

Una sanità che non va e una spending review necessaria

di Ettore Jorio

(Fondazione trasPArenza - Cosenza)

Sommario: 1. *La (in)certezza dei Lea*; 2. *Piani di rientro e commissariamento ad acta: dalla Calabria un esempio da non imitare*; 3. *La spending review e dintorni*.

1. *La (in)certezza dei Lea*

Quando si dice che i Livelli essenziali di assistenza devono essere ovunque garantiti (art. 117, comma 2, lett. m, della Costituzione) ci si trova di fronte ad una grande illusione. Lo dimostra la massiva mobilità passiva sopportata dalle Regioni del Mezzogiorno che rende miliardario il resto del Paese e angoscia le famiglie dei cittadini cui abbisognano cure degne di questo nome. Un tale fenomeno vede all'apice della classifica delle Regioni beneficiarie la Lombardia, che incassa circa 600 milioni di mobilità attiva, e in cima di quelle vessate la Calabria con circa 260 milioni della mobilità passiva. Insomma, è da tempo in attività il "turismo sanitario", portatore di un giro d'affari di poco minore a quello religioso che costituisce la fortuna di quelle aree attrezzate allo scopo. La differenza? Quest'ultimo è volontario e a carico dei credenti interessati e, pertanto, diverso da quello della salute ove i cittadini sono obbligati ad emigrare per trovare altrove "giustizia" sanitaria, altrimenti negata, con conseguenti disagi per le loro famiglie e buchi enormi nella economia delle Regioni di provenienza. Un difetto di funzionamento e un limite manutentivo del Servizio sanitario nazionale che fanno diventare evanescente la previsione costituzionale che sancisce l'erogazione uniforme dei Lea su tutto il territorio nazionale. Un obiettivo mancato per una serie di ragioni, certamente da approfondire, e di anni di storia da dimenticare che hanno penalizzato, oltre ogni limite, l'assistenza socio-sanitaria in quasi tutto il Mezzogiorno e in una parte consistente del centro-Italia (Abruzzo e Lazio).

La dimostrazione di una gestione della salute che non va la si evince dalla fitta trama delle Regioni sottoposte ai piani di rientro (Sicilia, Puglia, Piemonte, ma anche Liguria e Veneto subito uscite dal *tunnel*) e da quelle commissariate (Lazio, Campania, Calabria, Abruzzo e Molise) che non riescono a rendere esigibili i diritti costituzionali afferenti alla tutela della

salute, salvo registrare qualche miglioramento economico-patrimoniale, grazie esclusivamente all'imponente blocco (100%) del *turnover* che manda in *tilt* persino quel poco che rimane. Un problema reale che invade negativamente la vita di oltre 30 milioni di cittadini e che manda esente quelle regioni che vantano una storia fatta di efficienza e efficacia dei servizi pubblici, grazie anche ad un loro Servizio sanitario regionale ben collaborato da una moltitudine di IRCCS ivi presenti (basti pensare che la sola Lombardia ne conta 14 su 41) e da un privato che si rende corretto antagonista dell'erogazione pubblica.

Dunque, ad una salute goduta da una parte del Paese (il centro-nord oltre ad una parte del centro-sud) si contrappone una sanità a sistema quasi inesistente. Tutto questo avviene - da una parte - per il diverso convincimento che i cittadini e le istituzioni hanno del concetto di Repubblica, così come novellata dalla Costituzione (art. 114), e - dall'altra- per la discriminazione che la politica ha operato tra gli interessi da soddisfare nel nord e quelli da (non) tutelare nel sud. A ciò è andata, ovviamente, ad aggiungersi la malversazione del danaro pubblico, operata ad ogni livello istituzionale, e la presenza della delinquenza organizzata che ha condizionato non poco il corretto funzionamento della P.A. Prova ne sono, per esempio, l'autostrada SA-RC ancora lì piena zeppa di cantieri, che predano da oltre mezzo secolo una ingentissima quantità di danaro dei cittadini, e le iniziative produttive che chiudono i cancelli, dopo avere avvelenato mezzo mondo impunemente.

