

## **Il Patto per la salute 2010-2012; questioni “vecchie” e modalità “nuove” di governo condiviso e responsabile del servizio sanitario**

di Guido Carpani

### 1. I contenuti.

- 1.1 *Gli impegni delle regioni.* Lo scorso 23 ottobre Governo e regioni hanno firmato a palazzo Chigi il “Nuovo patto per la salute” (conosciuto anche come «patto per la salute 2010-2012», d’ora in poi: *Patto*). Si tratta di un accordo politico importante per il settore sanitario, nel quale viene ribadito l’obbligo per le regioni<sup>1</sup> di “assicurare l’equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza” e la devoluzione a quelle che li abbiano conseguiti degli “eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale (SSN)”: *rectius*, del SSR (n. 1 del *Patto* e parte finale del n. 2).
- 1.2 *Gli impegni finanziari dello Stato (ovvero l’entità condivisa del fabbisogno del SSN per il prossimo triennio).* In coerenza con la valutazione regionale circa la sottostima del fabbisogno finanziario della sanità per il periodo 2010-2011<sup>2</sup>, lo Stato si impegna ad incrementare il proprio concorso al finanziamento del relativo servizio per nel periodo 2009-2012. Si tratta di “risorse aggiuntive” pari a 1600 milioni di euro per il 2010 e 1719 milioni di euro per il 2012. Per il 2012 l’integrazione del finanziamento dovrà essere pari al 2,8% dell’anno precedente (2011), da conseguire attraverso nuove risorse che lo Stato si impegna a mettere a disposizione. Chi ha provato a quantificare tali risorse rispetto a quelle ad oggi disponibili parla di “6,3 miliardi in più nel triennio”<sup>3</sup>. Nel computo di tali “risorse aggiuntive” vanno tenuti presenti (“concorrono” secondo l’espressione usata al n. 2 del *Patto*): oneri per il bilancio dello Stato definiti in 584 milioni e 419 milioni rispettivamente per gli anni 2010 e il 2011 (n. 2, lett. b del *Patto*); le risorse statali destinate a fare fronte, nel 2010, ad incrementi stipendiali del personale della sanità “pari a quelli derivanti dal riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale” e che saranno coperte “con economie” quantificate in “466 milioni di euro annui” (*Patto* n. 2, lett. a) ed “ulteriori” imprecisate “misure che lo Stato si impegna ad adottare nel corso del 2010 destinate ad assicurare l’intero importo delle predette risorse aggiuntive” (*Patto* n. 2, lett. c). Lo Stato si farà poi carico, nel corso del 2010, degli oneri che, in sede di contrattazione collettiva per il personale del SSN e convenzionato, dovessero derivare dal riconoscimento di incrementi contrattuali superiori alla indennità di vacanza contrattuale. Lo Stato si

<sup>1</sup> Già sancito, a dire il vero, dall’art. 13 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni.

<sup>2</sup> Cfr. il n. 2 dell’accordo Governo-regioni sottoscritto il 1° ottobre 2008 dal Presidente del Consiglio e dal Presidente della Conferenza delle regioni sulla manovra finanziaria (vedilo in regioni.it)

<sup>3</sup> Cfr. l’articolo *Il patto salute nella manovra. Regioni all’attacco sui farmaci*, in “Il Sole 24 Ore” del 19 novembre 2009, pag. 6.

impegna infine a garantire determinati livelli di finanziamento ai Fondi per la non autosufficienza<sup>4</sup> e per le politiche sociali (n. 2 del *Patto*): il finanziamento del primo fondo è di 400 milioni, l'incremento del secondo è di 30 milioni di euro. L'attenzione del "*Patto*" a profili che attengono all'erogazione dei servizi sociali denota il maturare della consapevolezza della contiguità tra assistenza sanitaria e sociale, l'opportunità di una loro sempre maggiore integrazione sia nella prospettiva di contenere la domanda sanitaria, sia di circoscrivere sempre più l'area dell'intervento curativo strutturato (in ambito ospedaliero anzitutto), potendo contare su una ampia ed efficiente rete di servizi che accompagnano il malato al proprio domicilio. Potremmo, in altri termini, affermare che "chi più spende" nei servizi sociali probabilmente "meno spende" in quelli sanitari ed in tale prospettiva l'interesse del "*Patto*" ad incrementare non solo le risorse del SSN, ma anche quelle per le politiche sociali ed i livelli essenziali delle prestazioni da assicurare a quanti non sono più autosufficienti è del tutto coerente. Il *Documento di linee guida* approvato dalla Conferenza delle regioni il 12 novembre 2009<sup>5</sup> conferma come "il mancato rifinanziamento del fondo per la non autosufficienza che compromette l'integrazione socio sanitaria" abbia fatto ricadere "sul settore sanitario i bisogni di una fascia crescente della popolazione anziana" incrementando così il fabbisogno (finanziario) del SSN. Per corrispondere alle esigenze di adeguamento strutturale (ristrutturazione edilizia e realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e non autosufficienti) e tecnologico del patrimonio sanitario che stanno alla base dell'innalzamento della qualità delle prestazioni erogate (innovazione e potenziamento del patrimonio tecnologico sono infatti elementi qualificanti di questo processo), lo Stato si impegna – sul fronte degli investimenti - a rifinanziare l'art. 20 della legge n. 67 del 1988 destinato a sostenere le rate dei mutui accesi (a tal fine) dalle regioni: nel bilancio pluriennale 2010-2012 - afferma il *Patto* - dovranno essere trovate risorse aggiuntive disponibili pari a 4.715 milioni di euro (che si sommano a quelle già disponibili – 1174 milioni – per il 2009). Secondo il documento di *Linee Guida* della Conferenza delle regioni, le risorse così definite sono destinate alle seguenti linee prioritarie: "obiettivi di riorganizzazione della rete ospedaliera tesi a ridurre l'ospedalizzazione e a creare strutture alternative a livello territoriale per le Regioni interessate da piani di rientro<sup>6</sup>; innovazione tecnologica delle strutture del SSN con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare; superamento del divario Nord-Sud; messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi del D.P.R. 14 gennaio 1997, compatibilmente con le risorse assegnate; premialità per le regioni sulla base

<sup>4</sup> Il fondo è stato istituito dall'art. 1, c. 1264 della legge finanziaria per il 2007 al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

<sup>5</sup> Vedilo nel sito web *regioni.it*, par. 1.1, pag. 4.

