



Gruppo di studio su “Le politiche sanitarie”

2° sottogruppo

Il federalismo fiscale e istituzionale e l’assetto di governance del SSN

(Coord. Renato Finocchi Ghersi, Andrea Tardiola)

La riflessione sui temi del federalismo assume nella fase attuale un rilievo centrale al fine di valutare le prospettive delle politiche sanitarie e delle loro ricadute concrete sulla tutela del diritto alla salute.

Se si tiene conto della percentuale della spesa sanitaria sul totale della spesa regionale (il 67% del consolidato di cassa 2007¹), l’impatto immediato della riforma federalista riguarderà soprattutto la tenuta del sistema sanitario, nelle sue diversificate articolazioni regionali, e l’effettiva garanzia dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale.

In secondo luogo, il settore della sanità, è forse quello nel quale l’attuazione della riforma del titolo V della Costituzione ha avuto gli esiti più rilevanti sotto il profilo della governance e dello sviluppo di un sistema di governo multilivello. Vari fattori concorrono a questa conclusione. Fra questi possono richiamarsi: il rilievo intrinseco della materia per le Regioni, per i volumi di risorse impiegate e i valori costituzionali in gioco, riassumibili nella tutela del diritto fondamentale alla salute; l’esistenza, ancor prima dell’entrata in vigore della riforma costituzionale, e della loro costituzionalizzazione, di una considerevole riflessione sul tema dei livelli essenziali di assistenza, e di una altrettanto importante esperienza relativa alla loro attuazione: non è un caso che la giurisprudenza costituzionale abbia disegnato le procedure per l’attuazione della riforma costituzionale, e indicato le sfere rimesse alla legge e agli atti secondari, muovendo proprio dall’esperienza dei LEA in sanità. Inoltre il riassetto delle relazioni Stato Regioni ha comportato

¹ Pari al 6.7% del PIL nazionale nel 2007, dato ISAE, Relazione generale sulla situazione economica del paese, 2007.

l'eliminazione del limite dell'interesse nazionale e dello strumento costituito dagli atti di indirizzo e coordinamento, che avevano rappresentato, come noto, il mezzo per perpetuare soluzioni centraliste anche sotto il profilo organizzativo. A questi esempi si aggiungono la riforma delle modalità di impugnazione delle leggi statali davanti alla Corte costituzionale, che ha posto le Regioni su un piano paritario con lo Stato, e l'esperienza dell'esercizio dei poteri statali sostitutivi, che in alcune Regioni interessate dai piani di rientro costituisce una sperimentazione inedita e dai confini non definiti, come confermano alcune problematiche emerse nell'azione dei commissari nominati dal Governo.

Un terzo elemento che caratterizza il quadro attuale è costituito dalle conseguenze, sia di tipo finanziario, sia di tipo istituzionale della gestione dei gravi deficit di bilancio da parte di alcune importanti Regioni (Sicilia, Campania e Lazio, ma anche Abruzzo, Molise e Calabria). L'esperienza dei c.d. piani di rientro prosegue da quasi un quinquennio, ed ha prodotto una serie di dati istituzionali che non sembra possano essere più relegati in un ambito emergenziale e transitorio, viste le conseguenze cui hanno dato luogo: si pensi al commissariamento della Regione Lazio, sia in relazione all'estensione dei poteri commissariali, sia per le relazioni interistituzionali che, come per le altre Regioni per le quali operano i piani di rientro, si snodano attraverso una negoziazione che si svolge su diversi "tavoli" tecnici, nei quali l'esperienza dell'"affiancamento" delle Regioni testimonia la difficoltà nell'individuazione di un punto di equilibrio tra autonomia e responsabilità del territorio, alla base dell'idea federalista, e l'esigenza di garantire il controllo della spesa e la tutela del diritto alla salute.

In questo quadro i temi che si propongono all'attenzione del gruppo di lavoro, senza pretesa di completezza, ma anzi con la richiesta ai partecipanti di avanzare le loro integrazioni, come è nello stile del lavoro di ASTRID, possono sintetizzarsi come segue.

Una prima area concerne l'esame dei disegni di legge di **attuazione dell'art. 119 Cost.**, con specifico riferimento alle conseguenze per il Servizio sanitario nazionale. L'esame dovrebbe riguardare sia il d.d.l governativo, sia quello di ASTRID, ma anche considerare le differenti filosofie presenti nei testi presentati nell'ultimo biennio. In questo senso si richiamano le problematiche relative al modello, unico o dualista, di federalismo che si viene prospettando, anche a causa delle differenze tra Regioni del Nord e del Centro-Sud, evidenziate dall'esperienza dei piani di rientro; e quelle relative all'assetto dei poteri tra Regioni ed enti locali.