2. *Piani di rientro e commissariamento ad acta: dalla Calabria un esempio da non imitare.*

Sintomatico di tutto questo è la Calabria. Con i suoi presidi ospedalieri nati più per soddisfare clientele locali che generare assistenza, con un ceto dominante che non ha mai saputo diventare dirigente e con i protagonisti della politica, fatte le rare dovute eccezioni, che hanno camminato a braccetto con la 'ndrangheta, nei confronti dei quali il *gotha* nazionale non è storicamente intervenuto come avrebbe dovuto, limitandosi a godere – a prescindere - dei successi e delle maggioranze interne ai partiti operanti nelle “colonie”.

Gli esempi del malgoverno, del disinteresse diffuso dei Governi che si sono succeduti e le colpevoli trascuratezze dei partiti sarebbero innumerevoli e, ovviamente, replicabili in tutto

il Mezzogiorno. Ciò che preoccupa oggi è che, a fronte di un Esecutivo nazionale che predica la novità e la riconquista della buona amministrazione, continuano a capitare cose inconcepibili, tanto da vedere adattata la Costituzione alle esigenze di chi governa (male) la Regione e di chi ivi arriva per ultimo.

La vicenda calabrese è comunque complessa e sintomatica di un consolidato modo di essere anomala, proprio per questo utile ad analizzare.

Per ragioni di comprensibilità è da scandire qui di seguito i tre livelli di stupore che generalmente suscita il suo operato.

A) La Calabria è diventata riferimento giuridico in materia di commissariamento della sanità regionale. Prima, perché l'unica ad essere commissariata nel 2007 con ordinanza di protezione civile a causa delle morti colpevoli provocate (e che ancora provoca) nonché per debito pregresso allora indecifrabile. Successivamente, perché ha prodotto, al riguardo, l'interessamento della Consulta con la sentenza n. 2/2010, con la quale sono stati fissati i paletti in termini di esercizio delle competenze del commissario governativo. Da ultimo, perché ha attratto l'attenzione nazionale con la diatriba insorta a seguito della decadenza del presidente Giuseppe Scopelliti, costretto a dimettersi in quanto impedito ad esercitare il ruolo e le funzioni relative, a mente della legge c.d. Severino, per la condanna riportata in primo grado a oltre 7 anni di reclusione.

Una esperienza non edificante per il sistema istituzionale in quanto tale, coinvolto a diverso titolo e grado, sballottato da una parte all'altra senza che alcuno pensasse di alleviare le sofferenze sia del suo funzionamento, lasciato privo di ogni corretta gestione manageriale, che dei cittadini abbandonati più che mai ad una assistenza solidaristica, unicamente garantita dalla generosità degli operatori.

Al riguardo, un andirivieni di opinioni diffusamente esternate che hanno determinato una confusione generalizzata, sia nella identificazione del problema vero e proprio che nella individuazione delle soluzioni. Troppo sprecati i richiami al principio di legalità, spesso confuso con il buon senso delle opinioni che si sono via via avvicinate. Una confusione che ha generato una rincorsa ai pareri istituzionali e *pro veritate*, richiesti più per avallare ragioni della politica che per tracciare la correttezza delle procedure da seguire e per rintracciare il corretto esercizio delle competenze relative.

