



## **Sistema sanitario e sua evoluzione in 50 anni di regionalismo**

La Costituzione della Repubblica Italiana, entrata in vigore il 1° gennaio del 1948, sancì il diritto fondamentale alla salute per tutti i cittadini italiani.

Tale principio è contenuto nell'art. 32 Cost. *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

Un primo efficace intervento nel settore della sanità fu rappresentato dalle Legge 13 marzo 1958, n. 296 che per dare centralità gestionale al sistema della sanità, creò il Ministero della Sanità, in sostituzione dell'ACIS, Alto Commissariato per l'igiene e la sanità, istituito nel 1948. Il nuovo dicastero era coadiuvato, nelle proprie funzioni, dal Consiglio superiore di sanità e dall'istituto superiore di sanità, mentre a livello periferico continuavano ad operare gli uffici dei medici e veterinari provinciali, gli uffici sanitari dei Comuni e dei consorzi dei Comuni, nonché specifici uffici sanitari, come quelli in prossimità dei confini. L'organizzazione sanitaria si sviluppa così attraverso l'azione di grandi e piccoli istituti mutualistici, alcuni già ereditati dall'ordinamento fascista, come INAM, ENPAS.

Le *'mutue'* erano delle “assicurazioni sociali” a cui aderivano volontariamente od obbligatoriamente i cittadini, in genere in base alla propria condizione lavorativa, e rappresentavano il terzo pagante per le prestazioni di diagnosi e cura dei propri iscritti. Solo l'appartenenza a determinate categorie offriva l'opportunità dell'assistenza sanitaria. Si assiste, in quegli anni, ad un grande sviluppo della cosiddetta “Cassa Mutua” per l'assicurazione contro le malattie. Nel tempo si conteranno oltre un centinaio di enti mutualistici maggiori e circa un migliaio di Enti più piccoli.

La riforma, di per sé, presenta molti limiti che nel tempo diventeranno sempre più evidenti ed economicamente insostenibili.



## *Consiglio regionale della Calabria*

Nel 1974, lo Stato fu costretto a sanare i conti in rosso delle mutue nei confronti degli Ospedali, attraverso il Decreto legge, poi convertito nella legge n. 386 del 17 agosto recante “*Norme per l’estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri*”.

Ulteriori passi verso la Riforma sanitaria nazionale furono rappresentati dalla Legge n. 349 del 29 giugno 1977, che cancellava definitivamente le mutue, e dal D.P.R. n. 616, del 24 luglio dello stesso anno, che provvede alla integrale devoluzione alle Regioni delle competenze indicate nell’art. 117 della Costituzione.

Il dibattito di quegli anni, confermò l’idea e l’esigenza di pervenire ad una riforma che risolvesse le insufficienze e gli sprechi del sistema mutualistico, allargando l’assistenza fino a rendere universale il diritto alla salute. Peraltro, l’orientamento più diffuso era ormai quello di decentrare competenze, funzioni e responsabilità in capo alle Regioni, mentre allo Stato erano riservati il coordinamento, il controllo e l’impegno a destinare una quota parte del Bilancio per finanziare la spesa necessaria.

Ciò fornì ulteriore impulso all’istituzione delle Regioni, accelerando l’attuazione di quanto previsto dall’art. 117 della Costituzione che, originariamente in tema di sanità, limitava la competenza concorrente regionale all’ “*assistenza sanitaria ed ospedaliera*”.

### **La nascita del sistema sanitario nazionale e regionale e la sua evoluzione**

Con la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 lo Stato italiano istituisce il Sistema Sanitario Nazionale. Lo Stato si impegna a dettare “*norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale*”. È un enorme cambio di prospettiva, articolato lungo un percorso ben definito e attraverso una specifica divisione di ruoli e competenze tra Stato, Regioni e Comuni fino a giungere al nuovo organismo territoriale delle USL, le Unità Sanitarie locali e alla loro articolazione in Distretti Sanitari di base. Spetta a queste ultime, strumenti della gestione unitaria della tutela della salute, assolvere ai compiti del servizio sanitario nazionale sul territorio inclusa l’amministrazione degli ospedali e di tutti i servizi su base territoriale.

Toccherà ad ogni Regione, stabilire con apposita legge regionale il rispettivo territorio di competenza, comprendente i Comuni, singoli o associati o le Comunità Montane.

Nelle USL confluiscono anche gli “*stabilimenti ospedalieri, dotati dei requisiti minimi*”, organizzati secondo l’ordinamento stabilito con propria legge da ciascuna Regione, in



## *Consiglio regionale della Calabria*

dipartimenti, *in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello di collegamento tra servizi ospedalieri ed extra ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali...*".

Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica. La riforma introduce, per la prima volta anche le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni protesiche.

L'attuazione della legge n. 833 era quindi fondata su una complessa divisione di compiti tra lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni e le relative strutture operative (le Unità Sanitarie Locali).

Allo Stato, pertanto, era affidata la supervisione di questo articolato sistema attraverso le competenze di seguito elencate:

- determinare gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale, nell'ambito della programmazione economica nazionale;
- fissare i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale (PSN);
- individuare e coordinare le attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, per esigenze unitarie ed internazionali, di programmazione nazionale, di controllo della spesa sanitaria;
- dividere fra le regioni il Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Alle Regioni, invece, erano attribuite le seguenti competenze:

- l'attività legislativa in materia sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato;
- l'esercizio delle funzioni amministrative proprie e delegate dallo Stato;
- redigere i Piani Sanitari Regionali (PSR);
- distribuire il Fondo Sanitario Regionale (FSR) tra le diverse USL;
- stipulare convenzioni con le Facoltà di Medicina e gli enti di ricerca per regolare i contributi delle USL e dell'Università alle attività di assistenza, di didattica e di ricerca.

Alle Regioni fu, inoltre, assegnata la definizione dei presidi e dei servizi sanitari ospedalieri



## *Consiglio regionale della Calabria*

ed extra-ospedalieri.

All'interno di questa composita trama, anche gli Enti locali erano investiti di specifici compiti: le Province dovevano approvare la localizzazione, nell'ambito del Piano Sanitario Regionale, dei presidi del SSN ed esprimere parere sulle delimitazioni del territorio delle USL; mentre ai Comuni spettava esercitare tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria ed ospedaliera, attraverso le USL.

La Riforma interviene anche a livello centrale. Lo Stato assegna al Parlamento le linee generali e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale che sono stabilite attraverso il Piano Sanitario Nazionale, predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Sanità, *“in conformità – come sancito nell’art. 53 della legge – agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l’esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali”*.

Lo stesso articolo, stabilisce gli obiettivi, i criteri, l'ammontare dei fondi, gli standard e gli indici da applicare per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le Regioni. L'obiettivo è soprattutto quello di unificare i livelli delle prestazioni sull'intero territorio nazionale, partendo dalle indicazioni del primo piano sanitario nazionale, cui devono conformarsi per la sua attuazione, i piani sanitari delle Regioni. È un tentativo di razionalizzare la spesa sanitaria, attraverso lo strumento della programmazione nazionale e regionale, e della pianificazione locale cui affidare anche il raggiungimento degli obiettivi e nello stesso tempo garantire maggiore uniformità delle prestazioni nei diversi territori e maggiore equità tra cittadini, indipendentemente dalle differenze di censo, cultura ed area geografica.

La nuova legge delega alle Regioni il compito di *“costituire”*, entro i sei mesi successivi alla sua emanazione, gli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali, le cosiddette *“USL”*, e di disciplinarne, con legge regionale, *“i compiti, la struttura, la gestione, l’organizzazione, il funzionamento”* assieme ai criteri per la loro articolazione in Distretti Sanitari di Base.

Ai Comuni devono essere trasferiti, *“perché siano attribuiti alle Unità Sanitarie Locali”*, funzioni, beni e attrezzature degli Enti ed Uffici, *“cui cessano i compiti nelle materie proprie del Servizio Sanitario Nazionale”*, con l'obbligo di fissare i limiti massimi di spesa consentiti *“per le retribuzioni del personale, e per l’acquisto di beni e servizi”*, e la previsione di periodici



## *Consiglio regionale della Calabria*

controlli della spesa e le responsabilità in ordine alla stessa.

Numerose le disposizioni che completano il quadro normativo, tra queste: le norme di contabilità, quelle per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, il cui ammontare è fissato ogni anno con la legge di approvazione del Bilancio dello Stato; i criteri per le convenzioni tra le Regioni e le cliniche universitarie; la disciplina dei farmaci e l'istituzione del Prontuario; gli accertamenti e i trattamenti volontari e obbligatori per malattia mentale; la tutela giurisdizionale dei malati; le norme in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita; la delega per l'istituzione dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro; e quelle in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse.

Per la prima volta, l'assicurazione contro le malattie diviene obbligatoria per tutti i cittadini italiani. È questo il fulcro del nuovo impianto legislativo su quale si fonda la sostenibilità economica di tutto il sistema sanitario nazionale, al quale sono chiamati a contribuire *“tutti i cittadini soggetti all'obbligo della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (Irpef)”*.

