



**I PIANI DI RIENTRO DEI DEBITI SANITARI REGIONALI.  
LE CAUSE, LE PROPOSTE E LE ECCEZIONI**

di

**Ettore Jorio**

*(Professore di diritto amministrativo sanitario, Università della Calabria)*

18 febbraio 2009

Nell'era dei piani di rientro dei *deficit* consolidati sanitari regionali si rende necessario comprendere tre cose: a) come si sono determinati i debiti; b) come si elaborano i piani di rientro; c) come si risolvono i problemi.

Il primo interrogativo è inteso, ovviamente, ad assumere la necessaria consapevolezza delle cause storiche dell'evolversi del cosiddetto debito pregresso della Salute, emerso in numerose Regioni italiane, ma anche il formarsi dei ricorrenti disavanzi annuali:

- una spesa storica che ha premiato chi spendeva di più, indipendentemente dalla qualità dei servizi resi;
- governi regionali spesso inadeguati, soprattutto nell'area centro-meridionale;
- l'abitudine culturale a mantenere in vita ciò che strutturalmente si possedeva, *in primis* un'assistenza eccessivamente ospedale-centrica, ancorché inefficiente e obsoleta, ma sempre buona per insediare nuovi "primari".

Quanto al secondo quesito occorre mettere in linea due dati fondamentali, che costituiscono l'uno il presupposto certo e obiettivo dell'altro, individuato quest'ultimo come rimedio risolutorio. Sono, quindi, necessarie: la conoscenza responsabile dell'entità corretta del *deficit* e la capacità di programmazione. Quest'ultima finalizzata a garantire un elevato livello di esercizio del servizio salutare e, contemporaneamente, ad incidere su di esso con significativi cambiamenti di carattere strutturale. Quelle modifiche organizzative, insomma, che assicurino il miglioramento qualitativo dell'assistenza e l'ottimizzazione della relativa spesa, sino ad oggi fuori da ogni controllo.

Da ultimo, la soluzione. Per conseguire il risultato, caratterizzato dal ritorno *in bonis* dei singoli servizi sanitari regionali assediati dai debitori, occorre, quale requisito ineludibile, quella volontà politica di cambiamento reale di produrre Salute che, spesso, non coincide con gli interessi dei partiti in quanto non retribuisce in termini elettorali. Dunque, una organizzazione sanitaria che renda protagonista il territorio come elemento fondamentale dell'assistenza diffusa. Un obiettivo, questo, sul quale fondare le necessarie riconversioni del sistema, invecchiato sia sotto il profilo delle strutture fisiche che su quello concettuale.

Come si sono determinati i debiti. L'accumulo del debito sanitario non si scopre oggi e, certamente, non si risolverà domani, bensì richiederà un po' di tempo in più. I motivi sono insediati in quella cultura di governo della spesa che ha reso, da subito, difficilmente attuabili le riforme, a cominciare da quella del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Un ingresso dell'assistenza globale e universale, dopo tanti anni di vessazioni e discriminanti operate dal sistema mutualistico. Una aziendalizzazione introdotta e rattoppata a rate, nel suo funzionamento, nell'arco del settennio 1992/99. L'ospedale come caposaldo assistenziale nell'immaginario collettivo. Un territorio non pronto, salvo le solite eccezioni geografiche, a raccogliere l'eredità di protagonista dell'assistenza primaria.

A fronte di ciò, un governo regionale della Salute generalmente improntato a gestire l'esistente, spesso sprovvisto di strumenti di avanguardia tecnologica, dotato di un *management* non sempre all'altezza dei suoi compiti e, soprattutto, trascurato da un sistema dei controlli. Un intervento, quest'ultimo, tanto affollato di organi competenti, addetti alle verifiche interne ed esterne, da accavallarsi l'uno sull'altro, sì da rendersi reciprocamente inutili.

