



Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del SSN*

di Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola

INDICE

Premessa: le politiche sanitarie laboratorio di federalismo

La XIII legislatura: prove di federalismo sanitario

La riforma del Titolo V e la giurisprudenza costituzionale

Verso un sistema negoziale adulto: il patto per la salute del 2006

La XIV legislatura: la governance smarrita

Le gestioni commissariali: la ricerca di un equilibrio tra efficacia e garanzia dell'autonomia

La legge Calderoli: lo scarto tra teoria e pratica

Il nuovo Patto per la salute 2010-2012

Le sfide della riforma e le questioni ancora aperte

Premessa: le politiche sanitarie laboratorio di federalismo

L'approvazione della legge delega per l'attuazione del federalismo fiscale, n. 42 del 2009, ha fatto registrare un'ampia convergenza, specialmente sul versante politico, intorno ai principi affermati e al suo impianto generale. A questa condivisione, tuttavia, si affianca l'incertezza di quanti, soprattutto tra gli studiosi, avvertono il rischio di uno scarto tra aspettative ed esiti della riforma federalista specie in campo sanitario.

Questo paper si colloca in tale spazio critico, con l'attenzione rivolta all'esame delle reali possibilità di implementazione della riforma nei suoi elementi di fondo: la responsabilizzazione delle amministrazioni regionali e delle relative comunità locali, l'autonomia finanziaria, la semplificazione e la modernizzazione del sistema fiscale.

Nello sviluppo di questa analisi si farà riferimento alla seguente tesi: la riforma federalista e gli strumenti individuati per la sua attuazione riflettono in misura rilevante le vicende istituzionali vissute nel campo delle politiche sanitarie a partire dalla seconda metà degli anni Novanta.

Per vedere plasticamente come i temi di fondo del federalismo fiscale derivino dall'elaborazione maturata nel campo sanitario si possono prendere in esame i seguenti obiettivi di policy: responsabilizzazione delle Regioni rispetto al governo della spesa sanitaria; risanamento delle condizioni di deficit dei servizi sanitari regionali; miglioramento della qualità delle cure; perfezionamento degli strumenti per la governance del sistema. Questi possono essere gli obiettivi per sintetizzare i contenuti del nuovo Patto per la salute che il Governo ha presentato alle Regioni nel 2009, ma sono anche gli stessi obiettivi dell'accordo dell'agosto 2000 in materia di spesa sanitaria, a dimostrazione che questi obiettivi rimangono una costante nel decennio, per il

* Paper di sintesi del lavoro del 2° sottogruppo "Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del SSN" del gruppo di studio di Astrid su "Le politiche sanitarie", coordinato da Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola

perseguimento (non ancora realizzato) dei quali sono stati individuati strumenti che, di volta in volta, calavano in una cornice costituzionale in forte cambiamento¹.

In questo quadro di permanenza degli obiettivi fondamentali e di evoluzione delle risposte, l'esame del nuovo assetto configurato dalla legge n. 42/2009 riguardo il SSN offre l'occasione per testare l'impianto della riforma e verificare nel concreto quali esiti ha prodotto nell'ordinamento il processo di decentramento avviatosi, con le riforme amministrative e costituzionali, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso.

La XIII legislatura: prove di federalismo sanitario

Un piano di riflessione dal quale partire è legato a un obiettivo che già nell'ultima decade del secolo scorso ha caratterizzato le azioni di riforma della finanza pubblica: il superamento dei meccanismi di ripiano *ex post* dei debiti maturati dai servizi sanitari regionali. La soluzione perseguita è una riforma dei sistemi contabili che punti a responsabilizzare ciascun ente attraverso l'attribuzione di un bilancio costruito non più secondo la logica della spesa storica incrementale, ma con la metodologia della definizione di budget. Ipotesi complessa nella sua traduzione in prassi gestionale, resa complessa anche da impostazioni teoriche che ne sono alla base [D'ALESSIO] e dallo specifico contesto nel quale deve trovare applicazione: specialmente in un contesto nel quale, da un lato, una crescente quota di risorse è gestita da Regioni ed enti locali ma trasferita loro dallo Stato, e dall'altro, non è concepibile l'ipotesi di fallimento dell'ente pubblico².

Fermi restando questi aspetti, il tentativo di riforma si è misurato su tre piani di intervento che dalla fine degli anni Novanta mirano a riportare sotto governo la spesa sanitaria in un quadro di forte crescita [ATELLA] e di forte divaricazione dei sistemi organizzativi e di programmazione a seguito dell'accresciuta autonomia regionale [MENEGUZZO]. Sono questi i piani di intervento considerati:

1. dotazione per le Regioni di risorse proprie in modo da stabilire la premessa per un sistema di responsabilizzazione sul ciclo entrate/uscite;
2. superamento della prassi degli stanziamenti *ex post* rivolti alla copertura dei disavanzi maturati;
3. sviluppo di un sistema di monitoraggio adatto a prevenire il consolidamento di deficit di lungo periodo.

Il primo ambizioso tentativo di disegnare un quadro omogeneo che rispondesse a questi tre obiettivi risale alla fase conclusiva della XIII legislatura con il combinato dell'istituzione dell'IRAP in sostituzione dei contributi gravanti sui rapporti di lavoro, l'inclusione della spesa sanitaria nei saldi del patto di stabilità interna, il primo modello di federalismo fiscale espresso con il decreto legislativo n. 56/2000. Anche in quella occasione la legislatura si apriva - finanziaria 1997 - con il consueto ripiano a piè di lista dei debiti accumulati dalle Regioni e con la fissazione di misure di risparmio a partire dalla razionalizzazione della rete ospedaliera delle Regioni. Ma è il decreto legislativo n. 56/2000 a costituire l'elemento di maggiore innovazione tanto che, sebbene la sua attuazione si è rivelata molto parziale, anticipa i contenuti sia dell'articolo 119 della Costituzione

¹ Quanto al primo profilo, il legame tra federalismo e politiche sanitarie risulta evidente, dal momento che quello sanitario costituisce il principale servizio regionale. I dati della finanza pubblica attestano che la spesa sanitaria pubblica italiana costituisce il 6,7% del PIL, mentre le risorse destinate dalle Regioni ai servizi sanitari rappresentano in media il 75% dei loro bilanci.

² Per il principio della continuità dell'azione dell'amministrativa non sono praticabili ne nostro paese soluzioni come quella applicata dall'amministrazione municipale di Chicago nell'agosto 2009, con notevole risalto sui media internazionali, della sospensione per alcuni giorni di grande parte dei servizi alla cittadinanza, in modo da fare fronte all'enorme debito accumulato.