Il tema dei **fabbisogni standard** costituisce il secondo elemento di indagine. Nella seconda parte della Costituzione, il riconoscimento della differenziazione tra territori in base al principio di

sussidiarietà non ammette asimmetrie in ordine al grado di tutela dei diritti. Anche da questo punto di vista il settore sanitario si è posto come riferimento istituzionale e dai LEA ha preso ispirazione il legislatore per l'impostazione dell'art. 117, comma 2, lett. m) della Cost. Occorre interrogarsi sul modo in cui l'attuazione del federalismo fiscale, attraverso la fissazione dei fabbisogni standard, riesca ad assicurare omogeneità nel livello di garanzia del diritto alla salute. Nel corso del Governo Prodi la revisione dei **livelli essenziali di assistenza** ha costituito uno dei principali risultati nell'ambito delle politiche sanitarie, cui è seguito il ritiro del provvedimento adottato nell'aprile 2008 da parte del Governo Berlusconi. La necessità di procedere alla revisione non è peraltro venuta meno, come testimonia la prosecuzione del lavoro tecnico e di interlocuzione con le Regioni attualmente in corso. Sembra quindi opportuno riprendere l'esame della materia, con riferimento sia alle procedure istituzionali richiamate (da cui emerge, tra l'altro, la relazione tra definizione del LEA e loro condizionamento finanziario), sia ai contenuti delle nuove prestazioni, che indicano l'indirizzo verso cui muove il Servizio sanitario nazionale. In questa area, l'analisi potrebbe spingersi a valutare i nuovi modelli di ospedali e di strutture sanitarie, che come noto sono state oggetto anche di studi in sede ministeriale, e l'assetto della medicina del territorio.

La **definizione dei costi standard** costituisce il secondo pilastro della proposta di federalismo, con l'obiettivo dichiarato di consentirne la sostenibilità finanziaria. È un tema chiave che ha raccolto anche aspre critiche in ordine alla sua traduzione in strumenti concreti (almeno nella versione del costo per singola unità di prestazione). Sembra utile in questa fase una ricognizione delle proposte avanzate anche al fine di affrontare una serie di nodi cruciali, sia teorici, sia gestionali, che emergono dal dibattito in corso. Al fine di entrare nel merito dei problemi, un contributo rilevante potrebbe derivare dalla attivazione di un forum o dall'organizzazione di un seminario con la partecipazione di qualificati amministratori regionali (es. i più attivi assessori) che aiuti a chiarire lo stato dell'arte sull'individuazione dei costi e l'impatto concreto della riforma.

Una quarta area di interesse è quella relativa all'**esperienza dei piani di rientro** delle Regioni dal deficit sanitario. Qui l'esame potrebbe essere suddiviso tra due focus, l'uno dedicato agli aspetti istituzionali, e l'altro a quelli di tipo finanziario. Sotto il primo profilo, rileva l'analisi delle procedure di affiancamento e l'articolazione che ne deriva nei rapporti Stato Regioni, e l'esercizio dei poteri sostitutivi. I dati dei deficit regionali e le prospettive di risanamento assumono invece una particolare rilevanza, non solo per verificare lo stato attuale della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, ma anche per valutare le modalità e i tempi della fase transitoria all'entrata in vigore del federalismo fiscale.

Un ulteriore campo di interesse per il lavoro del gruppo è rappresentato dall'approfondimento della **“governance” in un sistema federale**. Un punto di partenza, quantomeno per l'individuazione dei problemi aperti, è rappresentato dal d.d.l. n. 1920 presentato al Senato dal Governo Prodi quale collegato alla legge finanziaria 2008. Il testo, confermando il modello “aziendale” nell'erogazione dei servizi, prende atto delle modifiche costituzionali intervenute dopo l'approvazione della riforma del 1999, e di alcune evidenti disfunzioni e carenze registrate negli anni recenti. Da questa esigenza pragmatica e di ammodernamento del sistema il d.d.l. contiene: una nuova definizione dei principi fondamentali; la revisione delle modalità della programmazione, tenuto conto della obsolescenza della funzione del Piano sanitario nazionale, nella disciplina vigente, e dello spostamento del baricentro della programmazione nelle leggi finanziarie e in singoli accordi Stato Regioni; l'introduzione della “clinical governance” nell'organizzazione e nella gestione delle aziende, prevedendo nuovi organi e modalità di interazione tra le posizioni di vertice della componente professionale e di quella manageriale; una nuova disciplina dei concorsi per la direzione delle strutture, semplici e complesse, e per la nomina dei direttori generali, al fine di intervenire sul nodo politica-amministrazione, che nel settore sanitario ha come noto assunto caratteristiche patologiche, specie in alcune Regioni; la partecipazione del cittadino e la tutela dell'utente dei servizi, tema sul quale si scontano notevoli ritardi; la configurazione di un sistema nazionale di valutazione, al quale occorre dedicare una particolare attenzione, anche al fine di razionalizzare competenze frammentate tra amministrazione centrale ed enti vigilati; il rafforzamento delle misure di prevenzione del rischio clinico e per la sicurezza delle cure, e la previsione di procedure di conciliazione per deflazionare il contenzioso. Questi temi sono ancora tutti sul tappeto, e indipendentemente dalle soluzioni proposte nel d. d. l. citato, costituiscono i nodi principali se si vuole perseguire l'obiettivo della qualità delle cure.

Infine, l'analisi dovrebbe considerare, alla luce dell'esperienza maturata nel decennio trascorso dalla **riforma dei ministeri** del 1999 (dlgs nn. 300 e 303), e delle relazioni instauratesi nei raccordi istituzionali e finanziari con le Regioni, se l'attuale configurazione ministeriale, e l'accorpamento che ne è derivato con i ministeri del lavoro e delle politiche sociali, è ancora quella più idonea a svolgere le funzioni centrali. Questa riflessione acquista anche una particolare attualità, dal momento che il Governo in carica, seppure con indirizzi alquanto contraddittori, sembra orientato ad assicurare nuovamente l'autonomia del Ministero della salute, tornando al modello precedente.