La Legge n. 833/1978 si può considerare, dunque, il primo grande tentativo di creare in Italia un Sistema Sanitario Nazionale universale ed omogeneo.

Tuttavia, al di là degli indiscussi meriti, bisogna evidenziare criticità e lacune, non tutte ascrivibili ai contenuti ed agli obiettivi che la stessa legge si era fissata, ma spesso dovute ad una risposta insufficiente dei vari livelli istituzionali coinvolti: Stato, Regioni, Enti Locali.

In Calabria, ad esempio, bisognerà attendere il 2 giugno 1980, ben oltre i sei mesi di termine fissati dalla legge n. 833 del 1978, per avere una prima normativa regionale riguardante l'istituzione del Servizio Sanitario Regionale, sviluppata lungo le direttive della Riforma statale.

La Calabria si doterà di 31 Unità Sanitarie Locali, costituite per territori omogenei e numero di abitanti.

La riforma, nonostante i problemi che emergeranno nel medio-lungo periodo, produce comunque ottimi risultati allargando la platea dei cittadini che possono accedere a cure mediche, alla tutela della salute, così come sancito dalla Costituzione.



## *Consiglio regionale della Calabria*

Tuttavia, l'organizzazione e la fusione delle varie componenti tra vecchia e nuova struttura provoca inizialmente confusione e lunghe liste d'attesa per visite ed accertamenti. I buchi di bilancio degli Enti soppressi ereditati dalla nuova gestione evidenziano fin da subito l'insostenibilità finanziaria del sistema fondato sull'universalità dell'assistenza sanitaria. Il dibattito, pertanto, si sposta sul contenimento della spesa sanitaria.

Al fine di slegare l'efficacia del sistema sanitario dai vincoli economici, con la legge di accompagnamento alla Legge finanziaria del 1992, si introduce la determinazione dei L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza), affidata al Governo, per assicurare uniformità di livelli e qualità dell'assistenza in tutto il territorio nazionale, con una maggiore responsabilizzazione delle Regioni per la ristrutturazione della rete ospedaliera, attraverso cambi di destinazione, accorpamenti tra presidi, o disattivazioni ove necessarie.

Per la prima volta le Regioni hanno l'obbligo di fare ricorso alla propria autonomia impositiva nel caso in cui la spesa sanitaria ecceda quella parametrata a livello centrale correlata ai livelli obbligatori di assistenza.

Nel 1992 ha quindi luogo la c. d. "Riforma della Riforma" che introduce importanti novità nell'organizzazione sanitaria italiana sia sul piano giuridico, sia sul piano amministrativo. La legge produce un vero e proprio processo di 'aziendalizzazione' del sistema al fine di arginare non solo l'eccessiva crescita della spesa sanitaria nazionale, che era triplicata nel giro di pochi anni, ma anche per risolvere la sovrapposizione tra gestione 'tecnica' delle USL e gestione 'politica' degli Enti Locali che spesso, invece di favorire, ostacolava lo sviluppo di un sistema maggiormente rispondente alle esigenze e alle necessità della collettività.

Uno dei principali interventi riguardava la riforma delle USL; ne venne modificata la natura giuridica, la territorializzazione, le competenze in riferimento alla materia socio-assistenziale, l'impianto organizzativo e le modalità di finanziamento; elemento cardine del decreto fu l'aziendalizzazione delle USL e l'istituzione delle Aziende Ospedaliere Autonome finalizzata a rendere più efficiente la gestione delle risorse.

Le USL acquisiscono così piena autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale; sono direttamente dipendenti da una 'direzione generale' e gestite in maniera manageriale da un direttore generale nominato dalla Giunta regionale territorialmente competente. Le USL, poi diventate ASL, assumono i connotati di veri e propri centri di imputazione di



## *Consiglio regionale della Calabria*

autonomia imprenditoriale a dimensione giuridica *iure privatorum*.

Ogni incarico, per la durata di cinque anni, implica il rispetto degli obiettivi assegnati a ciascuna azienda secondo le indicazioni del Piano Sanitario Regionale. Viene completamente rivista l'articolazione territoriale delle USL, che vengono accorpate e ridotte così di numero.

In Calabria, si passa dalle 31 USL iniziali a 11 ASL, e successivamente con l'ultima riforma a 5 ASL, corrispondenti al territorio provinciale di ciascuno capoluogo, articolate a loro volta in 'Distretti Sanitari', ciascuno dotato di autonomia organizzativa e gestionale, sede dei processi di conoscenza della domanda sanitaria, dell'erogazione delle prestazioni di primo livello, di partecipazione ed integrazione della domanda e delle prestazioni sanitarie con i bisogni e le offerte di servizi socio-assistenziali ed educativi.