(rispetto al quale, non a caso, mantiene una sostanziale coerenza³) e della recente legge di attuazione dell'articolo. Il decreto legislativo n. 56/2000 si proponeva infatti di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. superare il tradizionale sistema di trasferimento finanziario della spesa sanitaria, per sostituirlo con l'assicurazione di risorse proprie per le Regioni attraverso l'istituzione di tributi regionali, la compartecipazione ai tributi erariali e l'autonomia nell'apposizione di addizionali IRPEF;
2. impedire i deficit di bilancio delle Regioni, predefinendo l'aliquota di compartecipazione all'IVA che nel nuovo modello diventava la fonte di alimentazione del fondo sanitario;
3. unificare i molteplici canali di trasferimento di risorse dallo Stato alle Regioni, liberando queste ultime dai vincoli di destinazione delle singole voci di finanziamento, ma stabilendo un nuovo criterio per il riparto interregionale che, in un arco temporale lungo (13 anni), sostituisse completamente i precedenti.

Le difficoltà registrate nell'attuazione del decreto legislativo n. 56/2000 sono diverse ma quello che più interessa ai fini del presente lavoro è che a fallire fu proprio l'obiettivo di fondo dell'iniziativa, cioè la sostituzione di una regola di governo strutturale della spesa sanitaria in luogo della logica del negoziato politico sui saldi (in disavanzo) delle gestioni finanziarie concluse. Da questo punto di vista ha senz'altro pesato la forte crescita della spesa sanitaria [ATELLA] nel periodo in cui il nuovo meccanismo avrebbe dovuto entrare a regime (il che, ad esempio, ha reso complessa l'operazione di calcolo della compartecipazione IVA). E tuttavia questo quadro ha determinato una dinamica che nel corso della XIV legislatura ha visto ancora una volta il susseguirsi degli accordi tra Stato e Regioni sull'ammontare delle risorse necessarie per compensare il sottofinanziamento della spesa del servizio sanitario, abdicando alla ricerca di parametri ai quali ancorare l'andamento del fabbisogno e, corrispettivamente, la definizione della quota di risorse che come compartecipazioni e fondo perequativo avrebbero dovuto – in via ordinaria – alimentare il sistema. Con l'accordo cosiddetto Giarda del 3 agosto 2000 - i cui obiettivi sono ricordati all'inizio di questo paragrafo - si conferma il modello negoziale e concertativo quale costante del sistema, pur assumendo connotazioni più elaborate e complesse e sebbene nello stesso periodo fosse in corso l'elaborazione politica e giuridica che di lì a poco avrebbe prodotto la riforma del Titolo V della Costituzione.

La riforma del Titolo V e la giurisprudenza costituzionale

Con la riforma costituzionale il processo di decentramento già in essere negli anni novanta accelera verso una fase di forti tensioni tra centro ed enti territoriali. In primo luogo, nella materia sanitaria si registra un forte ampliamento dell'autonomia regionale. Il nuovo testo dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione conferma la natura concorrente della potestà legislativa, ma ridefinisce la materia richiamandosi espressamente alla “tutela della salute”, che come nell'articolo 32 Cost. ricomprende al suo interno il complesso delle attività promozionali, preventive e di cura esperibili per garantire il benessere delle persone⁴.

³ Sebbene, a differenza del decreto legislativo n. 56/2000 la riforma del Titolo V, all'articolo 119, stabilisce che il nuovo sistema di finanziamento deve prevedere la totale copertura delle risorse connesse alla garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni.

⁴ Anche la Corte costituzionale, fin dalle prime pronunce relative all'applicazione del nuovo testo dell'articolo 117 ha contribuito a chiarire che “il nuovo quadro costituzionale [...] è caratterizzato dall'inserimento nell'ambito della legislazione concorrente di cui al terzo comma dell'articolo 117 Cost anzitutto della materia “tutela della salute”, assai più ampia rispetto alla precedente materia “assistenza sanitaria e ospedaliera” (sentt. nn.181/06; 270/05; 105/07; 328/06). In queste pronunce la Corte non ha peraltro indicato i confini della materia ma, caso per caso, ha proceduto all'esame delle leggi denunciate per valutare se il loro oggetto rientrasse o meno nella nuova formulazione dell'articolo 117, premettendo l'intervenuto ampliamento della materia. Così, la sentenza n. 510/2002 ha affermato che in tema di organizzazione sanitaria le Regioni possono adottare “una propria disciplina anche sostitutiva di quella statale”; la

Un secondo elemento rilevante attiene alla costituzionalizzazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea): l'articolo 117, secondo comma, lett. m) attribuisce allo Stato la competenza esclusiva per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Per la materia sanitaria ciò assume particolare rilievo, dal momento che, come si è visto, l'individuazione dei Lea ha comportato una intensa interlocuzione tra Stato e Regioni e l'adozione del decreto del 2001. Da questo punto di vista le procedure per la loro adozione hanno contribuito a strutturare il modello di governance negoziale che è andato progressivamente caratterizzando il SSN. La stessa Corte costituzionale ha affermato (sentenze nn. 88/2003 e 136/2006) che a causa della "forte incidenza" dei Lea sulle competenze regionali, le "linee generali" delle scelte relative che li riguardano devono essere adottate con legge, "che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori". La sentenza n. 88, dopo aver richiamato la legislazione vigente e, in particolare, la procedura prevista dall'articolo 6 del d.l. 18 settembre 2001, convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, ha affermato che "resta indubbio che in tutto il settore sanitario esiste attualmente una precisa procedura, individuata con fonte legislativa, per la determinazione di quanto previsto nell'articolo 117, secondo comma, lett. m) Cost. e che questa determinazione è intervenuta con il d.P.C.M. 29 novembre 2001". Questa procedura prevedeva la proposta del Ministro della salute (ora del Ministro del lavoro della salute e delle politiche sociali), di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, l'intesa con la Conferenza Stato Regioni e l'adozione con d.P.C.M.. La necessità dell'intesa, ai fini del rispetto del principio di leale collaborazione, è stata ribadita dalla Corte nella sent. n. 136/2006. Come in altre occasioni, la Corte ha compiuto un'opera di razionalizzazione del sistema inserendo le nuove norme costituzionali nel tessuto dell'ordinamento. Appare infatti condivisibile, per assicurare flessibilità al sistema e per la stessa natura dei servizi e delle prestazioni sanitarie, la scelta di mediazione in base alla quale la Corte ha richiesto la fonte legislativa per l'indicazione delle "linee generali" e delle procedure di approvazione dell'atto successivo, adottato d'intesa con le Regioni, avente il compito di scendere nel dettaglio ritenuto più idoneo dai soggetti partecipanti all'accordo, a soddisfare le esigenze di tutela alla base dei Lea.

