

FEDERALISMO O IPERLOCALISMO?

Siamo riusciti a tradurre al peggio le possibilità del Titolo V?

Nicola C. Salerno (direttore Area Finanza Pubblica e Regolazione)

Sono passati quasi dodici anni dal D. Lgs. n. 56-2000, il primo atto normativo che ha tentato di reimpostare il finanziamento e la *governance* della sanità su basi federaliste. Da allora, il Legislatore è intervenuto più volte sul tema, dalla riforma costituzionale del 2001 sino alla Legge n. 42-2009 e alla sua scia attuativa, passando per varie ipotesi di realizzazione del federalismo, alcune rimaste in bozza, altre arenatesi nella discussione parlamentare, una anche respinta con *referendum* costituzionale nel 2006. Quasi dodici anni di “cantiere” federalista, senza riuscire ad approdare ad un rinnovato modello di *governance*, completo in tutte le sue parti, economico-finanziarie, istituzionali, di regolazione, di rappresentanza e responsabilizzazione politica.

L’attestazione dell’incapacità a chiudere la trasformazione federalista è arrivata adesso. L’urgenza della crisi ha obbligato a cambiare prospettiva. Da un approccio sistemico e strutturale si è passati, con la *spending review* “Monti-Giarda”, a focalizzare l’attenzione su poche significative poste di bilancio, fissando per loro dei livelli *standard*. La ricerca di risparmi rapidi ha reso necessario ripiegare su strumenti di *governance* già sperimentati in passato, come i *target* su singole voci di spesa, in contraddizione con tutto il processo legislativo condotto almeno dal 2009 ad oggi, che aveva scelto di impostare la *standardizzazione* a livello macro e secondo una logica *top-down*. Il livello macro per lasciare alle Regioni una sufficiente sfera di autonomia organizzativa nell’allocazione delle risorse tra funzioni e capitoli di spesa. La logica *top-down* per inserire il finanziamento all’interno di un andamenti sostenibili delle finanze pubbliche.

È stata proprio quella sfera di autonomia organizzativa a costituire uno dei punti deboli della via italiana al federalismo. Non perché di principio essa non sia corretta e anzi auspicabile, ma perché è rimasta solo a livello di disegno del meccanismo di finanziamento, e non si è approfondita sul piano operativo, non è stata sorretta da un sufficiente disegno delle Istituzioni e delle relazioni tra livelli di governo e amministrazione.

Utile portare un esempio concreto di questa incompletezza del federalismo che, a fronte di un tentativo di costruire un finanziamento in prospettiva strutturale e sistemica, ha sottovalutato l’esigenza di un parallelo approccio sistemico anche per quanto riguarda lo svolgimento operativo delle varie funzioni (Il famoso “chi fa che cosa?”). Questo punto di debolezza ha sinora esposto al rischio di iperlocalismo, che è una delle degenerazioni del federalismo.

Tempo fa ho ricevuto in CeRM questa *mail* di una cittadina che mi chiedeva lumi sulla disorganizzazione che pervade i rapporti tra Regioni e tra Regioni e Enti Locali. Suggerisco di leggerla per intero questa *mail*, perché porta un riscontro concreto della frammentazione e sistemica e delle sovrappese evitabili.

“

Caro Prof. Salerno,

la interpello per una questione riguardante gli standard sanitari. Stavolta non li ho osservati tramite le pregevoli analisi del CeRM, ma da vicino e sulla mia pelle. Mio padre ha avuto necessità dell'impianto di una protesi all'anca. Nella sua Regione di provenienza, il Molise, c'era una fila d'attesa di sei mesi (durante i quali non avrebbe potuto camminare). Nel Lazio l'intervento è stato subito disponibile in struttura privata convenzionata. Abbiamo seguito questa strada, perché temevamo che sei mesi d'attesa potessero comportare peggioramenti sia fisici che umorali, che in un anziano possono avere conseguenze gravi a volte anche irreversibili.

Dopo l'operazione, è stata fatta una settimana di prima riabilitazione nella stessa struttura dove si è svolto l'intervento di protesi. Dopodiché, su prescrizione del medico, mio padre è stato indirizzato ad una clinica privata convenzionata per il ciclo completo di riabilitazione. La prescrizione medica ha previsto una durata di trenta giorni per il ciclo riabilitativo. Giornate lunghe e anche molto noiose, perché a fronte di una degenza ordinaria (ospedalizzazione piena), la terapia prendeva una sola ora die.