Viene riformato l'istituto delle 'convenzioni' con strutture sanitarie private attraverso il cosiddetto 'accreditamento', che viene riconosciuto sulla base di rigorosi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi stabiliti dalla legge per l'esercizio delle attività sanitarie. La Regione, attraverso l'accreditamento, riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la possibilità di erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Al cittadino viene offerta la possibilità, dunque, di scegliere liberamente la struttura sanitaria (pubblica o privata) dove curarsi.

Elemento caratterizzante del D.lgs. n. 502/1992 è quello di legare la programmazione sanitaria al bilancio. L'assistenza è non solo saldata dagli obiettivi della programmazione socio-sanitaria nazionale, ma è soprattutto vincolata al finanziamento assicurato dal Servizio Sanitario Nazionale. In questo quadro, tuttavia, la definizione dei livelli uniformi di assistenza viene determinata sulla base di specifici dati epidemiologici e clinici riferiti al territorio, specificando le prestazioni da garantire a tutti i cittadini, in rapporto all'ammontare delle risorse economiche messe a disposizione.

Ciascuna Regione può anche decidere di erogare livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli fissati dallo stesso decreto all'art. 1, ma facendo ricorso a risorse proprie (Art. 13, D. Lgs.502/92) senza ulteriori oneri a carico dello Stato.

Il decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 dicembre 1998, n. 419", conosciuto



## *Consiglio regionale della Calabria*

come “Legge Bindi” o “Riforma-ter” rappresenta, ancora oggi, l’ultimo grande passo legislativo sul percorso legislativo del sistema sanitario nazionale fin dalla sua costituzione.

È con essa che si ottiene un rafforzamento dell’autonomia regionale e le Regioni svolgono un ruolo propositivo per la definizione del Piano sanitario nazionale. Cambia il tipo di contabilità in capo ad ogni azienda. Al posto della contabilità finanziaria le aziende hanno l’obbligo di applicare la contabilità economico-finanziaria, propria delle aziende private, al fine di consentire una verifica e un monitoraggio dei risultati della gestione aziendale, sotto il profilo dell’efficacia, dell’efficienza e dell’economicità.

Successive modifiche vengono introdotte con il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 e con il Decreto Legislativo 28 luglio 2000 n. 254. Con il primo provvedimento, viene meglio regolamentato il rapporto e la cooperazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Università.

Nel secondo provvedimento, il D.lgs. 28 luglio 2000 n. 254, invece, vengono regolate le prestazioni erogate dai medici di un ospedale al di fuori del normale orario di lavoro, utilizzando le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell’ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Lo stesso Decreto affida alle Regioni il compito di individuare spazi adeguati ed attrezzati, all’interno di ogni singola struttura, per l’attività libero professionale intramuraria.

Nonostante le importanti novità introdotte, è nel 2001 che si assiste ad una riforma epocale, con importanti ricadute sul sistema sanitario e soprattutto sul suo finanziamento. La Legge Costituzionale n. 3 di riforma del Titolo V Parte II della Costituzione, con la modifica dell’articolo 117 definisce una nuova ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni.

Rimane in capo allo Stato la sola definizione dei LEA, i livelli essenziali di assistenza.

Con la ridefinizione dell’art. 117 la tutela della salute viene affidata alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni. Da una parte, si rafforzano il ruolo e le competenze delle Autonomie locali, in senso federalista, ma dall’altra si costituisce un sistema pluralista di centri di potere e decisionali che porterà nel tempo ad una notevole dislivello territoriale tra livelli di spesa e qualità delle prestazioni.

Il sistema sanitario ‘federalista’ figlio della Riforma del Titolo V della Costituzione ha prodotto iniquità tra le diverse Regioni, sia nella qualità sia nell’accesso alle prestazioni, confusione



## *Consiglio regionale della Calabria*

legislativa, trascurando quella funzione solidale che avrebbe dovuto 'equilibrare' il sistema a livello nazionale.

Se da una parte la Riforma del Titolo V del 2001 avrebbe dovuto rappresentare per le Regioni una straordinaria opportunità di autonomia organizzativa dei servizi sanitari, dall'altra il sistema federalista che ne è scaturito ha semplicemente delegato il controllo della spesa, senza stimolare al contempo la riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali per rendere efficiente la qualità dei servizi e ridurre i costi di gestione.