Il terzo asse della riforma costituzionale del 2001 è costituito dalla previsione dei principi del federalismo fiscale indicati dal nuovo testo dell'articolo 119. Anche su questo aspetto il ruolo

pronuncia n. 270/2005, collegando la nuova competenza concorrente attribuita alle Regioni in materia di ricerca scientifica alla tutela della salute, interpretata nel senso indicato, ha dichiarato illegittime una serie di disposizioni statali che prevedevano la nomina di rappresentanti ministeriali negli organi di gestione degli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), nonché forme di controllo amministrativo statale su tali enti, distinguendo queste norme da quelle ritenute di principio previste dalla stessa disciplina statale, e pertanto conformi al nuovo dettato costituzionale. In altre decisioni la Corte ha rilevato che norme in materia sanitaria interagiscano con settori di altre materie, dando luogo a casi di "concorrenza di competenze": nel caso di norme di disciplina della natura esclusiva del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari, è stato affermato "alla luce di tale ampia nozione" che "sebbene le disposizioni in esame si prestino ad incidere contestualmente su una pluralità di materie (e segnatamente, tra le altre, su quella della organizzazione degli enti non statali e non nazionali), vadano comunque ascritte, con prevalenza, a quella della "tutela della salute". Per giustificare questa prevalenza, la Corte ha sottolineato la stretta inerenza delle norme in questione con "l'organizzazione del servizio sanitario regionale e, in definitiva, con le condizioni per la fruizione delle prestazioni rese all'utenza, essendo queste ultime condizionate, sotto molteplici aspetti, dalla capacità, dalla professionalità e dall'impegno di tutti i sanitari addetti ai servizi" (sent. n. 181/2006). In altra decisione alcune norme statali di finanziamento dei programmi regionali di edilizia sanitaria sono state inquadrate nell'ambito della tutela della salute, "che assume oggi un significato più ampio rispetto alla precedente materia dell'assistenza sanitaria e ospedaliera", e che comprende anche "l'organizzazione sanitaria in senso stretto, nella quale le Regioni possono adottare una disciplina anche sostitutiva di quella statale" (sent. n. 105/2007). Richiamandosi ad analoghe premesse, è stato ritenuto lesivo delle competenze regionali un regolamento statale che disciplinava i requisiti delle società scientifiche e delle associazioni delle professioni sanitarie idonee a svolgere le attività formative del personale in questione, in coerenza con un programma nazionale: qui si è rilevato come le disposizioni secondarie statali "si pongono all'incrocio" della competenza concorrente relativa alla tutela della salute e di quella residuale concernente la formazione professionale (sent. n. 328/2006).

giocato dalla Corte costituzionale è stato rilevante. In sintesi, la Corte ha affermato l'illegittimità di finanziamenti in materie di competenza regionale a destinazione vincolata previsti da nuovi fondi statali (sentt. nn. 118/2006; 107 e 77/2005; 16, 49 e 423/2004)⁵. Inoltre, valorizzando una interpretazione estensiva della competenza statale relativa al coordinamento della finanza pubblica la Corte ha convalidato le norme previste da leggi finanziarie che, a seguito di accordi tra Stato e Regioni, condizionavano l'erogazione di finanziamenti statali per l'incentivazione della qualità dei servizi sanitari a puntuali adempimenti da parte delle Regioni (sent. n. 36/2005). Infine, l'indirizzo che segnala una forte ripresa di influenza del centro, si ritrova in più recenti sentenze che hanno dichiarato addirittura inammissibili le questioni sollevate da alcune Regioni "virtuose" nella gestione dei servizi sanitari in riferimento a norme statali che, in deroga all'obbligo per gli stessi enti di coprire disavanzi di gestione con proprie risorse, prevedevano il concorso dello Stato nel ripiano dei disavanzi condizionato al rispetto di alcuni specifici requisiti, quali la sottoscrizione con i Ministeri di settore dell'accordo per i piani di rientro, la destinazione a favore del servizio sanitario regionale di quote di manovre fiscali già adottate e quote di tributi erariali attribuiti. La Corte ha ritenuto che queste disposizioni non ledessero l'autonomia finanziaria delle Regioni che non accedevano a tali finanziamenti aggiuntivi, in quanto le risorse statali provenivano dalla fiscalità generale e comunque le stesse Regioni ricorrenti non avevano un interesse diretto alla caducazione delle norme impugnate, in quanto da tale effetto non avrebbero potuto trarre alcun vantaggio (sentenze nn. 216/2008; 98/2007). Senza qui addentrarsi nella valutazione esegetica di queste decisioni la Corte ha quindi convalidato sia il sistema concertativo, sia la previsione di interventi selettivi a favore di alcune Regioni, condizionati ad adempimenti in aree normalmente rimesse all'autonomia regionale: si pensi alle prescrizioni previste dai piani di rientro relative alle modalità dell'accreditamento, alle politiche di riduzione dei posti letto e del numero degli ospedali, al riconoscimento di nuovi IRCCS.

La XIV legislatura: la governance smarrita

Se già al termine della XIII legislatura le difficoltà di attuazione del richiamato decreto legislativo n. 56/2000 favoriscono un sistema di governo il cui baricentro si trova nel modello negoziale Stato-Regioni, questo asse caratterizza l'intera XIV legislatura nella quale, sebbene si disponga di una cornice costituzionale aggiornata, prevale il rincorrersi di accordi che, con un rovesciamento del tradizionale ordine delle fonti, conformano la successiva disciplina normativa, in genere operata con legge finanziaria. Una caratteristica di questa stagione è la notevole instabilità delle norme di dettaglio, soggette alle modifiche rese necessarie dalla programmazione finanziaria e dalla necessità di tamponare emergenze in grado di condizionare l'offerta dei servizi. In questo senso, l'apparato della programmazione previsto dal decreto legislativo n. 229/1999 (cosiddetta riforma Bindi), fondato sul piano sanitario nazionale e sui piani regionali perde gran parte della sua valenza. La sede della programmazione si trasferisce in questo modello negoziale e nelle leggi finanziarie.

Esempio di questo modo di procedere sono le misure, contenute nell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, integrate dalle previsioni del decreto legge n. 347/2001, convertito dalla legge n. 405/2001 che prevedono il tetto di spesa sanitaria per il triennio 2002-2004 e strumenti che le Regioni possono attivare per la copertura dei deficit, come i ticket, e di responsabilizzazione dei soggetti che determinano la spesa, inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci. Ancora la finanziaria 2002, ha previsto la riduzione dei fondi statali quale sanzione per le Regioni inadempienti a determinati obblighi scaturenti dall'accordo citato: questo sistema è stato

⁵ Sebbene il principio trovi alcune specifiche eccezioni, sia perché i fondi potrebbero afferire a materie di competenza trasversale statale (es. tutela della concorrenza, v. sent. n. 14/2004), sia per garantire la continuità di alcuni servizi e non ledere l'interesse dei destinatari di tali prestazioni.

integrato dalla legge finanziaria 2003, che ha previsto ulteriori adempimenti regionali, quali quelli relativi alle liste di attesa.

Questo sistema di accordi e relative sanzioni in caso di inadempienze è proseguito con l'articolo 1, comma 164, della legge n. 311/2004 (finanziaria 2005) che ha fissato i nuovi tetti di spesa per il triennio 2005-2007 e, in deroga alla normativa che valorizzava l'autonomia finanziaria regionale per la copertura dei disavanzi, ha stanziato fondi statali per il ripiano dei deficit 2001-2003 di alcune Regioni. Un analogo intervento è stato poi previsto dall'articolo 1, commi 279, 280 e 281 della legge finanziaria 2006 (legge n. 266/2005). Peraltro, l'accesso a questi fondi era subordinato alla stipula di una apposita intesa Stato- Regioni che prevedesse le misure organizzative e finanziarie che le Regioni interessate erano tenute ad adottare: l'intesa è stata conclusa il 23 marzo 2005.