Tutti i pareri intervenuti dall'avvocatura distrettuale di Stato e da quella regionale, così come i meri comunicati ministeriali sulla cui natura provvedimento si sono dette e spese cose indicibili, non sono pervenuti - fatta eccezione per quello rappresentato a conclusione della nota/parere di Michele Ainis - ad una interpretazione esaustiva e chiaramente sistematica della lettera normativa, relazionata ai vigenti principi costituzionali, utile a definire gli atti urgenti ed indifferibili, limitandosi a girare intorno al vero problema. La soluzione alla vicenda - al di là delle corrette considerazioni cui gli autorevoli redattori sono egualmente pervenuti per definire l'innegabile regime di *prorogatio* vissuto dalla giunta regionale calabrese e, dunque, l'impossibilità per la stessa di adottare atti di straordinaria amministrazione - risiedeva infatti nella necessità di comprendere se ci trovasse in presenza di una situazione emergenziale tale da richiedere l'adozione di provvedimenti rimediali, indifferibili e urgenti, indispensabili per rimuovere uno stato di precarietà assistenziale assoluta. Ciò indipendentemente da una legge regionale che consentiva la gestione "straordinaria" ai coadiutori (direttori sanitari e amministrativi) dei direttori generali decaduti, abilitati a garantire la continuità aziendale, in caso di temporaneo impedimento e o in assenza del titolare ovvero in imminenza della nomina dei *manager* scaduti, a prescindere se provvisti o meno dei titoli riconosciuti e da valutarsi per la nomina dei direttori generali a mente del c.d. decreto Balduzzi. Un limite, quest'ultimo, che mette a rischio le garanzie pretese dal legislatore dei principi fondamentali che pone, a garanzia della certezza del diritto alla tutela della salute, attribuzioni professionali e di esperienza inderogabili.

Di conseguenza, gli atti da adottare erano da riconoscersi, esclusivamente, in quei provvedimenti utili a rimuovere stati di necessità e pericolo imminente per l'esigibilità da parte della collettività utente del Servizio sanitario regionale delle prestazioni essenziali per il vivere comune dei calabresi. Nel caso di specie vi era, difatti, la fondata minaccia del venire meno delle condizioni vitali per la dignitosa esistenza delle persone ivi residenti. Uno stato di imminente e attuale pericolo tanto da giustificare l'esercizio delle funzioni della Giunta regionale in relazione all'adozione di provvedimenti intesi a rimuovere il disservizio con la ovvia e relativa "indicazione specifica di urgenza e indifferibilità" (di cui art. 3, comma 2, D.L. 293/94, convertito nella L. 444/94).

Quanto a tale requisito è appena il caso di precisare che esso è rinvenibile nell'obbligo di garantire alle aziende territoriali e ospedaliere la presenza di un direttore generale in possesso dei titoli al quale la legge nazionale, prima, e regionale, successivamente, assegnano il ruolo specifico di gestione complessiva dell'ente, abilitandolo ad esercitare tutti i poteri inerenti. Nel caso Calabria ove i direttori generali erano tutti scaduti (tranne uno) e di conseguenza cessati i relativi contratti dei coadiutori, alla Giunta regionale calabrese, seppure in regime di *prorogatio*, non rimaneva altro che l'obbligo di procedere alla nomina dei commissari straordinari sino al ripristino dell'ordinario potere in capo alla futuro Esecutivo per la nomina dei direttori generali titolari utilizzando le ordinarie procedure selettive.

Nel problema un altro problema. Esso era ed è rappresentato dall'interrogativo se a nominare i commissari straordinari sarebbe dovuta essere la Giunta regionale, attesa la presenza del commissario *ad acta*, nominato a mente dell'art. 120, comma 2, Cost. e sue leggi attuative. Un dubbio di non facile soluzione ma che lascia propendere per il negativo, dal momento che quest'ultimo è designato dal Governo a sostituire gli organi regionali, Giunta compresa, resisi inefficienti nella tutela della salute e nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza, in quanto tale legittimato ad adottare tutti gli atti amministrativi necessari al ripristino della legalità e dell'appropriatezza erogativa dei Lea.

B) Altra cosa è invece la competenza del commissario *ad acta* ad esercitare la *potestas* legislativa, in questi giorni (mal) presunta in forza di un atto di natura negoziale (l'intesa Stato-Regione, *ex* legge 311/2004, art. 1, comma 174) che lascia inconcepibilmente presumere agli interessati in senso lato un legittimo esercizio di una tale facoltà. Il caso è scoppiato (sempre in Calabria) in occasione della recente legge regionale, approvata nella seduta del Consiglio oramai sciolto, che modifica la disciplina sulle autorizzazioni e gli accreditamenti degli erogatori privati del Servizio sanitario regionale. Una decisione legislativa che viola la Costituzione e che si contrappone alla unanime giurisprudenza consolidata e alla normativa vigente.