Hanno pesato, da una parte, l'eccessivo controllo sulla spesa posta dallo Stato, dove è prevalsa la visione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, rispetto alle valutazioni del Ministero della Salute, dall'altra, l'incapacità manifestata dalle Regioni nella riorganizzazione dei servizi sanitari sul territorio.

Molte Regioni, infatti, non hanno rispettato i L.E.A. definiti dallo Stato, e tra di esse la Calabria.

Seppure connotata da buoni propositi la Riforma del 2001 non ha portato a risultati soddisfacenti. Molte Regioni non sono state in grado di attuare una nuova e più efficiente gestione sanitaria. Anzi, si è assistito al paradosso di una bassa qualità dei servizi erogati, a cui è conseguita la mobilità passiva verso altre Regioni (che ha originato il triste fenomeno del "turismo sanitario"), un aumento del deficit finanziario e aliquote Irpef sempre più onerose per i cittadini. L'intervento dello Stato si è limitato, in massima parte, all'emanazione dello strumento dei "piani di rientro" e dei 'Commissariamenti', azioni che si sono dimostrate assolutamente inadeguate per la riqualificazione dei servizi e la sostenibilità del sistema a medio-lungo termine, ma soprattutto inidonee a svincolare la gestione sanitaria dalla gestione politica.

### **Il post riforma e l'aumento della spesa**

L'elemento più importante che ha caratterizzato la gestione della sanità post Riforma è stato quello della sostenibilità e della qualità dei servizi erogati. Negli anni è aumentata enormemente la spesa e ciò ha determinato una serie di forti disavanzi a carico di molti bilanci regionali.

Molte Regioni non sono state in grado di gestire la sanità secondo criteri di *efficienza*, *efficacia* ed *economicità*. In particolar modo nel Sud, all'aumento della spesa nel settore



## *Consiglio regionale della Calabria*

sanitario non è corrisposto un miglioramento nell'erogazione dei servizi, in termini quantitativi e qualitativi, anzi, in rapporto all'aumento della spesa si è riscontrato un peggioramento del servizio che ha determinato una diffusa sfiducia degli utenti, l'allungamento con tempi inaccettabili delle liste di attesa e la crescita esponenziale dell'emigrazione sanitaria verso altre Regioni che ha contribuito ad aggravare ulteriormente il debito.

Si è pertanto venuto a delineare uno scenario nazionale a macchia di leopardo con modi e circostanze completamente diverse di erogare i servizi sanitari, situazione che ha ancor di più allargato il divario tra Nord e Sud.

Lo Stato è intervenuto con una serie di misure legislative che hanno portato, dopo numerosi tentativi infruttuosi, ai cosiddetti "Piani di Rientro", una sorta di accordi pattizi tra lo Stato e le Regioni in disavanzo, volti a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario di questi territori. Con tali 'Piani' si impegnava la Regione, oggetto dell'accordo, a raggiungere il pareggio di bilancio, entro tre anni dalla loro sottoscrizione. Attraverso i Piani di Rientro venivano definiti gli obiettivi per il raggiungimento del risparmio e la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale nel rispetto dei L.E.A..

In alcune Regioni il 'piano' non è stato mai attuato, mentre in altre, come in Calabria, alla verifica dei Tavoli di monitoraggio, che hanno evidenziato inadempienze tali da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e quella dei L.E.A.; pertanto, su proposta del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute, sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni, il Consiglio dei Ministri ha avviato la procedura di Commissariamento.

Tale strumento è stato introdotto con la legge finanziaria del 2005, L. n. 311 del 2004, con la quale nascono i programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione e di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, che saranno successivamente denominati «*Piani di Rientro*», piani che dal 2007 diventeranno operativi in tutto il territorio nazionale.

Il piano è un vero e proprio progetto di ristrutturazione economico-finanziario, tramite il quale deve essere effettuata una complessiva riorganizzazione del singolo Servizio Sanitario Regionale, devono essere identificati i servizi che risultino inefficienti o in ritardo negli obiettivi e conseguentemente devono essere individuate le misure di correzione più