Verso un sistema negoziale adulto: il patto per la salute del 2006

Questo modello partecipativo ha ricevuto un nuovo e rilevante impulso nella XV legislatura con il patto per la salute, stipulato con l'intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 che, in una fase caratterizzata da una nuova grave emergenza finanziaria, in particolare della Regione Lazio, ha definito i contenuti della programmazione triennale 2007-2009, recepita dalla legge finanziaria 2007 (legge n. 296/2006, commi 796 ss.) assicurando il finanziamento per il triennio, quantificato in totale in circa 300 miliardi di euro. Questo aspetto costituisce uno degli elementi di maturazione del sistema negoziale che fino ad allora, ancorato alla logica del negoziato annuale, era debole nella progettazione del miglioramento di medio periodo (soprattutto a livello regionale) e distratto dal negoziato di breve periodo.

In questa logica diventa possibile disegnare una politica sanitaria di medio periodo che si muove su più livelli: allo scopo di intervenire sulle situazioni di grave squilibrio finanziario di alcune Regioni, la finanziaria 2007 prevede un fondo cui possano accedere quelle che abbiano stipulato un accordo con i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute. Si struttura così una programma che rafforza lo schema dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, mirando a coniugare l'offerta delle prestazioni comprese nei livelli essenziali con l'obiettivo di risanamento economico. L'attuazione del programma prevede un'attività di "affiancamento" del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze che si realizza attraverso diverse fasi: la prima riguarda la preventiva approvazione dei provvedimenti che la Regione intende adottare per perseguire il risanamento (cosiddetto piano di rientro); segue un'attività di verifica trimestrale del raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti dal piano; le verifiche confluiscono in una funzione di monitoraggio dei piani, che attiene alla valutazione degli effetti generati dalle azioni implementate; infine, ai Ministeri spetta il coordinamento dei nuclei di affiancamento regionali, costituiti da tecnici anche di altre Regioni, che svolgono un ruolo di supporto nella definizione degli interventi previsti dal piano di rientro. L'esperienza avviata dall'attuazione di queste complesse procedure segnala una forte incidenza del potere centrale esercitato nelle sedi già istituite a seguito dell'intesa del 2005: il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti ed il Comitato per la verifica dei Lea, che svolgono l'attività istruttoria relativa alla certificazione del raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti dai piani di rientro.

Quest'ultimo aspetto ha un rilievo non solo strumentale rispetto all'implementazione del patto per la salute: non a caso, è questa la fase nella quale, liberato il sistema di relazioni dal peso della ricerca annuale delle risorse, si consolida il ruolo delle sedi tecniche di confronto tra Stato e Regioni. Nel corso della stessa legislatura, inoltre, si struttura la prassi degli incontri tra il Ministro della salute e gli assessori regionali con la funzione di snodo tra le sedi più tecniche e le Conferenze dove si formalizzano accordi e intese. Si sviluppa così una forma procedurale inedita nell'adozione degli atti di governo relativi alla sanità che, seppure con qualche semplificazione, si può riassumere nella sequenza:

1. **esame delle problematiche nei tavoli tecnici** previsti dagli accordi o collocati presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che producono dossier sul ...
2. **tavolo Ministro-assessori** che affronta i profili politici dei dossier ed eventualmente li traduce in atti da portare all'esame della ...
3. **Conferenza Stato-Regioni** che adotta l'accordo o l'intesa che in alcuni casi integra il contenuto di successive ...
4. **proposte di legge del Governo e approvazione del Parlamento.**

Questo schema viene avvertito come produttivo tanto che nel corso della legislatura, con il disegno di legge di ammodernamento del Ssn collegato alla legge finanziaria 2008 si punta a disciplinare l'istituzione del tavolo Ministro-assessori.

Sempre nella prospettiva di medio periodo si attivano strategie di recupero di efficienza nella spesa, laddove con la legge finanziaria 2007 si introduce un meccanismo premiale in base al quale l'assegnazione del 3% della somma spettante a ogni Regione è condizionata dalla verifica del rispetto dei vincoli imposti dalla programmazione finanziaria. Inoltre, alcune disposizioni hanno stanziato ulteriori somme a favore delle Regioni impegnate nei piani di rientro e che abbiano adottato misure fiscali ulteriori rispetto all'incremento della misura massima dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF destinata al settore sanitario (decreto legge n. 23/2007 convertito con la legge n. 64/2007). L'erogazione dei finanziamenti è condizionata dall'esito positivo delle verifiche compiute dal Tavolo tecnico, e questa modalità è un ulteriore indice del condizionamento del livello centrale, imposto dalle emergenze finanziarie regionali.

Con il patto per la salute del 2006 e le azioni che lo implementano viene così a modellarsi un sistema di governance complesso del Ssn, che spinge ancora più avanti il superamento del tradizionale sistema di programmazione a cascata del piano sanitario nazionale, ma evita anche l'erraticità del "governo per accordi" della legislatura precedente, perché identifica in un sistema di tavoli tecnici e politici il luogo per una conduzione dinamica ed evolutiva delle politiche pubbliche della salute.

Le gestioni commissariali: la ricerca di un equilibrio tra efficacia e garanzia dell'autonomia

Altro piano sul quale si è cercata una maturazione delle soluzioni istituzionali nel corso della XV legislatura è legato al ricorso alle gestioni commissariali per le Regioni. Già la legge finanziaria per il 2005 (articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004) ha previsto l'attivazione della procedura ex articolo 8 della legge n. 131/2003 di diffida alla Regione, in caso di inadempimento dello stesso ente, che a seguito dell'esito negativo dei previsti controlli trimestrali non adotti i provvedimenti necessari a risanare lo squilibrio economico finanziario, e la nomina di un commissario ad acta, individuato nel Presidente della Regione, con il compito di adottare "i necessari provvedimenti" per il ripianamento del disavanzo, inclusi gli aumenti dell'addizionale IRPEF e IRAP. Le possibilità di interventi sostitutivi sono state ulteriormente rafforzate dall'articolo 1, comma 277 della legge n. 266/2005 (finanziaria 2006), che ha confermato la precedente disposizione, e soprattutto dall'articolo 4, del decreto legge n. 159/2007, convertito dalla legge n. 222/2007, che ha istituzionalizzato l'intervento del commissario ad acta nell'ambito degli strumenti di attuazione dei piani di rientro dal disavanzo sottoscritti dalle Regioni. È da notare che tale decreto prevedeva anche che il commissario dovesse essere scelto tra persone estranee all'amministrazione regionale, e quindi escludeva la possibilità di nomina del Presidente della Regione, e che la nomina durasse per l'intero periodo di vigenza del piano di rientro. La disposizione sulla incompatibilità tra la nomina a commissario e "qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta al commissariamento" è stata poi soppressa dall'articolo 79, comma 3 del decreto legge n. 112/2008, convertito dalla legge 133/2008. La norma è stata attuata con la

nomina del Presidente della Regione Lazio e di un sub-commissario, mentre recentemente per le Regioni Campania e Molise sono stati nominati commissari i rispettivi Presidenti. Le norme richiamate si inquadrano nella previsione dell'articolo 120 Cost. e costituiscono una forma di intervento sostitutivo "straordinario" [TUBERTINI], in quanto correlato alla "tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali" che possono essere pregiudicati dal mancato rispetto dei adempimenti previsti dai piani di rientro⁶.