<sup>6</sup> Per le regioni interessate ai piani di rientro si rammenti che l'art. 79, comma 1 *sexies*, lett. c della legge 6 agosto 2008, n. 133 di conversione del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 consente un particolare utilizzo delle risorse dell'art. 20.

della tempestività (intesa anche con riferimento agli scarti temporali nel finanziamento dei piani regionali connessi all'insufficienza delle risorse statali disponibili) e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti (una quota del 10%)". Lo Stato si impegna altresì ad ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti dall'anzidetto art. 20 anzidetto<sup>7</sup> "elevandolo dagli attuali 23 miliardi<sup>8</sup> di euro a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi" di programma secondo le modalità stabilite tra Stato e regioni il 28 febbraio 2008<sup>9</sup>. Le parti convengono altresì sulla possibilità di utilizzo a tal fine (investimenti pluriennali) delle risorse FAS (di competenza regionale) corrispondendo così, secondo taluno, a precise richieste delle regioni e permettendo, "almeno in parte, di scongiurare, per il momento, l'estensione oltre misura delle gestioni commissariali"<sup>10</sup>.

### 1.3 *L'affiancamento delle regioni in deficit sanitario: profili ricostruttivi.*

1.3.1 *Introduzione.* Con l'"aggiornamento" del finanziamento del settore sanitario sulla base di una quantificazione ritenuta congrua ad erogare, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, il relativo servizio (n. 2 del *Patto*), è stata scongiurata la possibilità che risorse destinate ai programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale<sup>11</sup>, c.d. piani di rientro, diventino una modalità ordinaria di "rifinanziamento" della sanità regionale. Ora il *Patto* (dal n. 3 al n. 8), nella seconda parte in cui si articola, tratteggia le linee di un nuovo intervento volto a mettere mano, in modo organico e sulla scorta dell'esperienza maturata nei 7 casi in cui l'istituto ha trovato applicazione, alla disciplina della mancata (o inadeguata) attuazione dei piani di rientro. Il tema del ripiano dei disavanzi nel settore della sanità e della riqualificazione dei SSR è oggetto da tempo di "una lunga serie di disposizioni di carattere legislativo e pattizio tra Stato e regioni, le quali stabiliscono progressivi "adeguamenti" del concorso statale nel

<sup>7</sup> Non viene affrontato il tema della compatibilità di tale forma di finanziamento a destinazione vincolata e concertata col nuovo assetto costituzionale e con la più recente giurisprudenza costituzionale (anciorchè "transitoria" rispetto all'attuazione dell'art. 119 Cost. e della legge 5 maggio 2008, n. 42), salvo non si ritenga ancorarlo alla funzione statale di individuazione dei LEA: M. BELLETTI, *Il controverso confine tra "livelli essenziali delle prestazioni", principi fondamentali della materia e divieto del vincolo di destinazione di finanziamenti statali, ottenendo la perequazione nelle forme della legge n. 42 del 2009*, destinato al fascicolo della rivista: *Le regioni*, fasc. n. 3/4 del 2009.

<sup>8</sup> Art. 1, c. 279 della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per il 2008).

<sup>9</sup> Conferenza Stato-regioni, accordo sancito il 28 febbraio 2008 (rep. atti n. 65/CSR) per la "definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione del precedente accordo del 19 dicembre 2002 (rep. atti n. 1587) sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità.

<sup>10</sup> C. TUBERTINI, *Le cd. "gestioni commissariali" nel nuovo Patto per la salute: i nodi irrisolti*. Nota per il sottogruppo "Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governante del SSN" del gruppo di studio su "Le politiche sanitarie", in *Astrid.it*.

<sup>11</sup> F. MASSICCI, *Evoluzione, disciplina e prospettive dei piani di rientro*, in *Monitor*, fasc. 22/2008, pag. 21.

finanziamento della spesa sanitaria a fronte della realizzazione da parte delle regioni di determinati impegni di razionalizzazione nel settore in oggetto”<sup>12</sup>. Tale disciplina, secondo la Corte costituzionale, non trova pregiudiziali ostacoli dall’assetto delle competenze legislative risultanti dalla riforma del titolo V perchè “l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa”.

