantiti i loro bilanci da una mobilità passiva che arriva a registrare a carico di ciascuna di loro centinaia di milioni di euro.

Insomma, uno strumento, quello del piano di rientro, che così come organizzato è destinato a registrare un *flop* continuo, generatore tra l'altro di una perniciosa desertificazione dei siti assistenziali, cui dovere dare una immediata soluzione riportando, ove commissariata, la gestione della salute nel suo ambito naturale, magari prevedendo misure del tipo quelle a suo tempo individuate nel d.lgs. 149/2011, falciate dalla Corte costituzionale a causa di una impropria lettura che la stessa ha fatto delle norme di riferimento¹².

¹² Corte costituzionale, sentenza 16 luglio 2013, n. 219 (redattore Lattanzi), con la quale è stato estromesso dall'ordinamento l'eventuale fallimento politico dei Presidenti delle Regioni nonché un importante strumento rendicontativo posto a carico dei medesimi: la relazione di fine legislatura. Conseguentemente, si è prodotta la traumatica amputazione di un pezzo fondamentale della neodisciplina recata dal d.lgs. 149/2011, attuativa del federalismo fiscale, destinata ad introdurre un sistema sanzionatorio nei confronti degli inadempimenti regionali prodotti dai Governatori, produttivi di gravi danni in termini di indebitamento pubblico e, in quanto tali, verosimilmente disgregativi dell'unità economica e giuridica della Repubblica, tenuto conto della ricaduta degli stessi sulla esigibilità dei diritti sociali, sanità *in primis*.