Altri profili sono apparsi invece problematici. L'alternarsi delle norme richiamate sulla incompatibilità del commissario con incarichi regionali, e la soluzione attuale che esclude tale incompatibilità ed ha consentito la nomina del Presidente della Regione interessata, ha posto un tema nel quale è infine prevalsa una soluzione che ha tenuto conto della forte incidenza del commissariamento sull'assetto politico regionale. Se infatti il commissario "esterno" appariva in grado di meglio garantire la distinzione tra politica e amministrazione e l'adozione di quegli atti che l'amministrazione regionale, e quindi anche il Presidente, non era stata in grado di approvare o attuare, la rilevanza della materia sanitaria nell'ambito delle competenze regionali, per gli interessi coinvolti e le risorse finanziarie in gioco, hanno consigliato, proprio per procedere concretamente alla nomina del commissario, di evitare che un tecnico "esterno" nominato dal Governo potesse di fatto esautorare l'indirizzo politico regionale [COCO]. La preoccupazione per una indiretta delegittimazione del livello politico regionale a causa della nomina di un "esterno" era confermata dall'ampiezza dei poteri del commissario, in riferimento sia alla durata del suo intervento straordinario, che essendo collegato al piano di rientro può avere durata poliennale, sia ai suoi poteri, che per quanto emerge dalle norme possono comprendere l'approvazione di provvedimenti di carattere legislativo, oltre che amministrativo e regolamentare. A questa conclusione si è pervenuti in base all'articolo 8 della legge n. 131/2003, che include gli atti a contenuto normativo tra quelli adottabili dal commissario, e più specificamente sulla base della normativa sanitaria richiamata che include espressamente l'adozione di atti di natura tributaria, quali quelli relativi a IRPEF e IRAP per i quali esiste una riserva di legge in Costituzione e sottolinea che la diffida si riferisce a "tutti" gli atti normativi necessari al risanamento. La stessa ampiezza e relativa indeterminazione degli atti che il commissario deve assumere per attuare il piano di rientro costituiscono un ulteriore problema, posto che la riduzione dei disavanzi sanitari postula normalmente la modifica di norme regionali: si pensi alle norme finanziarie ed a quelle di programmazione. Infine risulta confermato che il potere sostitutivo può essere esercitato sia per l'inerzia della Regione nell'approvazione degli atti necessari per il ripiano del disavanzo, sia per l'inefficienza di tali atti rispetto allo scopo: in tal senso si esprime l'articolo 4, comma 2 del decreto legge n. 159/2007. Queste problematiche sono emerse nell'attività dei commissari nominati, come quando il Presidente della Regione Calabria, in veste di commissario ad acta, ha sospeso l'efficacia di norme regionali al fine di reperire risorse necessarie al ripianamento del disavanzo sanitario, al punto da far dubitare parte della dottrina della legittimità costituzionale delle disposizioni che consentono la "sostituzione" di atti normativi regionali. Queste disposizioni sarebbero in contrasto con il carattere "chiuso" dell'enumerazione in Costituzione delle fonti legislative, non suscettibile di alcuna estensione, e dell'assetto del riparto delle competenze indicato dall'articolo 117 Cost., che attribuendo la potestà legislativa generale residuale alle Regioni non consentirebbe una deroga a favore dello Stato, neppure se giustificata con il richiamo ai principi di unità e indivisibilità della Repubblica (articolo 5 Cost.).

⁶ In tal senso la giurisprudenza costituzionale ha chiarito il rapporto tra il potere sostitutivo e la tutela di interessi facenti capo allo Stato, come garante dell'unità nazionale (Corte cost. sentenze nn. 43/2004; 236/2004 e 383/2005). Anche il profilo procedimentale, con il richiamo all'articolo 8 della legge n. 131/2003, e quindi ai principi elaborati dalla Corte costituzionale in materia, ai quali si è come noto conformata tale legge, non sembra porre particolari problemi all'interprete, se non per la non chiara identificazione della relazione tra i rischi per l'unità nazionale e la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie: ma il problema è posto dalla stessa norma costituzionale che ipotizza tale relazione in modo indeterminato.

Ma aldilà dell'esame delle norme, come nel caso del controllo e del coordinamento della finanza pubblica, deve registrarsi come nel nuovo assetto federalista il ruolo del centro viene rafforzato e riqualificato. Deve infatti notarsi che l'esperienza dell'esercizio dei poteri sostitutivi mediante la nomina di commissari ha trovato proprio nel caso della sanità gli esempi più significativi, per l'ampiezza delle competenze loro demandate e il peso della materia nel bilancio regionale, che fanno ritenere che il commissariamento della sanità di una Regione comporti, nella sostanza, il commissariamento tout court dello stesso ente regionale.

La legge Calderoli: lo scarto tra teoria e pratica

Il percorso compiuto nel decennio trascorso dalle relazioni Stato Regioni in materia sanitaria si segnala, per quanto qui sintetizzato, come una fase nella quale il condizionamento della finanza pubblica, la conseguente responsabilizzazione degli enti di autonomia, il consolidamento della nozione dei Lea e il modello pattizio di interlocuzione tra i diversi livelli di governo, che non esclude ma anzi valorizza l'utilizzo di poteri sostitutivi in caso di inefficienze delle Regioni, hanno sedimentato una esperienza di "federalismo" con la quale dovrà interagire l'implementazione dei principi stabiliti dalla legge n. 42. Deve anche rilevarsi che la stessa legge prevede strumenti e i meccanismi istituzionali sperimentati nel decennio di politiche sanitarie. Alcune soluzioni di governo del servizio sanitario nazionale realizzate dal 1999 hanno influenzato l'architettura della legge delega sul federalismo fiscale, e riprova di questo sono alcune analogie di fondo tra la sua struttura (sebbene si rimanga ancora a livello di principi e criteri per la delega) e lo schema di disegno di legge proposto nella precedente legislatura dal governo Prodi.