Oltre a tutto questo, un sistema di contabilità che fa acqua da tutte le parti, pieno zeppo di contraddizioni prodotte da una legislazione storicamente disattenta al problema. Una trascuratezza che ha fatto in modo che si insediassero, dopo anni di ritardo, una contabilità economica nelle Aziende sanitarie locali e in quelle ospedaliere, da consolidarsi annualmente da parte della Regione attraverso la sua contabilità finanziaria. Una metodologia francamente inaccettabile, attesa la inconfutabile inadeguatezza di una siffatta tipologia contabile, quella di tipo finanziario, a potersi ben adattare ad un così importante intervento aggregativo, finalizzato a definire il bilancio consolidato dei Servizi sanitari regionali, caratterizzato da ricavi miliardari e afflitto, molto spesso, da altrettanti debiti pregressi. Un obbligo sottovalutato ed effettuato in spregio delle regole sancite dal Codice Civile e dalle Direttive

comunitarie, nonché dai principi contabili nazionali e internazionali, ivi compresi quelli cosiddetti IPSAS.

Il tutto assistito e monitorato attraverso un sistema di innumerevoli modelli informatizzati (CE, SP, CP, LA, SK, 000 e 999), da compilarsi a cura delle medesime Regioni, molto spesso interessate a fare apparire ciò che non era, allo scopo di fare propri i finanziamenti premiali (5% del totale, *ante* 2007; 3% *post*), altrimenti non godibili. Insomma, un metodo troppo blando e dimostratosi tecnicamente inadatto allo scopo, nonché completamente soggetto alla “autonomia” compilativa regionale. Sarebbe stato sufficiente, per metterlo da subito in cantina, riflettere sull’adagio romanesco secondo cui non bisogna mai chiedere all’oste quanto sia buono il suo vino.

*Come si elaborano i piani di rientro.* Al riguardo, va necessariamente fatto un importante distinguo. Esistono, infatti:

- i piani di rientro noti da sempre (per esempio: Lazio, Campania, Sicilia, Abruzzo e Molise), ovverosia quelli che hanno immediatamente preso atto delle disposizioni insite nella legge n. 311/04 (comma 174 e seguenti) e del conseguente Patto per la Salute del 23 marzo del 2005. Quelli che hanno poi goduto della collaborazione economica dello Stato per oltre 12 miliardi di euro, garantita dal D.L. n. 23/07, convertito nella legge n. 64/07, e quindi dalla Finanziaria per l’anno 2008 (art. 2, comma 46);

- i piani di rientro che sono in procinto di essere elaborati (per esempio: la Calabria) sulla base degli accertamenti dei debiti pregressi, precedentemente sottaciuti;

- i piani di rientro che, perdurando le attuali logiche accertative, non ci saranno mai a causa dell’inconsapevolezza, più o meno cosciente, del sistema, gestionale e dei controlli, che vede impegnate le Regioni e le Autorità statali.

La prima esigenza, per una loro corretta elaborazione, risulta naturalmente quella della entità del *deficit* consolidato. In proposito sono sorti non pochi dubbi, in merito alle procedure di accertamento adottate - in molti casi svolte troppo liberamente e caratterizzate da forme di rendicontazione poco appropriate - e in riferimento alla determinazione del debito pregresso finale da ripianare. Quanto a quest’ultimo problema, pare che non sia stato infrequente un uso distorto delle regole fondamentali che impongono le registrazioni e le consequenziali valutazioni economiche in ossequio all’ineludibile principio della competenza. Di conseguenza, sembra che sia accaduto, abbastanza spesso, che il debito, anche nei casi in cui sia stato correttamente rendicontato, sia stato illegittimamente decurtato, ai fini del suo ripianamento, delle cosiddette premialità relative ai trascorsi esercizi, non esatte dalle Regioni

- oggi coinvolte nei piani di rientro - perché all'epoca inadempienti agli obblighi all'uopo sanciti. Un errore non scusabile, dal momento che le stesse altro non erano (e, quindi, non sono) che la differenza tra quanto distribuito per competenza ogni anno (dal 2001 in poi), in sede di riparto nazionale e poi regionale, rispettivamente in favore delle Regioni (Fsn) e delle Aziende sanitarie (Fsr), e quanto successivamente erogato, per cassa, ai medesimi destinatari.