L'evento. Un folto gruppo di consiglieri (molto) *pluripartisan* decidono di fare un *blitz* nell'ultima seduta del Consiglio regionale. Predispongono in fretta e furia una proposta

legislativa, poi approvata dal massimo consenso. Lo fanno per quale motivo? Allo stato è difficile comprenderlo, anche perché la relazione non lo dice, salvo giustificare l'impegno legislativo per sopperire a lamentati ritardi "burocratici".

Dal testo approvato emerge una *ratio* sottesa che è a dir poco preoccupante. Ciò in quanto finalizzata a stravolgere le fondamentali regole giuridiche.

La prima. Quella afferente alla intrasferibilità, sia *inter vivos* che *mortis causa*, delle autorizzazioni amministrative e degli accreditamenti. Viene infatti dedotta, dalla lettura del disposto, la palese confusione della trasferibilità dell'azienda civilisticamente intesa con i provvedimenti amministrativi sottesi al suo esercizio, da doversi rilasciare, *ex novo*, a cura della Regione, ricorrendone le condizioni giuridiche e di merito (tra le quali non ultima l'accertata moralità dei soggetti subentranti). Un riconoscimento, questo, da perfezionarsi con il rilascio di nuovi provvedimenti amministrativi di specie. Quindi non autorizzazioni sanitarie all'esercizio e accreditamenti cedibili bensì aziende ad essi riferibili.

La seconda. Quella che sottrae alla vigilanza dell'istituzione preposta (la Regione) al rilascio dei provvedimenti autorizzativi e di accreditamento (peraltro, definito istituzionale) l'esame critico di tutti gli atti (del tipo le fusioni, le trasformazioni, le cessioni di quote, il cambio della ragione sociale) intesi a modificare, anche radicalmente, gli elementi soggettivi che sono posti alla base del rilascio della primitiva autorizzazione e del successivo accreditamento. Una previsione che non ci sta, perché viola i canoni generali del diritto amministrativo (in base al quale un provvedimento si modifica con un atto dello stesso tipo), oltre che insinua un percorso del tutto contrario alle ragioni della trasparenza che dovrebbero ben caratterizzare i comportamenti di tutta la pubblica amministrazione.

La scelta legislativa è, tra l'altro, sindacabile anche sotto altro profilo, per come sancito unanimemente dal Consiglio di Stato oramai da oltre un decennio. Il riferimento critico è riconducibile sempre alla prevista cessione dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale. Gli stessi, infatti, non assumono – anche fiscalmente - la caratteristica dell'elemento patrimoniale della azienda cui fanno riferimento e, di conseguenza, non sono suscettibili *ex se* di autonoma negoziazione e successivo trasferimento.

La terza, riguarda – per l'appunto - le competenze del commissario *ad acta*. Qui se ne sono dette (e se ne dicono ancora) di cotte e di crude. Molte in stridente violazione con le regole

che sanciscono la gerarchia delle fonti di diritto. Certamente in contrasto – come detto - con quanto sancito dalla Corte costituzionale in materia di competenza degli organi commissariali di cui all’art. 120, comma 2, della Carta fondamentale. La stessa invero, con la sentenza n. 2/2010, ha sancito l’assoluto divieto dei nominati commissari ad esercitare l’attività legislativa, riservata (la c.d. inviolabile riserva di legge) dalla Costituzione e dallo Statuto esclusivamente in capo al Consiglio regionale. Ad una medesima conclusione è pervenuta anche la Corte dei conti con la “Relazione sulla gestione delle risorse statali destinate alla riduzione strutturale del disavanzo del servizio sanitario nazionale”, approvata con delibera n. 22/2009/G (spec. pagg. 7 ss.). Più esattamente, la Sezione centrale di controllo ha ritenuto che, nel caso esaminato, può tutt’al più essere consentito al Governo (*rectius*, al commissario *ad acta*) di intervenire a titolo sostitutivo solo per sospendere l’efficacia di singoli atti, anche normativi (ma di tipo regolamentare) e di derogare temporaneamente all’ordine delle competenze di cui agli artt. 117 e 118 della Costituzione. Con questo, il Magistrato contabile ha però precisato che non può essere in alcun modo legittimata, fosse anche con legge statale, deroga alcuna all’ordine delle attribuzioni dell’art. 121 della Carta, attraverso il conferimento della funzione legislativa o regolamentare regionale all’organo commissariale, perché non contemplato dalla Costituzione. Conseguentemente, lo stesso è in ogni modo impossibilitato, prescindendo dalla formula (infelice) del provvedimento di nomina (che rimane comunque un atto amministrativo!), ad intervenire con procedure tendenti a falciare la legge di che trattasi.