## *Consiglio regionale della Calabria*

adeguate che possono riguardare anche un inasprimento dei prelievi regionali. È bene sottolineare, tuttavia, che il Piano di Rientro non è stato concepito solo come strumento per riportare in equilibrio i bilanci regionali delle Regioni con i conti della sanità 'in rosso', ma prevedendo tutta una serie di interventi strutturali sui Sistemi sanitari regionali in riequilibrio, aveva come ulteriore obiettivo quello di un miglioramento complessivo del diritto alla salute. Nelle Regioni dove si è reso necessario predisporre i Piani di Rientro, infatti, l'assistenza sanitaria ricevuta dai cittadini è risultata molto inferiore a quella erogata nelle Regioni dove non è stata necessaria alcuna misura di riequilibrio contabile e di riorganizzazione del sistema. Alla base di questo dislivello, da una parte il modo poco appropriato con il quale sono stati erogati i L.E.A., a causa della quantità e qualità dei servizi erogati, dall'altra il livello di compartecipazione dell'utenza e la contribuzione alla fiscalità generale, che nelle Regioni in Piano di Rientro risulta sicuramente più alta rispetto alla media delle altre Regioni. Vanno considerati, poi, gli effetti collaterali che l'adesione al Piano di Rientro comporta, come il blocco del turn over che deteriora il livello di efficienza del sistema e determina l'aumento del tasso di disoccupazione regionale.

I Piani di Rientro presentano una strategia duale: da una parte quale *recovery plan*, ovvero come strumento per porre rimedio ad una situazione di disavanzo che, colpendo una o più Regioni, si ripercuote sull'intero sistema finanziario nazionale, con il rischio del mancato rispetto dei vincoli di stabilità interni ed esterni; dall'altra, quale *turn around plan*, attraverso una ristrutturazione aziendale che si sviluppa in due fasi, prima individuando le cause che hanno portato alla crisi della società e dopo intervenendo con una precisa strategia di recupero della redditività aziendale.

Alla crescente responsabilizzazione delle Regioni ha fatto riscontro una specie di ricentralizzazione delle decisioni di spesa tramite i vincoli economici, di cui i Piani di rientro, sono stati, di fatto, il risvolto più estremo e più recente. Questo processo ha generato un riavvicinamento dei livelli di spesa e di prestazioni erogate tra le Regioni meno virtuose e quelle più virtuose, anche se resta lontana un'ottimale omogeneità. Quello che invece non è avvenuto è stato l'avvicinamento della qualità della sanità tra i cittadini di diverse Regioni. Si è posto, quindi, il problema di non fondare la gestione del Servizio sanitario ad una tecnicità esclusivamente ragionieristica, ma privilegiando la logica di una sanità "uguale" territorialmente e socialmente. L'esperienza di questi ultimi anni, proprio in riferimento ai



## *Consiglio regionale della Calabria*

risultati dei Piani di rientro, ha dimostrato che aver ravvicinato le traiettorie di spesa regionale tra le diverse Regioni non si è tramutata in una accentuata territorializzazione della capacità di risposta ai bisogni sanitari dei cittadini.

L'attuazione dei Piani di Rientro ha registrato, nella fase iniziale di avvio molte difficoltà, che sono andate ben oltre quello che ci si aspettava. Nei primi anni, l'azione principale ha riguardato la riduzione del debito attraverso il contenimento della spesa, la riduzione degli sprechi e lo smantellamento di inappropriati modelli di gestione, ma non si è adeguatamente intervenuti sulle cause strutturali del disavanzo di ciascuna Regione. Nel complesso, infatti, si è registrato un modesto risultato in termini di riduzione dei disavanzi, nonostante l'azione del Governo che, attraverso i commissariamenti di Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria, intendeva superare resistenze politiche e burocratiche e di rilancio dei programmi.

### **Il Piano di rientro: strumento di depotenziamento dell'Assemblea legislativa**

Il perpetuarsi di esercizi finanziari negativi, scaturiti a seguito dei controlli periodici disposti dallo Stato attraverso i Ministeri affiancanti, ha determinato l'attivazione della procedura di Commissariamento.

Per alcuni anni la figura del Commissario ad acta era impersonata dal Presidente della Giunta Regionale, ma il persistere di situazioni di spreco, disorganizzazione, insufficienza e carenza dei servizi erogati ha costretto il Governo ad affidarsi a figure di propria fiducia. Ne è scaturito un vero e proprio scontro istituzionale, come nel caso della Calabria, che più volte ha contestato la nomina governativa dei Commissari e la gestione che questi ultimi avevano attuato sul territorio in termini di riorganizzazione territoriale delle strutture, e degli ospedali, e chiesto il reintegro nello stesso ruolo del Presidente della Giunta regionale in carica.

Anche parte della dottrina si è soffermata sulla legislazione dei Piani di Rientro, individuando in essa una eccessiva compressione dell'autonomia legislativa e amministrativa delle Regioni in materia di tutela della salute, la svalutazione del ruolo dei Consigli regionali, e per l'introduzione di una forma di potere sostitutivo «atipico». Sull'argomento la giurisprudenza della Corte Costituzionale ha delineato i confini entro i quali si devono muovere le Regioni nei confronti delle quali si esercita l'eventuale, e solo successivo, potere sostitutivo. Una delle prime e più importanti decisioni riguardanti i Piani di Rientro, è



## *Consiglio regionale della Calabria*

rappresentata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 100 del 2010 in cui il Giudice delle leggi ha stabilito “che la Regione è vincolata a quanto sottoscritto in sede di Piano di rientro, anche se questo limita l'autonomia legislativa regionale”, orientamento che è stato confermato in diverse altre pronunce.