Secondo informazioni che ho raccolto in corsia, ogni posto letto per riabilitazione con ricovero costa al Ssn 700 Euro die (almeno nella struttura in cui è stato ospitato mio padre). Non posso fare a meno di chiedermi, e chiederLe: Perché si prevede una degenza ordinaria se la terapia dura una sola ora die? Perché non si è tentata una formula organizzativa più economica e eventualmente anche più comoda per il paziente?

Dopo quindici giorni ho portato via mio padre con dimissioni volontarie. Non reggeva più le giornate in clinica, e ho optato per fargli proseguire la riabilitazione a casa con sedute domiciliari. Le ho pagate io out-of-pocket perché, tonando in Molise, la lista d'attesa per la terapia a domicilio a carico del Ssn era di sei mesi (come per l'intervento all'anca, sei più sei). A Roma, sempre da informazioni raccolte sul posto, le file d'attesa per l'assistenza domiciliare a carico del Ssn sono anche più lunghe.

In Molise un'ora di riabilitazione domiciliare mi è costata meno di 35 Euro, e con quindici ore ho portato a completamento il ciclo che mio padre aveva interrotto in clinica convenzionata a Roma.

È abissale la differenza di costo tra la riabilitazione in regime di ricovero in clinica privata convenzionata (a carico Ssn) e la riabilitazione a domicilio (a carico del cittadino nella mia esperienza). Nonostante questo scarto, da quanto mi risulta è difficilissimo, sia in Lazio che in Molise, ottenere l'assistenza domiciliare, mentre nel Lazio resta facile l'accesso alla costosissima (per il Ssn) riabilitazione con ricovero (anzi, nella mia esperienza è stata necessaria quasi una "azione di forza" per andar via). In Molise, come ho già detto, ci sono file sia per l'intervento all'anca, sia per la riabilitazione domiciliare a carico del Ssn.

Vengo dunque agli altri dubbi e alle altre domande:

- chi decide quale tipo di riabilitazione?
- c'è un protocollo, uno standard nazionale?
- il problema non riguarda (credo) solo l'ospedalizzazione presso cliniche private convenzionate ma, più in generale, il regime di ricovero ordinario anche in strutture di proprietà del Ssn (anche in questo caso il costo sarà elevato);
- l'interesse è soprattutto della Regione di residenza (il Molise), che poi si troverà, nel caso di assistenza mutuata, a corrispondere oneri di mobilità interregionale;
- ma è anche interesse di tutte le Regioni che le pratiche terapeutiche si svolgano secondo i modelli organizzativi migliori, in termini di qualità per il cittadino, costo per il Ssn, ottimizzazione nell'utilizzo delle strutture del Ssn;

- come controllare che le cliniche di riabilitazione non la “tirino per le lunghe”, per tenere occupati i letti?
- come assicurare che venga rispettata il più rapidamente possibile la volontà del cittadino di ricevere terapie riabilitative lunghe presso il proprio domicilio, tenuto conto che il costo per il Ssn è molto minore in questo caso?

La rassicuro che alla base di queste mie domande non c'è il disagio, che pure abbiamo provato, per il fatto che nella clinica convenzionata dove mio padre è stato indirizzato veniva recitato il rosario dagli altoparlanti una volta al giorno, senza che i pazienti atei, ebrei musulmani, hindu o di qualunque altra fede o filosofia potessero sottrarsi (se non barricandosi nelle stanze, peraltro non sufficientemente arieggiate).

Aspetto Sue considerazione quando può e intanto la saluto. Grazie, Roberta C

”

I dubbi sollevati dalla Signora Roberta sono tutti pertinenti. La sua esperienza testimonia di come prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali e sociali restino purtroppo sfere discontinue e spesso disconnesse. La *mail* è pervenuta solo qualche giorno prima che fosse reso noto il decreto sulla *spending review*, che per la sanità prevede una significativa riduzione dei posti letto per ricoveri ordinari. Il racconto di Roberta ci fa toccare con mano i vantaggi terapeutici, economici e di benessere personale e familiare che deriverebbero da un riequilibrio delle prestazioni tra ospedale e territorio/domicilio. Il riequilibrio non può passare solo attraverso la riduzione dei posti letto nelle strutture di proprietà del Ssn, ma necessita di nuova organizzazione integrata sanità-assistenza, capace di valorizzare i rapporti tra Regione e Enti Locali e tra Ssr e erogatori pubblici e privati di prestazioni. Il riequilibrio, in altri termini, va adeguatamente preparato.