Pertanto, la discussa recente legge regionale calabrese dovrà, per come merita, essere impugnata dal Governo a tutela delle violazioni perpetrate “all’ingrosso” dal Consiglio regionale morente.

C) Il terzo livello di stupore riguarda la sanità praticata e non goduta dai cittadini. Chiunque arrivi in Calabria, non proveniente da un’altra regione del centro-sud (Basilicata esclusa), avrebbe ragione di stupirsi, specie approfondendo quanto sta accadendo, oramai da tempo, *all’Azienda ospedaliera di Cosenza*. Avrebbe modo di constatare quanto siano (a ragione) arrabbiati gli operatori sanitari, soprattutto i medici, tanto da essere in costante mobilitazione tradotta in una sorta di “sciopero ideale” e continuato.

La quasi unicità della protesta sta nelle sue motivazioni: i medici vogliono lavorare al meglio delle loro capacità e pretendono di garantire i Lea come sanno fare, senza con questo pretendere alcunché di economico per se stessi bensì per le attrezzature che mancano e le risorse umane che vanno via senza ricambio.

A ben vedere, in Calabria si sperimenta un nuovo modo di concretizzare la politica sanitaria, ma soprattutto emerge un nuovo modo di porsi delle intelligenze del Mezzogiorno che, nonostante a secco di investimenti e delle necessarie attenzioni del ceto politico, ha generato non rare eccellenze assistenziali.

A fronte di questa volontà dei lavoratori della salute, il dramma persiste a causa di una politica e un commissariamento *ad acta* che non sanno fare ciò che devono e da un *management* non all'altezza dei suoi compiti. Un insieme di direttori generali che gira da anni, nonostante i consistenti *flop* aziendali, variando le postazioni dei singoli nel solo interesse di dare risposte alla politica che lo nomina e non già ai cittadini in termini di servizi appropriati.

3. *La spending review e dintorni*

La *spending review* è cosa giusta. La spesa pubblica non è più sostenibile. La prassi di tagliare ivi per gonfiare altrove ha portato il Paese a raggiungere un debito pubblico di oltre 2.100 miliardi di euro. Occorre, quindi, comprimere energicamente la spesa corrente, sì da godere a regime della drastica diminuzione dei costi conseguenti. Anche la sanità dovrà fare la sua parte, per come sollecitato dal ministro Padoan e via via accettato dall'omologo Beatrice Lorenzin, dopo le resistenze iniziali poste a sostegno del recente Patto per la salute 2014-2016.

La sanità dovrà, pertanto, garantire almeno un miliardo di tagli, quale contributo al *target* di *spending review* previsto nel Def di aprile a 16 miliardi, con l'asticella al ribasso di almeno 5/6 miliardi per il 2015. Vedremo cosa farà in proposito la legge di stabilità, oramai al traguardo.

Il problema conseguente è quello di capire se e come sarà possibile al sistema sanitario sopportare una simile dieta. E, se percorribile, come fare per andare oltre. Un interrogativo

che va affrontato seriamente e senza opporre alcuna resistenza ideologica nei confronti delle ipotesi innovative, specie di quelle tendenti a rinnovare l'attuale organizzazione della salute.