1.3.2. *Ulteriori risorse statali per la sanità ed obblighi delle regioni.* Con l’accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni l’8 agosto 2001 e l’adozione, il successivo 29 novembre, del DPCM sui LEA, è stata inaugurata una nuova modalità di concorso dello Stato, con risorse proprie e ulteriori rispetto a quelle concordate per l’erogazione dei livelli delle prestazioni, alla riqualificazione dei SSR. Tali risorse e il costruttivo confronto sviluppatosi in sede di Conferenza Stato-regioni, hanno consentito, negli ultimi anni, alla maggior parte delle regioni di assicurare profili erogativi dei LEA coerenti con gli standard di qualità ed accessibilità fissati dalla normativa e dai vincoli finanziari del patto di stabilità interno. L’accesso al finanziamento “integrativo” è stato subordinato alla verifica dell’effettivo rispetto degli adempimenti cui le regioni si sono impegnate<sup>13</sup>. Nell’economia di un “indirizzo politico-amministrativo” caratterizzato dalla responsabilizzazione regionale rispetto a una serie di adempimenti (di qualità del servizio e di pareggio di bilancio) utilizzando un sistema premiale per le regioni adempienti e sanzionatorio per quelle inadempienti, si è voluto superare la previgente modalità di concorso statale ai disavanzi delle regioni, riparto del fondo sanitario nazionale (FSN), ancorandolo a puntuali verifiche degli adempimenti richiesti alle regioni. Si tratta di un controllo che deve partire dalla chiarezza sulle obbligazioni ed i comportamenti richiesti alle regioni. Poiché la realtà amministrativa ed organizzativa di talune (poche) regioni è apparsa in seria difficoltà nel corrispondere agli impegni concordati/imposti mostrando l’incapacità di affrancarsi dal persistente elevato deficit, il Governo, in queste “situazioni eccezionali”<sup>14</sup>, ha messo a disposizione una “procedura straordinaria”<sup>15</sup> per il rientro dal deficit di bilancio e la riorganizzazione e riqualificazione del SSR che deve essere messo “in condizione di efficienza ed appropriatezza” (n. 1 del *Patto*): la stipula di un accordo che individui gli

<sup>12</sup> Corte costituzionale sent. n. 36 del 2005 e 98 del 2007, in *Giurisprudenza costituzionale* rispettivamente fasc. 1 del 2005 (pag. 287) e 2 del 2007 (pag. 965).

<sup>13</sup> Si tratta di standard di posti letto e tasso di ospedalizzazione rispetto alla popolazione residente, tetti alla spesa farmaceutica, livelli tariffari per le prestazioni erogate dai soggetti accreditati, obiettivi di razionalizzazione della spesa per l’acquisto di beni e servizi, riequilibrio dell’offerta a favore delle strutture territoriali e l’assistenza domiciliare, approvazione del Piano sanitario regionale (PSR), ecc.

<sup>14</sup> A. ANCONA, *Piani di rientro: non solo controllo amministrativo*, in *Monitor*, fasc. 22/2008, pag. 25.

<sup>15</sup> A. ANCONA, *Piani di rientro: non solo controllo amministrativo*, *op. cit.*, pag. 27.

interventi necessari per conseguire l'equilibrio economico col rispetto dei LEA (il c.d. piano di rientro che costituisce l'"oggetto" dell'accordo). Lo Stato, dovendo altresì assicurare comunque il godimento dei LEA, a mente dell'art. 32 Cost. ed il rispetto dei vincoli complessivi di bilancio, ha previsto un intervento sostitutivo statale nei confronti delle regioni incapaci di corrispondere agli obblighi del piano di rientro. In questo contesto, che tocca indubbi delicati profili del rapporto – costituzionalmente prefigurato e garantito – tra autonomia regionale e responsabilità dello Stato, tornano ad essere essenziali le verifiche sia dell'adempimento degli obblighi regionali sia sull'attuazione del piano di rientro: il loro esito infatti, costituisce una sorta di presupposto di fatto rispetto all'intervento surrogatorio statale che, comunque, va ancorato all'art. 120 Cost. e alle norme che vi hanno dato attuazione (procedimentale): l'art. 8 della legge n. 131 del 2003. Se queste sono, a grandi linee, le coordinate dell'intervento normativo intrapreso nel 2004 e poi man mano integrato ed aggiustato<sup>16</sup>, è necessario fornire qualche elemento più preciso al riguardo prima di introdurre le modifiche prefigurate nel *Patto*.

1.3.3. *La finanziaria per il 2005 l'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005*. Ai sensi dell'art. 8 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 (rep. atti 2271), attuativa dell'art. 1, c. 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, l'accesso al finanziamento statale integrativo del livello di finanziamento fissato dall'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001 (si tratta di finanziamento integrativo a carico dello Stato, quantificato dall'art. 1, c. 164 della stessa legge n. 311) è subordinato all'adozione di precisi adempimenti regionali (indicati nel c. 173 dell'art. 1 della l. n. 311 ed "esplicitati" nella ricordata intesa del marzo 2005), tra cui (art. 1, c. 173, lett. *f* della l. n. 311) quello di garantire, in sede di programmazione, l'equilibrio economico-finanziario del SSR nel suo complesso, nonché di adottare (nel caso di disequilibrio) misure per ricondurre in equilibrio tale gestione. La mancata adozione dei (soli) provvedimenti necessari ad assicurare l'equilibrio economico-finanziario, ovvero la loro insufficienza, comporta<sup>17</sup> l'adozione da parte del Presidente del Consiglio di un atto di diffida al Presidente della regione che, se non adempie nei perentori previsti dalla legge (30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento), diviene "commissario *ad acta*" col compito (nei successivi 30 giorni) di: approvare il bilancio consolidato d'esercizio del SSR, così da determinare l'entità del disavanzo di gestione, e adottare i provvedimenti necessari al

<sup>16</sup> Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria per il 2006), art. 1, c. 277 ss.; decreto-legge 7 giugno 2006, n. 206, convertito con modifiche dalla legge 17 luglio 2006, n. 234: art 1, c. 1 *bis* e 1 *ter*; legge 27 dicembre 2006, n. 296 (finanziaria per il 2007), art. 1, c. 796; decreti-legge 20 marzo 2007, n. 23 (convertito dalla legge 17 maggio 2007, n. 64); 1° ottobre 2007, n. 159 (convertito dalla legge 30 novembre 2007, n. 222), art. 4; 31 dicembre 2007, n. 248, convertito dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31: art. 8, c. 1; 25 giugno 2008, n. 2, convertito dalla legge 6 agosto 2008: art. 79; 7 ottobre 2008, n. 154 (convertito dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189); 29 novembre 2008, n. 185 (convertito dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2); legge 24 dicembre 2007, n. 244 (finanziaria per il 2008): art. 2, c. 46 ss.. Vedi da ultimo l'art. 22 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78 convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