L'impianto che emerge dalla legge delega è il seguente:

1. le istituzioni territoriali autoderminano il proprio indirizzo politico, ma garantiscono il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

STRUMENTO NORMATIVO: livelli essenziali delle prestazioni; *STRUMENTO CONTABILE*: definizione dei fabbisogni standard e degli obiettivi di servizio

2. le risorse necessarie per la copertura finanziaria dei fabbisogni standard sono le entrate proprie del singolo territorio, la compartecipazione a entrate erariali e, laddove queste due voci non fossero sufficienti, una quota del fondo perequativo;

STRUMENTO CONTABILE: definizione dei costi standard

3. laddove la funzione di indirizzo e quella gestionale di un territorio non fossero in grado di corrispondere ai fabbisogni, oppure di farlo solo con costi maggiori e relativo sfondamento del patto di convergenza, il sistema prevede misure sanzionatorie fino all'esercizio del potere sostitutivo;

STRUMENTO NORMATIVO: potere sostitutivo come disciplinato dalla cosiddetta legge La Loggia, 131 del 2003; *STRUMENTO CONTABILE*: meccanismo di coordinamento dinamico della finanza pubblica

La delega recupera quindi numerosi schemi tra quelli che hanno fatto da base teorica per gli interventi descritti: il patto per la salute, ad esempio, dimostra una capacità di definizione delle risorse prospettica, in chiave triennale, non più limitata alla soluzione dei debiti pregressi; il cambio di prospettiva dell'accordo del 2006, sebbene nelle more dell'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, e ancora con il vecchio algoritmo come driver per contabilizzare il riparto tra Regioni,

ha costituito una innovazione importante, capace di contenere il negoziato sulle risorse nel biennio 2006-2007 dentro una prospettiva di miglioramento continuo del sistema, alla ricerca della definizione di nuove regole per il governo del fabbisogno⁷, non più esclusivamente alla copertura degli sfondamenti pregressi.

Allo stesso tempo è rilevante il terreno recuperato in relazione alla capacità di monitorare l'andamento dei bilanci sanitari regionali, rispetto ai quali rimangono aperte grandi questioni sulle stesse regole che conformano la natura dei bilanci di ospedali, ASL e quindi Regioni [D'ALESSIO]; e tuttavia è innegabile che i sistemi di controllo si sviluppano verso soluzioni che escludono per il futuro derivate come quelle della prima metà del decennio (Lazio in testa).

Se la configurazione del negoziato in chiave programmatoria (non più solo ex post) e le tecnologie contabili a supporto hanno dimostrato una maturazione interessante, non può dirsi lo stesso riguardo la volontà di preservare gli accordi. Questo rappresenta una condizione certamente propria della sfera discrezionale delle politiche, ma costituisce un presupposto (quasi) ambientale in assenza del quale ogni nuovo modello di regolazione contabile e di governo del federalismo sanitario rischia di naufragare. Da questo punto di vista l'approccio tenuto dal governo nell'esordio dell'attuale legislatura si è rivelato contraddittorio con l'intenzione di portare a compimento la riforma federalista: il metodo concertativo seguito nella legislatura precedente (e più volte indicato dalla Corte Costituzionale quale sentiero esclusivo per la corretta attuazione dei principi della riforma costituzionale) è stato rotto con il decreto legge 112 dell'estate 2008 che, nella sua prima versione, interveniva unilateralmente sulle previsioni dell'ultima triennalità del patto per la salute.

Si vengono così a sovrapporre due piani tra loro incoerenti: da un lato l'impegno derivante dalla legge delega sul federalismo fiscale rivolto alla costruzione di sedi e meccanismi di raccordo istituzionale, dall'altro una pratica di governo della finanza pubblica che rifiuta uno stile fondato su meccanismi di coinvolgimento con Regioni (ecco le scelte in materia di sanità) e enti locali (si pensi all'abolizione dell'ICI). Non si tratta di galateo istituzionale. Nel corso della XV legislatura la consuetudine nel confronto tra ministro della salute e assessori regionali ha costituito un metodo in grado di dare completezza e continuità al lavoro svolto nei tavoli tecnici governo-Regioni operanti in base agli accordi già richiamati del 2005 e del patto per la salute o in programmi specifici come il Progetto Mattoni. Gli incontri abituali tra Ministro e assessori si sono allacciati in quella fase con risultati virtuosi al lavoro svolto dalla tipica "comitologia" operante nella filiera delle politiche sanitarie in un continuum che definisce una forma più avanzata di istruttoria dei provvedimenti che, tipicamente in materia sanitaria, trovano nell'intesa o nell'accordo in Conferenza Stato-Regioni la formalizzazione. Si tratta di una impostazione che soprattutto garantisce una tenuta degli accordi, che si traduce in definizione di atti e strumenti di governo. È piuttosto indicativo, da questo punto di vista, che la legislatura si chiudesse con l'approvazione del dpcm Lea, il cui iter è tutt'ora incompiuto e che, con ritardo di un anno rispetto a quanto previsto dal decreto legge 112 del 2008, sia stato formulato una proposta di nuovo patto per la salute da parte del governo.

Il nuovo Patto per la salute 2010-2012

Il nuovo patto per la salute è stato sottoscritto il 23 ottobre 2009, dopo un inizio di legislatura che ha registrato un arretramento nell'approccio patrizio: oltre al ritiro da parte del governo del dpcm Lea, l'intervento unilaterale sul finanziamento per il 2009 in riduzione rispetto a quanto previsto nel patto del 2006 segna un cambio di passo nel rapporto tra governo e regioni, tanto da portare nel corso del 2009 ad un periodo di interruzione dei rapporti istituzionali ed al relativo blocco del lavoro delle conferenze.

⁷ È molto interessante, in tale quadro, il dibattito emerso negli incontri tra Ministero e assessorati nel corso del 2007/2008 sulle modalità per progettare i nuovi Lea, intendendo non solo il documento di aggiornamento, ma le regole di cornice che al processo continuo di aggiornamento di uno strumento per sua natura dinamico e in progressiva evoluzione.

Dopo l'estate viene presentata la proposta di nuovo patto per la salute, su quale si è trovato accordo – ma con modifiche sostanziali - il 23 ottobre 2009. In merito all'accordo si possono evidenziare i seguenti punti:

1. il contenuto caratterizzante sono le poste di bilancio che lo Stato garantisce come incremento rispetto sia alla programmazione del DPEF sia alle previsioni del Patto per la salute nella versione proposta alle regioni dal governo. L'esito è un aumento che segue questo trend di crescita: 104.160 miliardi nel 2009, 106.214 miliardi nel 2010, 108.653 miliardi nel 2011 e 111.695 nel 2011. Un esito che conferma come, anche in un quadro di indebolimento delle forme di cooperazione, l'accordo sia inevitabilmente la sede delle decisioni di finanziamento – alla stregua di quanto accade per i Lea – e che la prospettiva di finanziamento triennale scaturita dal patto del 2006 trova conferma come orizzonte di riferimento, tuttavia ...
2. ... la strumentazione che nel Patto per il 2006 era prevista per lavorare sui piani dell'innovazione, della qualità, della sicurezza e appropriatezza delle cure viene meno in un accordo dal registro molto ragionieristico e concentrato sui saldi di bilancio. Questa lacuna dimostra come l'impegno nel coordinare strategie di sviluppo dei sistemi regionali richiede uno scenario istituzionale maggiormente cooperativo, laddove l'attuale condizione di freddezza dei rapporti istituzionali consente al più di pervenire (e con quale sforzo) alla definizione dei saldi complessivi. Un risultato che marca un passo falso rispetto all'esigenza forte di avanzare nel quadro di governo del sistema, pure avvertita dal governo che nella proposta del nuovo patto per la salute includeva soluzioni per l'attuazione dei principi previsti nella legge 42/2009 in materia di definizione di standard e fabbisogni. E tuttavia tali soluzioni sono precipitate in un tavolo che lo stesso esecutivo ha contribuito a rendere instabile.
3. Infine il profilo ragionieristico del nuovo documento si riscontra anche nell'assenza di un qualunque riferimento all'adozione dei nuovi Lea che, come è già stato ricordato precedentemente, avevano visto la luce nei primi mesi del 2008, salvo il ritiro del provvedimento da parte del governo Berlusconi, con il provvedimento già in fase di controllo presso gli organi competenti.