Che la sanità, così come è sistematizzata, presenta delle sacche di spreco è innegabile. Così come è inconfutabile che in alcune aree del Paese i rispettivi servizi sanitari regionali sono retti da un *management* segnatamente inadeguato, tanto da fare amaramente constatare che a girare, nelle direzioni regionali e in quelle delle aziende della salute (e comunque nelle postazioni che contano), sono sempre gli stessi, anche quelli che hanno determinato i danni che sono stati causa della enorme debitoria pregressa, cui si è dovuto porre rimedio (!) con il ricorso ai piani di rientro e ai commissariamenti governativi. Basterebbe questa osservazione, di casa nelle cinque Regioni commissariate, ad esigere un radicale cambiamento. D'altronde, la necessità di rintracciare sul panorama nazionale *manager* capacissimi cui affidare la gestione complessiva delle aziende della salute, sia territoriali che ospedaliere, è dovunque avvertita e non ovunque soddisfatta, tanto da pretendere una immediata soluzione al problema più in generale.

Quanto alla *spending review* è necessario portarla a sistema e decisamente, e non già limitarla al taglio degli sprechi più evidenti, che sovrabbondano, e peraltro circoscritta ai costi ministeriali. Gli acquisti di beni e servizi diffusamente frastagliati e differenziati - non solo tra una Regione e un'altra, ma addirittura tra aziende della salute della stessa regione - rappresentano il problema più evidente, che genera sprechi miliardari. A partire dal costo spropositato delle siringhe (quale prodotto meramente esemplificativo del quale si è occupata tanto l'informazione di inchiesta) sopportato in certe aree del centro-sud, rispetto a quello sostenuto nel resto del Paese (che non è affatto esente da sbavature di prezzo protese all'ingiustificato rialzo dei costi relativi) per finire al corrispettivo pagato, in modo segnatamente differenziato, per le alte tecnologie (Pet, Rmn, Tac e simili) passando dagli appalti per le pulizie - aggiudicati a prezzi esorbitanti o, peggio ancora, così come successo da qualche azienda ospedaliera calabrese, prorogati per un dodicennio - e gli affidamenti a cooperative dei servizi amministrativi arrivati a livelli "occupazionali" inenarrabili, costituiscono quei sintomi nei confronti dei quali non si può far finta di nulla. Ma anche le politiche retributive del lavoro, in termini di concessione di premialità non sempre dovute e di straordinari inammissibili (fatta eccezione per quei medici divenuti eroi per sopperire alle

esigenze del blocco del *turnover* e agli eccessivi esoneri dai servizi dell'emergenza-urgenza *ex* legge 104/92 che ha creato in Italia un esercito di disabili) hanno contribuito ad incrementare la spesa improduttiva. Non solo. Non sono più sopportabili le eccessive retribuzioni attribuite al *management* sanitario in senso lato, ingigantito da una politica che ha incentivato il massimo livello (im)possibile di unità operative, siano esse complesse che semplici, di Asl e Ao, spesso individuate con evidenti forzature della normativa esistente, dal momento che hanno determinato una crescente alluvione di sprechi gravanti sulla spesa pubblica.

Ad una tale elencazione di costi ingiustificati non può non essere aggiunta – tralasciando le altre palesi disfunzioni per mere ragioni di spazio - la diffusa abitudine (consolidatasi nel sud con punte d'eccellenza in Calabria) di retribuire gli erogatori accreditati privati contrattualizzati oltre i *budget* convenuti, anche durante gli intervenuti regimi di commissariamento governativo; così come la altrettanto diffusa anomalia di retribuire le strutture pubbliche e di finanziare le aziende ospedaliere al costo storico di mantenimento piuttosto che in considerazione della loro produttività.

A ben vedere, la conta di ciò che si fa pessimamente consiglierebbe una seria rivisitazione del costo della salute, tanto da eliminarlo nella parte eccessivamente “sprecona” e destinarlo, per la differenza, all'incremento della qualità delle prestazioni da rendere che, in alcune realtà geografiche, raggiungono una qualità disumana, tale da passare sopra alla mobilità passiva oramai miliardaria.