<sup>17</sup> Oltre all'effetto preclusivo all'accesso al maggior finanziamento 2005-2007 (c. 176).

ripiano, compresa la maggiorazione delle aliquote IRAP e IRPEF (c. 174). Si tratta, come è stato osservato<sup>18</sup>, di uno strumento sostanzialmente surrogatorio nel caso in cui dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzi un disavanzo di gestione. La finanziaria per il 2005 mette a disposizione un ulteriore strumento<sup>19</sup> per conseguire l'equilibrio economico e realizzare gli adempimenti per accedere al finanziamento integrativo: la "stipula" di un accordo tra la regione<sup>20</sup> e lo Stato (Ministri dell'economia e delle finanze e della salute) sulla carta della ricognizione delle cause del disequilibrio, dove vengono individuati gli interventi necessari per ristabilire il ricordato equilibrio economico-finanziario, nel rispetto dei LEA e dell'adempimento degli "oneri" indicati dall'intesa Stato-regioni del marzo 2005. L'accordo si sostanzia in un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del SSR (c.d. piano di rientro), stabilisce le modalità dell'erogazione del maggior finanziamento del servizio sanitario (anche in maniera graduale, subordinatamente all'effettiva attuazione del programma), definisce le modalità del monitoraggio sullo stato di avanzamento del programma stesso e quelle per l'affiancamento della regione - da parte dei Ministri della salute, dell'economia e delle finanze e di rappresentanti delle regioni (scelti dalla Conferenza Stato-regioni)<sup>21</sup> - alle attività di gestione e programmazione del SSR. L'affiancamento si sostanzia nella sottoposizione a preventiva approvazione (quindi controllo di merito) da parte dei (soli) Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze di taluni provvedimenti regionali di spesa e programmazione (il controllo può consistere anche nella enunciazione di prescrizioni cogenti; nei casi di somma urgenza il controllo è successivo all'adozione dell'atto): artt. 1, c. 180 della legge n. 311 e 8 dell'intesa Stato-regioni del marzo 2005. L'accordo-piano di rientro, che deve contenere sia misure di riequilibrio del profilo erogativi dei LEA (per rendere questo conforme alle indicazioni del PSN e del DPCM dei LEA) sia misure per azzerare il disavanzo entro il 2010, costituisce lo strumento per superare le inadempienze regionali (rispetto agli obblighi pattizi e di legge) che ostacolano l'accesso ai finanziamenti integrativi arretrati; la sua sottoscrizione diviene condizione per la "ri-attribuzione" alla singola regione di tale maggior

---

<sup>18</sup> E. JORIO, *I piani di rientro del debito sanitario e i rischi della legislazione dell'emergenza (1° luglio 2009)*, in *Federalismi.it* n. 13/2009, pag. 2.

<sup>19</sup> Di due strumenti "finalizzati a porre un freno al disagio economico o a rimediare, nel rispetto dell'autonomia regionale, alla smisurata diffusione dei disavanzi correnti e, dunque, all'accumulo dei debiti pregressi" parla E. JORIO, *I piani di rientro del debito sanitario e i rischi della legislazione dell'emergenza (1° luglio 2009)*, in *Federalismi.it* n. 13/2009, pag. 2.

<sup>20</sup> Che con delibera di giunta approva l'accordo stipulato: cfr. l'art. 1, c. 2 del decreto-legge n. 23 del 2007, convertito con modifiche dalla legge n. 64 del 2007.

<sup>21</sup> Sono possibili anche forme di partenariato con altre regioni: art. 8, c. 3 in fine dell'intesa Stato-regioni del marzo 2005; vedi anche: M.G. LA FALCE, *L'attività di affiancamento delle regioni in materia socio-sanitaria: i piani di rientro*, in *La tutela multilivello dei diritti sociali* (a cura di F. BALBONI), Jovine, Napoli, 2008, vol. II, pag. 659. A. ANCONA, *Piani di rientro: non solo controllo amministrativo, op. cit.*, pag. 28 parla (ed illustra) due forme di intervento (cioè l'affiancamento e il tutoraggio) da parte delle regioni.

finanziamento (anche in misura parziale e graduale) trattenuto a livello centrale (così si esprime il c. 180 *cit.*). Il piano di rientro (ed il relativo affiancamento<sup>22</sup>) deve ritenersi non facoltativo<sup>23</sup>. D'altra parte la sottoscrizione dell'accordo-patto di rientro costituisce occasione per la regione di constatare la propria incapacità di governo e l'accettazione della riduzione della propria autonomia decisionale in cambio di un aiuto a rivedere l'organizzazione complessiva e le modalità di funzionamento del SSR, nonché l'accesso ad un livello di finanziamento adeguato<sup>24</sup>. Al fine di incentivare ed agevolare "la stipula di (tali) specifici piani di rientro, la finanziaria per il 2006 (legge 23 dicembre 2005, n. 266) mette a disposizione 1 miliardo di euro (art. 1, c. 278).