L'attuale indirizzo politico nel quale la programmazione finanziaria prevale sul governo dei contenuti qualitativi e di offerta del servizio sanitario nazionale – alla base del disegno di legge Turco del 2007 – trova conferma nell'ipotesi di reintroduzione del Ministero della salute con le caratteristiche che emergono dal testo del disegno di legge approvato al Senato.

Il ministero viene re-istituito in una versione quasi da dicastero senza portafoglio. Al ministero dell'economia e delle finanze sono attribuite: la verifica sull'andamento della spesa sanitaria e il monitoraggio della spesa per tutti i profili attinenti al concorso dello Stato nel finanziamento del Ssn, anche in relazione ai piani di rientro regionali. È bene evidenziare che, già nella prassi scaturita dai tavoli previsti dagli accordi precedentemente richiamati, l'intesa tra i due ministeri era costantemente richiamata. Nonostante ciò, si viene a formalizzare un presidio del ministero dell'economia e delle finanze anche su scelte di dettaglio di governo del Ssn che meriterebbero soprattutto un apprezzamento tecnico-scientifico, come quelle legate alla ricerca biomedica oppure all'indirizzo degli IRCCS. Questa visione riduttiva delle funzioni del nuovo ministero trova conferma dalla necessità del concerto con il ministero dell'economia e delle finanze rispetto ai poteri di coordinamento, alla nuova nozione di programmazione tecnico sanitaria di rilievo nazionale rimessa al nuovo ministero che appare tuttavia residuale rispetto alle decisioni di programmazione che comportano profili di carattere finanziario.

Il paradosso che emerge da questo presumibile esito è che la salvaguardia degli interessi di tutela della salute risultano maggiormente garantiti dall'attuale assetto ministeriale, rispetto alla cessione di presidio decisionale sulla grande parte delle decisioni di indirizzo al ministero dell'economia e delle finanze.

Le sfide della riforma e le questioni ancora aperte

Alla luce della ricostruzione di un decennio di politiche sanitarie, fino all'impianto della legge delega, e sulla scorta delle valutazioni critiche sull'incoerenza tra i principi ispiratori di quest'ultima e le scelte adottate dal governo nell'attuale legislatura, restano sul tappeto questioni di grande importanza ma non ancora definite. Tra queste il punto sul quale è più ruotato il dibattito degli ultimi dodici mesi è quello delle modalità per la definizione di fabbisogni e costi standard e per il loro calcolo.

Qui i nodi da sciogliere sono molteplici. Innanzitutto, la legge non chiarisce il contenuto di queste nozioni mutate (consapevolmente?) dalle scienze economiche ed aziendali, e le loro reciproche relazioni: nel caso dei Lea il fabbisogno coincide con i costi standard dei Lea o rappresenta una variabile indipendente? In quest'ultimo caso, come si calcola il fabbisogno di prestazioni sanitarie?

Un problema altrettanto decisivo è costituito dalla scelta del criterio di calcolo dei costi standard del Lea, che la legge lascia indeterminato. È rimasta al palo la proposta inizialmente avanzata dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali che indicava il criterio del costo medio ricavato dalla spesa storica delle Regioni più efficienti, che peraltro non teneva conto del peso ponderato dell'età della popolazione che agisce nell'attuale sistema di ripartizione delle risorse, tanto che quel criterio proposto rischiava di premiare regioni con popolazione più giovane ma con minore efficienza nel sistema di offerta di servizi (si pensi alla Campania).

Un secondo criterio al quale alcuni si sono riferiti, è quello di calcolare il costo di ogni singola prestazione offerta dal Ssn, calcolando il totale del fabbisogno come sommatoria dei costi delle prestazioni comprese nei Lea. Questa soluzione, teoricamente possibile, si scontra con diverse condizioni strutturali in cui operano i servizi, che vanno dall'autonomia dei sanitari nello svolgimento della loro attività, alle marcate differenze nell'efficienza organizzativa e gestionale delle Regioni, alla circostanza per cui in ogni Lea si scompongono diverse prestazioni sanitarie cosicché il suo costo complessivo non è la mera sommatoria dei costi delle prestazioni ma dipende dal modo in cui quelle prestazioni vengono combinate tra loro. Inoltre, si fa notare che le basi informative necessarie a collazionare i dati per fondare questo criterio di calcolo sono carenti sotto diversi profili, sia a livello regionale, per le disfunzioni e, in alcuni casi, le gravi carenze nella gestione contabile delle risorse, sia per le modalità del finanziamento: nella negoziazione Stato Regioni che si è richiamata il finanziamento statale è talvolta intervenuto in deroga alla programmazione annuale per tamponare le emergenze imposte dai disavanzi regionali.

Una proposta più realistica si fonda sul confronto tra due serie di dati. Il primo concerne la elaborazione uniforme su tutto territorio nazionale dei dati aziendali di costo e ricavo classificati per macrofunzione (es. day hospital, assistenza in degenza, assistenza specialistica ecc.) e per tipo di soggetto erogatore (ospedali, ambulatori ecc.); il secondo, consiste nella individuazione degli indicatori quantitativi e qualitativi di output e di outcome del sistema nazionale dei Lea, degli indicatori più rappresentativi del soddisfacimento dei bisogni sanitari raggiunti a livello regionale. Dal confronto tra questi e le spese aggregate per macrofunzioni dovrebbero quindi ricavarsi le grandezze del fabbisogno e dei costi standard, secondo modalità di aggregazione dei dati che consentano un approccio più realistico, tenuto conto della base informativa esistente.

Una ulteriore variante è quella che ritiene che il superamento del finanziamento basato sulla spesa storica per il Ssn, già avviatosi nell'ultimo decennio, ed i criteri contenuti nell'algoritmo utilizzato in questo periodo costituiscano già una forma di implementazione del principio del costo standard: il riparto pro-capite "intelligente" in quanto riferito a distinte tipologie di utenti consentirebbe di dedicare l'attenzione nella fase attuale solo alle nuove prestazioni inserite nei Lea ed a quelle prestazioni selettivamente individuate in quanto presentano problemi di appropriatezza. Come ha dimostrato l'esperienza concreta della gestione dei piani di rientro, il problema delle basi informative per il calcolo dei costi e del fabbisogno resta cruciale: la stessa legge ne è consapevole

laddove indica, tra i principi, quello dell'armonizzazione dei bilanci pubblici in modo da assicurare la redazione dei bilanci di Regioni ed enti locali "in base a criteri predefiniti ed uniformi, concordati in sede di Conferenza unificata, e che permettano la valutazione degli andamenti della spesa in riferimento al patto di stabilità e crescita".