Dunque, non può assolutamente decurtarsi, a titolo di successivo credito, dal debito pregresso consolidato regionale netto, quanto ha già costituito "ricavo" nell'anno di competenza e che, quindi, rappresenta un credito da esigere per premialità arretrata, perché già contabilizzato nella rideterminazione del debito pregresso relativo. E' come volere raddoppiare artatamente l'anzidetto credito e godere due volte della sua entità numerica: la prima per "neutralizzare" una parte dei propri debiti, all'atto della loro determinazione; la seconda per garantire, con un credito "già speso" contabilmente, l'effettuazione del pagamento dei debiti residuati, ovverosia di quelli rendicontati al netto della suddetta compensazione. Un credito, quello relativo alle premialità, da doversi peraltro ritenere incerto a causa delle trascorse inadempienze, almeno fino a quando non sarà riammesso, in favore della Regione interessata, a seguito della formale condivisione del Piano di rientro da parte del Governo e della stipula del successivo Accordo (per esempio: nell'ipotesi disciplinata dal comma 49 dell'articolo 2 della Finanziaria 2008).

Ma non finisce qui. Difatti, una volta determinato correttamente il debito da ripianare, occorre programmare, attraverso due percorsi ineludibili. Il primo, di individuazione del nuovo progetto regionale, di medio e lungo termine, di produrre Salute, badando bene a garantire nel frattempo i Lea e i Liveas alla propria collettività. Quindi, una programmazione *in progress*, ad esitazione differita, assistita dalla previsione che ciò che si toglie (struttura o servizio che sia) deve essere contemporaneamente assistito da ciò che si insedia in sua vece. Il secondo, di corretta valorizzazione preventiva di tutte le soluzioni individuate, atteso che dalla loro combinata realizzazione conseguirà "l'estinzione", altrettanta differita, del debito pregresso consolidato. A ben vedere, non un libro delle buone intenzioni, o peggio ancora dei sogni, bensì un manuale pratico-operativo delle idee di Salute, attraverso le quali ottimizzare la qualità delle prestazioni e la relativa spesa.

Come si risolvono i problemi. Lo abbiamo già detto tante volte. Approvazione di leggi, dalle quali non si potrà prescindere, attraverso le quali riformare i propri Sistemi sanitari regionali, organiche ai piani di rientro elaborati. Una azione amministrativa di pregio che assista la rigenerazione organizzativa, impedendo ogni ritardo attuativo. Dunque, un

integrale riordino delle regole, finalizzato a rendere i Servizi sanitari regionali più autenticamente produttivi.

Tutto questo non è da confondersi ovvero limitarsi alle frequentate procedure di accorpamento, divenute oramai seriali. Se così fosse sarebbe stato sufficiente incorporare il tutto in una Azienda unica regionale, così come hanno già fatto le Marche e il Molise. Ma ciò lascerebbe improduttivo e dispendioso tutto il resto, atteso che farebbe risparmiare solo i pochi spiccioli destinati alla duplicazioni manageriali che, peraltro, uscite da una parte, entrerebbero dall'altra sotto rinnovate spoglie, il più delle volte più onerose delle precedenti.

Intervenire con siffatte modifiche, troppo spesso idealizzate dalla politica che, con questo, intende rimediare alle proprie responsabilità storiche, richiederebbe studi di alta economia, dei quali le Regioni sono poco avvezze a premunirsi. Quelle ricerche giuridico-economiche finalizzate ad impedire i naturali successivi tormentoni derivanti dalle diseconomie che solitamente sopravvengono nei più generali accorpamenti delle aziende sanitarie, peraltro realizzati con la trascuratezza assoluta della disciplina civilistica e fiscale che li regola.

Allora? *Adelante, Pedro, ma con juicio!* Un richiamo manzoniano d'obbligo per tutte le Regioni in difficoltà, anche in considerazione di ciò che avverrà con l'introduzione a regime del (quasi) federalismo fiscale e, con esso, dei costi e del fabbisogno, entrambi *standard*, quale nuova metodologia per coprire i bisogni salutari.