1.3.4 *Patto di rientro obbligatorio e nuove risorse.* La finanziaria per il 2007 istituisce un vero e proprio fondo transitorio per il triennio 2007-2009<sup>25</sup> da ripartirsi tra le regioni interessate da elevati disavanzi; l'accesso alle risorse del fondo è subordinato (art. 1 c. 796, lett. b) alla sottoscrizione dell' "apposito accordo ai sensi dell'art. 1, c. 180 della legge n. 311 del 2004 ... comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi" vale a dire l'impegno ad adottare ed eseguire il piano di rientro. Quest'ultimo ha contenuti oramai precisi ed individuati<sup>26</sup>; le aree di intervento sono quelle della gestione economica, dei procedimenti amministrativi, anzitutto con riferimento a quelli di programmazione e controllo e della gestione finanziaria; un apposito cronoprogramma deve consentire di seguirne l'attuazione; le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla regione stessa in materia di programmazione sanitaria. L'accesso al fondo transitorio presuppone altresì che sia scattato - in modo automatico o su attivazione regionale - l'innalzamento ai livelli massimi delle addizionali regionali IRPEF ed IRAP. La legge, al fine di rafforzare l'attività di affiancamento, prevede altresì appositi Nuclei nelle singole regioni, con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1, c. 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Che il piano di rientro configuri un peculiare istituto quando si è in presenza di regioni con elevati disavanzi lo conferma la procedura di diffida e

<sup>22</sup> Anche se l'affiancamento - in verità - avrebbe potuto risultare eventuale essendosi prefigurata la possibilità di individuare con (ulteriore e diversa) intesa Stato-regioni i casi in cui esso "non implica forme di affiancamento": art. 8, c. 4 dell'intesa del marzo 2005. A tutt'oggi tale atto pattizio non è stato adottato.

<sup>23</sup> F. MASSICCI, *Evoluzione, disciplina e prospettive dei piani di rientro, cit.*, parla di "regioni sottoposte ai piani di rientro" (il corsivo è nostro, ndr); E. JORIO, *I piani di rientro del debito sanitario e i rischi della legislazione dell'emergenza (1° luglio 2009), op. cit.*, pag. 3.

<sup>24</sup> A. ANCONA, *Piani di rientro: non solo controllo amministrativo, op. cit.*, pag. 26, parla di "riduzione della sovranità regionale" e di "una sorta di amministrazione sorvegliata".

<sup>25</sup> Incrementato dall'art. 1 c. 3 del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23 convertito con modificazioni dalla legge 17 maggio 2007, n. 64 e recentemente dall'art. 13 del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39 convertito con modifiche dalla legge 24 giugno 2009, n. 77.

<sup>26</sup> I contenuti dei piani seguono una sorta di schema generale che funge da modello: al riguardo vedi ancora M.G. LA FALCE, *L'attività di affiancamento delle regioni in materia socio-sanitario: i piani di rientro, op. cit.*, pagg. 673 ss.

commissariamento prevista dall'art. 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, che scatta quando “si prefigurino il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni”. Si tratta, in altri termini, di un inadempimento qualificato sul piano finanziario ed organizzativo, tale cioè da mettere in pericolo l'unità economica ed il rispetto dei LEA: non ogni mancato rispetto degli obiettivi del piano consente quindi di accedere alla procedura che porta al commissariamento. Si tratta di inadempimento rispetto ad un vero e proprio obbligo sia pattizio in ordine ai contenuti, che di legge (in ordine alla necessità della sottoscrizione) per le regioni che versano in un elevato disavanzo. Il Presidente del Consiglio dei Ministri, con la procedura di cui all'art. 8, c. 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con quello della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la regione ad adottare entro 15 giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi del piano. Se la regione non adempie alla diffida o gli atti e le azioni posti in essere sono inadeguati o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un commissario *ad acta* (affiancato eventualmente da sub-commissari: decreto-legge n. 154 del 2008) per l'intero periodo di vigenza del singolo piano di rientro<sup>27</sup>.

1.3.5 *La verifica degli adempimenti regionali.* Il sistema sinteticamente illustrato si basa su un presupposto di fondo: una non arbitraria verifica degli adempimenti che le regioni si assumono con la sottoscrizione degli accordi e intese intervenute a partire dall'8 agosto 2001<sup>28</sup>, ottenendo l'incremento delle risorse per la sanità, e di quelli previsti dai c.d. piani di rientro. Tale verifica e il monitoraggio degli adempimenti regionali è affidata al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di

<sup>27</sup> La nomina del commissario *ad acta* comporta di per sé – in presenza di alcune condizioni – l'accesso al maggior finanziamento premiale trattenuto dal governo pre l'esito negativo della verifica degli adempimenti: (cfr. E. JORIO, *I piani di rientro del debito sanitario e i rischi della legislazione dell'emergenza (1° luglio 2009)*, op. cit., pag. 5).

<sup>28</sup> Si rammenta che poco dopo l'accordo dell'8 agosto del 2001, l'art. 40 della legge 28 dicembre 2001, n. 448 aveva affermato che “il mancato rispetto degli impegni indicati al punto 19 dell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome dell'8 agosto 2001 in materia sanitaria, comporta, per il finanziamento della spesa nel settore, il ripristino per la regione e le province autonome inadempienti del livello stabilito nell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome del 3 agosto 2000, come integrato dall'art. 85, c. 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388”. Disposizione estesa dall'art. 4 della legge 15 giugno 2002, n. 112 agli anni 2002-2004 e dalla legge n. 289 del 2002 agli anni 2003-2005 (art. 1, c. 52).



assistenza istituiti, rispettivamente, dagli artt. 12 e 9 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005; a questo compito si aggiunge il monitoraggio e la verifica degli adempimenti previsti nei singoli piani di rientro (art. 4, c. 1 della legge 29 novembre 2007, n. 222)<sup>29</sup>. L'attività del Tavolo e del Comitato è quindi importante; si pensi al rilievo che ha quando attesta l'idoneità o l'insufficienza dell'attività posta in essere dalla regione sottoscrittrice del piano rispetto agli obiettivi programmati dopo la diffida del Presidente del Consiglio; si tratta infatti del "presupposto di fatto" per la proposta del Ministro dell'economia e delle finanze al Consiglio dei ministri di procedere al commissariamento della regione (art. 4, c. 2 legge n. 222 *cit.*)