Un altro interrogativo, tra quelli generali, che resta indeterminato, ma la cui soluzione avrà un peso indiretto anche per la sanità, riguarda l'ampiezza del significato che si intende attribuire al principio di territorialità: secondo alcuni, esso sarebbe limitato alle partecipazioni al gettito dei tributi erariali, mentre una sua diversa declinazione potrebbe ulteriormente incidere sul divario Nord Sud, che in sanità già oggi costituisce uno dei principali problemi nel funzionamento del Ssn. Accanto a questi aspetti problematici, che evidenziano un notevole grado di indeterminatezza della riforma, deve notarsi che sotto altri profili l'impianto istituzionale configurato dalla legge n. 42 appare omogeneo a quel modello negoziale e partecipativo, tra Stato e Regioni, che è maturato negli anni recenti nel settore della sanità. In particolare, l'articolo 8, comma 1, lett b) conferma, da un lato, lo stretto collegamento tra la determinazione dei costi standard (e quindi l'entità del finanziamento) e l'individuazione dei livelli essenziali, e dall'altro sottolinea "la piena collaborazione" tra Stato e Regioni nella definizione dei Lea. Inoltre, la lett. g) dello stesso comma 1 rinvia ai decreti delegati la definizione delle modalità con cui le aliquote dei tributi e delle partecipazioni siano destinati al "finanziamento integrale" dei livelli essenziali delle prestazioni, e l'articolo 9, comma 1, lett. d), parimenti assicura che nelle Regioni con minore capacità fiscale, la copertura dei Lea sia comunque garantita dalle risorse del fondo perequativo statale.

Viene così indirettamente fissata la cornice nella quale Stato e Regioni dovranno interagire. Se la necessità dell'intesa in sede di Conferenza Stato Regioni per l'individuazione dei Lea è ormai sancita dalla consolidata giurisprudenza della Corte costituzionale sopra richiamata, anche l'individuazione dei finanziamenti, e quindi dei costi standard, non potrà prescindere da una forma di condivisione nella medesima Conferenza, dal momento che la legge n. 42, e ancor prima la Costituzione, pongono a carico dello Stato l'obbligo di copertura delle spese necessarie a coprire i costi standard delle prestazioni.

La prassi recente, seppure con le eccezioni di alcuni "tagli" ai finanziamenti disposti unilateralmente dallo Stato (es. l. n. 133 citata) indica che un contenuto di primaria rilevanza dei Patti per la salute che sono seguiti dal 2000 in poi, riguarda l'entità dei finanziamenti assicurati dallo Stato, e che nel caso si intenda introdurre una nuova prestazione sanitaria che costituisca un livello essenziale, lo Stato, su sollecitazione delle Regioni, deve farsi carico della relativa copertura. È stato questo il caso dell'avvio su scala nazionale della prima vaccinazione contro una patologia tumorale (cancro alla cervice dell'utero), per la quale lo Stato ha disposto un finanziamento aggiuntivo nella finanziaria 2007. Un esempio ulteriore è costituito dal finanziamento statale dei ticket regionali, che ha condotto alla copertura con risorse statali delle somme che sarebbero dovute pervenire nei bilanci regionali dalle partecipazioni alla spesa delle prestazioni poste a carico degli utenti. Anche il principio invalso è quello per cui all'imposizione statale di una modalità di erogazione dei Lea, mediante la partecipazione alla spesa (ticket), si accompagna la copertura finanziaria.

Il modello della concertazione è confermato anche dall'articolo 18 della legge n. 42, che individua lo strumento del Patto di convergenza, al fine di concordare tra Governo e autonomie le "norme di coordinamento della finanza pubblica volte a realizzare l'obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo nonché un percorso di convergenza degli obiettivi di servizio ai livelli essenziali delle prestazioni e alle funzioni fondamentali, ... e a stabilire il livello programmato dei saldi da rispettare". Lo stesso articolo dispone che le norme così individuate sono inserite nel disegno di legge finanziaria.

L'evidente similitudine con l'esperienza dei piani di rientro dai disavanzi sanitari regionali si coglie anche con riferimento alle procedure di monitoraggio e sanzionatorie degli enti che si discostano dagli obiettivi assegnati. In questo caso, se la neo istituita Conferenza permanente per il

coordinamento della finanza pubblica, operante nell'ambito della Conferenza unificata (v. articolo 5) rileva tale scostamento, la legge prevede che lo Stato promuova un'intesa in sede di Conferenza unificata preordinata all'attivazione di un "Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza" finalizzato "ad accertare le cause degli scostamenti e a stabilire le azioni correttive da intraprendere, anche fornendo agli enti la necessaria assistenza tecnica e utilizzando, ove possibile, il metodo della diffusione delle migliori pratiche fra gli enti dello stesso livello".

Qui può inoltre cogliersi una importante differenza con l'esperienza del monitoraggio dei disavanzi sanitari. Mentre questo è svolto dal Tavolo tecnico istituito presso il Ministero dell'Economia e delle finanze nel cui ambito operano prioritariamente i rappresentanti dei ministeri interessati (MEF e Welfare), cui spetta la certificazione e le verifiche periodiche previste dalla legge, la Conferenza permanente presenta due elementi distintivi. Il primo riguarda la natura prevalentemente politica dell'organo, rispetto alla caratura più spiccatamente tecnica del Tavolo oggi esistente: a questo fine la sede tecnica, istituita dall'articolo 4 della legge n. 42/2009 (Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale) presso il MEF opera come segreteria tecnica della Commissione per il coordinamento della finanza pubblica. Il baricentro del monitoraggio si sposta quindi verso una sede più propriamente politica.

Anche i contenuti delle misure premiali e sanzionatorie per gli enti che non rispettano gli equilibri economico finanziari e che presentano scostamenti dal patto di convergenza (es. aumento delle aliquote) richiamano quelle praticate nell'esperienza dei piani di rientro.

La centralità del modello negoziale di federalismo configurato dalla riforma è così evidente da aver suscitato alcune critiche che hanno sottolineato come, in questa ricollocazione dei poteri e dei livelli di governo il Parlamento rischi una relativa marginalizzazione: in questo senso si è notato come risulti squilibrata a favore del rapporto Governo-Regioni la disposizione che prevede che i decreti delegati siano adottati d'intesa con la Conferenza unificata e solo previo parere delle commissioni parlamentari competenti.

Infine, deve sottolinearsi che la rilevanza della spesa sanitaria a livello regionale e la situazione di grave difficoltà in cui versano molte Regioni costituiscono uno dei più rilevanti condizionamenti sui tempi dell'entrata in vigore della riforma. È stato calcolato che negli ultimi anni, a partire dall'intervento per il risanamento della Regione Lazio, lo Stato abbia dovuto impegnare 13 miliardi di euro per il ripiano dei disavanzi regionali del Ssn (*dato indicato da Fitto nel seminario ASTRID; verificare*). Questa, ed altre situazioni pongono il tema delle norme transitorie, dei relativi tempi e secondo alcuni fanno anche ritenere necessaria una fase di "federalismo a due velocità" senza la quale sussisterebbe il rischio di rottura di un equilibrio territoriale che già oggi presenta forti distorsioni.