Così si legge nella summenzionata sentenza: “Se con la riforma del Titolo V il legislatore, attraverso la qualificazione del coordinamento della finanza pubblica come materia di competenza concorrente, ha perseguito l'esigenza di garantire il rispetto degli obiettivi finanziari, la legislazione sui Piani di rientro fornisce una conferma della lungimiranza del legislatore costituzionale, in virtù dell'esigenza di garantire un'omogeneità su tutto il territorio nazionale in presenza di un regionalismo rinnovato. Le leggi statali, adottate in attuazione dell'art. 117, co. 3, Cost. devono avere come fine costituzionalmente orientato quello di rendere il sistema omogeneo, unificando le scelte di politica finanziaria che rimangono di competenza esclusiva dello Stato, perché è quest'ultimo che garantisce l'interesse nazionale. Un'interpretazione di questo tipo pone però alcune questioni di non poco rilievo con riferimento ai parametri sanciti per stabilire qual è il confine rappresentato dal coordinamento della finanza pubblica da parte dello Stato nei confronti delle Regioni. Tutte questioni che riguardano, a vario titolo, la legislazione sui Piani di rientro. Questi ultimi sono lo strumento giuridico attraverso cui le Regioni e lo Stato trovano un accordo per il miglioramento nell'erogazione dei servizi sanitari ed il contenimento della spesa pubblica in materia di sanità. Le conseguenze che la giurisprudenza attribuisce all'Accordo sono molteplici perché attuano un vincolo importante qual è quello del coordinamento della finanza pubblica”

Nella legge finanziaria per il 2010 (Legge n. 191 del 2009) all'art. 2, commi 80-95 è chiarito anche che in costanza del Piano di Rientro è proibita alla Regione l'adozione di nuovi provvedimenti che siano di ostacolo all'attuazione del Piano. Ed è stato più volte ribadito, in sede di pronunciamenti giurisprudenziali che fino all'esaurimento dei suoi compiti di attuazione del Piano di Rientro, le determinazioni commissariali devono essere poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali.

La Legge di stabilità per il 2017 ha rimosso l'incompatibilità di funzioni tra il Presidente di Regione e la figura del Commissario ad acta per il Piano di Rientro in sanità, disponendo



## *Consiglio regionale della Calabria*

nel contempo l'istituzione di Tavoli tecnici del Governo per la verifica semestrale dell'equilibrio dei bilanci sanitari delle Regioni e il rispetto nell'erogazione dei L.E.A. Solo in caso di esito negativo di tali verifiche il Governo può nominare un commissario governativo in sostituzione del commissario governatore.

### **Piano di rientro e commissariamento: il caso Calabria**

Dal 2009 la Calabria è in "Piano di Rientro dal disavanzo finanziario del Fondo Sanitario Regionale". Tuttavia, nonostante le articolate misure predisposte dalla Regione per la sostenibilità del sistema, come il blocco del *turn over*, ovvero il blocco delle assunzioni del personale in uscita per quiescenza, l'interruzione delle spese non obbligatorie, la contrastata riconversione di alcuni ospedali e l'aumento dell'IRAP e dell'IRPEF, nulla è migliorato per il Servizio Sanitario Regionale calabrese.

L'Accordo per il Piano di Rientro dal disavanzo della spesa sanitaria della Regione Calabria a valere per il triennio 2010-2012 è stato siglato il 17 dicembre 2009 e successivamente recepito con Deliberazione della Giunta Regionale n. 908/2009, nella quale venivano previsti una serie di interventi volti a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione. Successivamente il Piano di rientro è proseguito con il Programma Operativo 2013-2015 (DCA, Decreto Commissario ad Acta n. 14 del 2 aprile 2015) e con il Programma Operativo 2016-2018, adottato con DCA n. 119 del 4 novembre 2016.

Nell'aprile 2019 è stato emanato il D.L. n. 35, convertito nella Legge 25 giugno 2019 n. 60, recante "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*". Il capo I del decreto, composto da 10 articoli, è interamente dedicato a disposizioni speciali per la Regione Calabria, volto a ripristinare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza ed assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Rientro. Si tratta di provvedimenti normativi straordinari, assunti per un periodo temporale limitato a 18 mesi, con i quali si intende indirizzare la Calabria verso un equilibrio finanziario e nel lungo periodo concludere il Piano di Rientro.