#### 1.4 *Piani di rientro e commissariamento delle regioni in disavanzo: le indicazioni del Patto.*

1.4.1 *Procedure di "commissariamento.* Le "linee generali" dell'intervento legislativo che il *Patto* prefigura sono (volutamente) imprecise e lasciano ampia discrezionalità in ordine alla loro attuazione, ma non mancano talune precise linee di azione. Il *Patto* pare focalizzare in modo particolare la necessità di "potenziare e semplificare il meccanismo di «commissariamento» delle regioni in disavanzo" (elevato, pare di capire) "secondo un nuovo regolamento condiviso tra Stato e regioni". I poteri d'"emergenza" attribuiti ai commissari sono ritenuti idonei ad affrontare (superare?) la crisi finanziaria ed organizzativa di taluni SSR; difatti ciò che ci si propone è solo una rivisitazione delle modalità d'accesso delle regioni agli interventi sostitutivi realizzati per loro tramite. Il profilo finanziario (quindi il rispetto del patto di stabilità interno) sembra prevalere su ogni altra finalità (garanzia del godimento dei LEA *in primis*) rimessa alla gestione commissariale. La revisione normativa che le parti propongono è animata da questo preminente obiettivo, come emerge quando si torna circa il tema del monitoraggio trimestrale sul rispetto dell'equilibrio economico-finanziario: nel caso di disavanzo non coperto "occorre confermare i vigenti automatismi (innalzando aliquote IRPEF e IRAP), da potenziare con il blocco del *turn-over* e il divieto di effettuazione di spese non obbligatorie" (cfr. n. 4 del *Patto*). Il richiamo alla condivisione delle regole del "commissariamento" ("nuovo regolamento condiviso") risponde all'esigenza di tenere presente l'autonomia delle regioni, costituzionalmente garantita, in questa procedura particolarmente invasiva delle loro prerogative e ad ancorare la relativa procedura all'art. 120 Cost. Le fattispecie cui i sottoscrittori del *Patto* fanno riferimento sono due: inottemperanza all'obbligo di presentare un piano di rientro (scostamenti per i quali "scatta comunque l'obbligo di presentare un piano di rientro": n. 4 in fine

---

<sup>29</sup> M.G. LA FALCE, *L'attività di affiancamento delle regioni in materia socio-sanitaria: i piani di rientro*, *op. cit.*, pagg. 660 ss.

del *Patto*), strumento indispensabile per riorganizzare il servizio sanitario di una regione che fa registrare disavanzi elevati; “inadempimento nell’attuazione del piano” da parte della regione tenuta ad attuarlo (n. 6 del *Patto*). Due sono altresì i presupposti dell’art. 120 Cost. utili a legittimare gli interventi commissariali considerati: “la tutela dell’unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”. Ancorché, come osservato, i profili di bilancio paiono prevalere nella logica sottesa al *Patto*, non è difficile sostenere come una certa misura dello scostamento della spesa regionale rispetto ai vincoli di bilancio costituisca presunzione della “mancata” tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute, profilo questo che concorre a legittimare gli interventi surrogatori “straordinari” a garanzia di istanze o interessi essenziali, unitari, di rilievo nazionale che appunto trovano tutela nell’art. 120 Cost.: in questo senso conducono infatti le analisi più recenti sugli scostamenti della spesa<sup>30</sup>, ma anche la sensibilità del legislatore che, giova ricordare, ai sensi dell’art. 4 del decreto-legge n. 159 del 2007 ritiene necessario per il commissariamento un “disavanzo qualificato” tale cioè “da mettere in pericolo la tutela dell’unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni”. Un aspetto che non pare essere esplicitamente colto nel testo del *Patto*, ma che potrebbe essere considerato nella revisione della disciplina del “secondo” commissariamento, riguarda la congruità dei tempi entro i quali la regione è chiamata a porre in essere le attività per le quali può scattare l’intervento surrogatorio, vale a dire l’“inadempimento del piano da parte della regione tenuta ad attuarlo”<sup>31</sup>. Un secondo aspetto della disciplina vigente riguarda l’efficacia di un intervento sostitutivo affidato ad un organo dell’ente che si è reso responsabile della gestione considerata inadeguata (il presidente della regione). Collegati a questo vi sono altri due profili: l’ampiezza temporale dell’intervento sostitutivo (corroborato dall’introduzione, col decreto-legge n. 154 del 2008, delle figure dei sub commissari, soggetti attuatori delle misure previste nei piani di rientro con possibilità di subentrare ai direttori generali delle aziende sanitarie nell’esercizio di (taluni) compiti ad essi spettanti) e la concreta misura dell’ampiezza materiale dell’intervento sostitutivo. Il *Patto* ovviamente non tocca il primo aspetto; quando il legislatore, in coerenza con il principio di separazione tra controllore e controllato, aveva escluso che il

---

<sup>30</sup> Ci si interroga se scostamenti regionali rispetto ad una “media funzionale” ricostruita in modo empirico sia imputabile a differenze qualitative delle prestazioni offerte o ad una inefficienza (cfr. F. PAMMOLLI, G. PAPA, N.C. SALERNO, *La spesa sanitaria pubblica in Italia; dentro la “scatola nera” delle differenze regionali. Il modello SaniRegio*, in Quaderno CERM n. 2/2009); pare accertato che la “maggior spesa si accompagna a minor qualità” delle prestazioni (pag. 37).