Nel corpo normativo esistente sono riconoscibili quattro categorie di livelli essenziali di assistenza:

- i Lea sanitari, ovvero le prestazioni sanitarie vere e proprie, a carico del Sistema sanitario nazionale;
- i Lea socio-sanitari a prevalenza sanitaria, ovvero le prestazioni che, pur mantenendo connotati di assistenza sanitaria (prestazione iniziale con necessità di struttura ospedaliera o ambulatoriale, ruolo del medico, somministrazione di farmaci, etc.), coinvolgono anche aspetti di assistenza sociale (forme di sostegno a domicilio durante la convalescenza, prestazioni di riabilitazione, prestazioni di assistenza continuata post acuzie, etc.);
- i Lea socio-sanitari a prevalenza sociale, ovvero le prestazioni per le quali è centrale la componente sociale (sostegno inabilità/invalidità acquisite, riabilitazioni lunghe o con richiami periodici, contrasto povertà/indigenza, aiuti a nuclei familiari numerosi, prevenzione in senso lato, etc.), cui fa da corredo/complemento una forma di assistenza sanitaria (assistenza infermieristica a domicilio, risoluzione di problematiche acute che spesso accompagnano la non autosufficienza, analisi diagnostiche/specialistiche periodiche, etc.);
- I Liveas, i livelli essenziali assistenziali, in cui rientrano tutte le forme di sostegno monetario e/o *in-kind* per fronteggiare esigenze specifiche del singolo o della famiglia.

La definizione dei Lea sanitari (il loro perimetro) è di competenza esclusiva dello Stato. L'organizzazione del sistema sanitario è, invece, materia di legislazione concorrente Stato-Regioni. La definizione dei Lea socio-sanitari è competenza esclusiva dello Stato. Rientra

nella legislazione concorrente Stato-Regioni la scelta delle modalità di organizzazione ed erogazione delle prestazioni a prevalente contenuto sanitario. È invece parte della legislazione esclusiva delle Regioni la scelta delle modalità di organizzazione ed erogazione delle prestazioni a prevalente contenuto sociale. La gestione operativa vera e propria spetta al Ssn per le prestazioni a prevalenza sanitaria; per quelle a prevalenza sociale si distribuisce tra Comuni e Province, in ossequio al principio di sussidiarietà. La definizione dei Lea sociali è competenza esclusiva dello Stato. È invece materia di legislazione esclusiva delle Regioni la scelta delle modalità di organizzazione ed erogazione delle prestazioni. La gestione operativa vera e propria si distribuisce tra Comuni e Province.

Ecco, è questo il quadro generale di sfondo, di frammentazione e balcanizzazione, alla base dei paradossi contro cui si è scontrata la Signora Roberta, e sul quale è sopraggiunta la *spending review*.

Ci si deve adesso sforzare di utilizzare la *spending review* nella maniera migliore. E questo può avvenire soltanto se la si applica per quella che è: una misura di urgenza per superare i prossimi due-tre anni, fino a quando non si saranno ristabilite condizioni meno straordinarie nell'economia e nei conti pubblici. Non può, questa *spending review*, sostituire quel processo di riorganizzazione strutturale e sistemico che, avviato nel 2000, è stato lasciato incompiuto e, non solo ha fatto trovare la sanità in posizione di debolezza di fronte alla crisi (senza *governance* all'altezza), ma nel frattempo ha alimentato incertezze, approssimazioni istituzionali, distorsioni.

Durante l'applicazione della *spending review*, bisogna continuare a lavorare per completare, in tutti gli aspetti operativi, il nuovo assetto delle prestazioni sanitarie e sociali. Un assetto in cui: i livelli essenziali non abbiano zone grigie; l'offerta di prestazioni sia coerente con le risorse a loro dedicate, potendo contare anche sulla selettività dell'universalismo e sulla diversificazione pubblico-privato delle fonti; le potestà e i doveri dei vari livelli di governo siano chiari e inequivocabili; le regole di finanziamento siano complete, codificate e trasparenti, inclini a premiare l'efficienza e la collaborazione leale tra livelli di governo, ma anche sufficientemente flessibili per lasciare adattare le modalità di offerta alle caratteristiche della comunità e del bacino territoriale; la programmazione a medio termine diventi la norma.

Federalismo non è frammentazione e incompatibilità tra politiche sociali. È differenziazione sul territorio nel rispetto della visione Paese.