E' ovvio che tutto questo non basta per fare sì che si realizzi un sistema sanitario che raggiunga la “coppia massima” in termini di prestazioni essenziali realmente appropriate e di amministrazione efficiente. Per conseguire quest'ultimo obiettivo sarà funzionale la determinazione dei costi/fabbisogni *standard*, nei confronti dei quali è tuttavia da registrare un ritardo colpevole nel definirli da parte dei preposti ministeriali, tanto da supporre al riguardo una certa dolosità nel partorirli.

Il federalismo fiscale attuato in sanità potrebbe costituire, infatti, una metodologia vincente, sempreché siano utilizzati i migliori correttivi per la determinazione dei fabbisogni *standard* regionali. Il riferimento va agli indici di deprivazione socio-economica, utili anche per programmare e realizzare una onesta perequazione infrastrutturale, indispensabile per far sì

che vengano eliminati quei *gap*, soprattutto tecnologici, patiti da talune regioni costrette a sopportare (per loro errori storici) percorsi di accertamento degli stati patologici effettuati con le tecnologie strumentali funzionanti “a manovella” rispetto ad altre che godono di quelle di ultima generazione. Insomma, ben venga il federalismo fiscale purché tutte le regioni siano messe in condizioni di parità, di correre partendo dallo stesso punto e di gareggiare con gli stessi mezzi.

Quanto all’organizzazione vera e propria necessiterà avere un coraggio da leoni solo che si voglia realizzare la reale sostenibilità del sistema e la concreta uniformità, pretesa dalla Costituzione, delle prestazioni dovute all’utenza.

Per fare questo occorreranno due riforme: una culturale e una strutturale.

La prima. Quella utile a mettere al riparo il sistema salutare dalla abitudine disumana consolidatasi ovunque e a correggere l’attuale nomenclatore, che ha fatto sì che si traducessero innaturalmente: a) gli utenti, destinatari istituzionali delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, in clienti; b) gli erogatori privati accreditati in sostenitori; c) le strutture pubbliche in serbatoi di voti, con operatori acritici al seguito; d) i medici, soprattutto quelli “di famiglia” nel ruolo di grandi elettori e, spesso, di candidati sicuri.

La seconda. Quella riguardante la indispensabile ristrutturazione dell’attuale aziendalismo. Questa potrebbe realizzarsi, alternativamente, percorrendo due ipotesi progettuali: a) agenzificando il Servizio sanitario nazionale, attraverso una agenzia nazionale e 21 agenzie regionali/provinciali (quest’ultime riferite a Trento e Bolzano) con ad esse preposti *manager* di alto profilo professionale selezionati mediante concorsi pubblici, destinati ad attuare la programmazione regionale socio-sanitaria; b) prevedendo, nel caso in cui non si voglia intervenire a modifica dell’attuale disciplina gestoria, una azienda unica regionale cui affidare i compiti relativi, oggi di competenza delle diverse Asl e Ao.

Una ricetta che potrebbe, complessivamente, portare a consistenti risparmi della spesa attraverso tagli “di precisione” e ad una ottimizzazione dei costi correnti.

Un risultato traguardabile a condizione, come detto, che: 1) si realizzino le correzioni delle anomalie consolidate nel sistema, che “sporcano” i bilanci con spese inutili e clientelari; 2) si lavori per la necessaria riforma culturale che renda i cittadini autenticamente utenti e

pretendenti di un diritto costituzionale reso uniformemente esigibile; 3) si faccia una riforma strutturale di sistema, nell'uno ovvero nell'altro modo, ma la si faccia velocemente.

Dal corretto adempimento politico potrà derivare un taglio complessivo di circa 4/5 miliardi di euro - al netto dei commissariamenti da rinsavire e da sottoporre a dieta relativamente ai costi collaborativi e accessori (per esempio eliminando gli inutili *advisor*, peraltro sovrapponibili ai compiti oramai affrontabili, per obbligo legislativo, dalla filiera dei revisori delle aziende della salute e della Regione) – che potrebbero positivamente contribuire al bilancio della Repubblica e ad una eventuale destinazione di consistenti risorse all'incremento quali-quantitativo delle prestazioni erogabili alle collettività.