<sup>31</sup> Sull’irragionevole brevità dei termini per adempiere nel caso del commissariamento della regione Lazio v. S. BELLOMIA, *La sanità regionale tra esigenze di finanziamento, sviluppo economico e solidarietà: il caso della regione Lazio*, in *Federalismi.it*, n. 22/2008, pagg. 4-5.

presidente della regione potesse assumere il ruolo di commissario<sup>32</sup>, pressioni politiche, anzitutto regionali, lo hanno indotto ben presto<sup>33</sup> a tornare al previgente sistema ove commissario può essere solo il presidente della regione: una scelta che suscita perplessità non solo sotto il profilo dei principi (in primo luogo quello di imparzialità), ma anche in ordine all'efficacia dell'intervento. Strettamente collegato al profilo anzidetto è quello riguardante la durata temporale della sostituzione commissariale nel caso di inadempimento ad attuare il piano (n. 6 del *Patto*). Non essendo posto alcun limite espresso esso mutua quelli della durata dei piani diventando da "sostituzione straordinaria" mezzo per conseguire una "sostituzione ordinaria" dell'attività regionale in materia sanitaria. Un profilo questo che, probabilmente, interessa meno la Conferenza delle regioni perché il commissario può essere il solo presidente della regione realizzandosi così, in favore di quest'ultimo, piuttosto la surroga di poteri di altri organi dell'ente. Più problematico è lo spessore giuridico dei poteri attribuiti al commissario, se cioè essi riguardano solo l'attività amministrativa o anche il potere legislativo regionale, aspetto che le parti non affrontano nonostante l'indubbia rilevanza della questione per gli ordinamenti regionali coinvolti concentrandosi piuttosto sul profilo procedurale. Si tratta di un silenzio più loquace di quanto si possa immaginare. Infatti, se il commissariamento riguarda solo funzioni e compiti amministrativi, esso più che nel "sottrarne" e "ricollocarne" la titolarità nell'ambito dello stesso esecutivo regionale (può essere nominato commissario solo il presidente della regione) si caratterizza per l'affiancamento statale alla gestione "ordinaria" della sanità regionale (può esserci straordinarietà di gestione in un commissariamento che può durare anni?) e per la previsione di soggetti *extra ordinem* per l'attuazione delle scelte compiute (i subcommissari) che possono operare anche al di fuori della burocrazia della giunta o della sanità regionale.

1.4.2 *La nuova struttura tecnica di monitoraggio.* Con riguardo alla prevista istituzione di una "Struttura tecnica" (che si aggiunge al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato per la verifica dei LEA che fino ad oggi hanno condotto l'istruttoria dei piani di rientro<sup>34</sup>) con il compito di valutare le proposte di piano avanzate dalle regioni in disavanzo (n. 5 del *Patto*) e verificarne l'attuazione, anche in vista del possibile commissariamento (n. 6 del *Patto*), viene da chiedersi quali siano le ragioni della necessità di dare vita ad una nuova struttura di monitoraggio dei piani di rientro e per la certificazione del conseguimento degli obiettivi in essi individuati, essendo già a tal fine prevista una articolata attività dell'Agenzia nazionale per i servizi

<sup>32</sup> Art. 4 del decreto-legge n. 159 del 2007 convertito dalla legge n. 222 del 2007: la nomina a commissario era ritenuta incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione "commissariata".

<sup>33</sup> Decreto-legge n. 112 del 2008.

<sup>34</sup> M.G. LA FALCE, *L'attività di affiancamento delle regioni in materia socio-sanitaria: i piani di rientro*, op. cit., pagg. 661-662.

sanitari (AGENAS)<sup>35</sup>. Secondo il progetto tratteggiato il piano, elaborato con l'ausilio sia di AGENAS che di AIFA (agenzie tecniche), è sottoposto a verifiche di adeguatezza oltre che della Conferenza Stato-regioni (ma c'è bisogno di una valutazione politica?) anche della ricordata struttura paritetica (ma anche un esame tecnico ha necessità di essere paritetico? Una verifica tecnica non dovrebbe essere condotta secondo parametri oggettivi e quindi indifferenti a valutazioni "regionali" o "statali"?). Tali valutazioni, determinanti per l'approvazione del piano (e conseguente accesso alle "risorse ulteriori", non solo finanziarie<sup>36</sup>), per il commissariamento della regione e per la verifica "in corso d'opera" del conseguimento degli obiettivi intermedi previsti dai piani "approvati" (n. 5 e 6 del *Patto*) paiono, più che aggiornare e rafforzare le verifiche tecniche già presenti, caratterizzare la procedura per l'intervento sostitutivo del Governo nei confronti della regione in disequilibrio finanziario nella prospettiva (indicata dall'art. 120 Cost.) del necessario rispetto dei principi di sussidiarietà e leale collaborazione rispetto alle finalità perseguite (art. 8, c. 5 della legge 5 giugno 2003, n. 131). Per il rispetto di tali principi si ritiene sia sufficiente il coinvolgimento della regione "sostituita" nella "procedura di sostituzione". Tale conclusione risulta suffragata dalla composizione paritetica della struttura e dalle considerazioni espresse dalle regioni nelle Linee guida (punto n. 5) che ne prefigurano la collocazione (presso la Conferenza Stato-regioni), nonché le modalità di approvazione del regolamento di funzionamento (accordo in sede di Conferenza Stato-regioni) e di aggiornamento degli "strumenti di valutazione e monitoraggio" (ancora una volta approvati dall'anzidetta Conferenza). Le predette conclusioni trovano conferma nella previsione di un "nuovo regolamento condiviso tra Stato e regioni" sull'attività del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato per la verifica dei LEA sui monitoraggi trimestrali e la verifica dell'attuazione dei piani di rientro (n. 3 del *Patto*). La (nuova) disciplina dell'attività delle predette strutture, cui spetta sostanzialmente accertare, con insindacabile giudizio la presenza delle condizioni per la attivazione della gestione commissariale, dovrebbe, per taluno<sup>37</sup>, superare "eventuali dissensi sorti in sede tecnica nonché garantire la trasparenza delle procedure istruttorie, evitando l'insorgere di asimmetrie informative tra componenti di provenienza ministeriale e componenti designati dalle regioni (asimmetrie che, invece,

<sup>35</sup> Sulle attività affidate all'Agenzia con riguardo ai piani di rientro (vale a dire: monitoraggio sullo stato di attuazione e valutazione delle criticità eventualmente riscontrate, partecipazione all'attività di affiancamento delle regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, c. 180, della legge n. 311/2004; stimolo e coordinamento delle regioni coinvolte) vedi G. BARALDI, *Metodi e strumenti dell'Agenzia per la realizzazione dei Piani di rientro*, in *Monitor*, fasc. 22/2008, pagg. 31 ss.