Le disposizioni speciali si sono rese necessarie per la Regione Calabria per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale. Si tratta di misure eccezionali volte alla risoluzione delle riscontrate gravi inadempienze amministrative e gestionali a seguito



## *Consiglio regionale della Calabria*

delle verifiche effettuate durante i Tavoli di verifica degli adempimenti e dal comitato permanente per la verifica dei L.E.A. per la Regione Calabria. Sono state, infatti, più volte riscontrate rilevanti criticità connesse alla gestione amministrativa e al mancato raggiungimento del punteggio minimo previsto dalla griglia dei livelli essenziali di assistenza.

Secondo quanto disposto dall'art. 2 del D.L. n. 35 del 30 aprile 2019, il Commissario ad acta, entro trenta giorni dall'entrata in vigore del decreto e, successivamente, ogni sei mesi, è tenuto ad effettuare una verifica straordinaria sull'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere Universitarie. Si tratta di una verifica volta ad accertare che le azioni poste in essere da ciascun direttore generale siano coerenti con gli obiettivi di attuazione del Piano di Rientro, e che quindi con la loro azione non compromettano l'esecuzione di detti obiettivi, evento che, in caso di valutazione negativa, comporterebbe la possibilità per il commissario ad acta di dichiarare l'immediata decadenza dall'incarico del direttore generale.

Parecchie sono state le critiche avanzate a seguito della pubblicazione del Decreto Legge n. 35 del 2019, recante "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*". Il provvedimento, infatti, fu considerato sostanzialmente punitivo per le elevatissime criticità che la Calabria presentava in ambito sanitario.

L'emanazione di detto decreto, avente come unico destinatario la Regione Calabria, si è reso necessario per porre rimedio alla situazione di estrema criticità della sanità calabrese, determinata dalle permanenti condizioni di mancato riequilibrio economico-finanziario dal disavanzo del settore sanitario e, in particolare, sentenza, del «mancato raggiungimento del punteggio minimo previsto dalla griglia dei livelli essenziali di assistenza nonché rilevanti criticità connesse alla gestione amministrativa».

Si trattava, nelle intenzioni del Governo, di un intervento di straordinaria necessità ed urgenza, volto ad adottare tutte le misure indispensabili per assicurare una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio Sanitario Nazionale e anche per garantire, in tutto il territorio, che gli utenti godessero di un regime di assistenza sanitaria uguale, per quantità e qualità, condizione che allora la Regione Calabria non era in grado di assicurare ai propri cittadini.



## *Consiglio regionale della Calabria*

Il servizio sanitario della Regione Calabria comprende cinque aziende sanitarie provinciali, denominate «ASP» (Crotone, Cosenza, Catanzaro, Vibo Valentia e Reggio Calabria), e quattro "aziende ospedaliere". Ciascuna delle cinque ASP è a sua volta suddivisa in distretti.

Tale organizzazione territoriale fu realizzata a seguito della Legge regionale n. 9 dell'11 maggio 2007, entrata poi in vigore il 1° gennaio 2012, che riunì le undici aziende sanitarie locali (ASL) in cinque Aziende Sanitarie Provinciali.

Compito istituzionale di ogni ASP è quello di assicurare la distribuzione dei livelli essenziali di assistenza, definiti dal Piano sanitario regionale, secondo i principi fondamentali di uguaglianza, imparzialità, efficienza ed efficacia.

Tra gli effetti delle drastiche misure imposte dal Piano di rientro, sicuramente il più devastante è rappresentato dal crescente fenomeno della «*migrazione sanitaria*».

Tagli alle risorse, riduzioni, chiusure e ridimensionamenti nella sanità, hanno creato nell'utenza calabrese la percezione di un sistema inefficiente, bloccato e non più adeguato alle esigenze della popolazione. Da qui la scelta, soprattutto in relazione ad alcune particolari e gravi patologie, di scegliere di curarsi altrove, in centri di altre Regioni dove la sanità è ritenuta "un'eccellenza",

Ancora oggi, a oltre dieci anni di distanza, la riorganizzazione del servizio sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo-contabile, è sostanzialmente incompleta e si è ancora lontani dal raggiungimento degli obiettivi che con il Piano di Rientro erano stati prefissati: l'equilibrio economico-finanziario e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. A questo ritardo strutturale si è aggiunta l'emergenza sanitaria causata dal Covid-19 che ha amplificato ed evidenziato le criticità del sistema sanitario calabrese e l'inefficacia del suo commissariamento.