<sup>36</sup> Secondo V. ERRANI (intervista "Un'occasione per una leale collaborazione" in *Monitor*, fasc. 22/2008, pag. 11) i piani di rientro "non possono essere solo piani finanziari di rientro del debito" ma devono portare alle "acquisizione – che è necessariamente lenta e faticosa – della capacità politica ed amministrativa di governo dei processi, a livello regionale".

<sup>37</sup> C. TUBERTINI, *Le c.d. "gestioni commissariali" nel nuovo Patto per la salute: i nodi irrisolti*, op. cit.

hanno condizionato sinora la reale capacità di incidenza delle regioni nelle valutazioni tecniche affidate al Tavolo di monitoraggio)”.

## 2. Alcune considerazioni di metodo

2.1 *Il governo condiviso della salute.* Dal punto di vista della *governance* del sistema sanitario, il *Patto* realizza un “governo condiviso” del SSN. Si tratta di una scelta che prende atto dell’autonomia gestionale e della responsabilità (anzitutto di bilancio) delle regioni e valorizza il ruolo dello Stato quale artefice e responsabile dell’unità del sistema, promotore dell’appropriatezza delle prestazioni individuate dai LEA e del rispetto del diritto dell’utenza ad avervi accesso, controllore del rigore finanziario nell’utilizzo di risorse pubbliche. Si tratta di una libera scelta del Governo (nella persona del Ministro dell’economia e delle finanze) di confrontarsi (ed impegnarsi) con le regioni prima di legiferare sul finanziamento del servizio o su aspetti riguardanti l’organizzazione o il funzionamento dello stesso per aspetti rimessi alla competenza statale, stante l’assenza, come recentemente ribadito dalla Corte costituzionale, d’un obbligo di informare alle procedure della leale collaborazione i procedimenti legislativi<sup>38</sup>, neppure quando “ricadono nella diretta responsabilità del Governo”<sup>39</sup>. Si tratta comunque di una scelta precauzionale per profili e materiali interconnessi con la potestà concorrente riguardante la tutela della salute dove è facile (per lo Stato) sentire la necessità di dettare norme di dettaglio anche per aspetti oggi affidati al legislatore locale. Nel merito va condivisa la scelta di (continuare, come avvenuto nel 2006) separare il finanziamento ordinario del sistema (da ancorare al PIL) dalla questione specifica del ripiano dei disavanzi delle regioni in difficoltà cui, questa volta, non si torna a guardare per implementare le risorse a ciò appositamente destinate, ma per rivedere (puntando sulla prontezza e sulla efficacia) le procedure per accedere alle risorse aggiuntive mettendo mano, soprattutto in questa occasione, ad una “sorta di svolta organizzativa e gestionale”. Forse, più che di nuove risorse, le regioni con disavanzi rilevanti hanno bisogno di essere aiutate a ri-convertire il modello di organizzazione del SSR che ha dato prova di non sapere corrispondere agli obiettivi dei LEA e di generare un rilevante disequilibrio economico-finanziario, in un tempo più congruo (almeno 5 anni) rispetto ai 3 anni dei piani di rientro (ma questo aspetto non è esplicitamente considerato nel *Patto*). Entrando nel merito dell’accordo, si tratta a ben vedere di un *Patto* che non incide sull’attuazione di disposizioni di legge vigenti o sull’attività amministrativa affidata ai due livelli

<sup>38</sup> Vedi ad esempio recentemente Corte costituzionale, sent. n. 98 del 2007, n. 8 del considerato in diritto (in Giurisprudenza costituzionale, fasc. n. 2 del 2007 pag. 967) nonché A. S. DI GIROLAMO, Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione, in *Le istituzioni del federalismo*, fasc. n. 3/4 del 2007, pagg. 497 ss.

<sup>39</sup> A. CARMINATI, *Dal raccordo politico al vincolo giuridico: l’attività della Conferenza Stato-regioni secondo il giudice costituzionale*, in *Le Regioni*, fasc. n. 2 del 2009, pag. 263.

di governo, ma opera sul piano più propriamente politico. Le obbligazioni dedotte dalle parti sottoscrittrici riguardano impegni volti a condizionare nell'*an* e nel *quomodo* l'iniziativa legislativa (che secondo quanto affermano le regioni nelle *Linee guida* sarà la finanziaria per il prossimo anno<sup>40</sup>) del Governo o le scelte di politica finanziaria ad esso rimesse che ben avrebbero potuto, sulla scorta d'una affermata serie di accordi/intese tra Governo e regioni nel settore sanitario, essere sanciti con apposito accordo ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. n. 281 del 1997 ovvero con una intesa ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 8 della legge n. 131 del 2003<sup>41</sup>, sanciti dalla Conferenza Stato-regioni.

2.2 *Un patto fuori della sede istituzionale del raccordo tra governo e regioni?* Il *Patto* in esame ha infatti contenuti non dissimili da quelli che sono stati oggetto, dal 2000 in poi, con cadenza quasi annuale, di determinazione condivisa di Stato e regioni con riguardo al finanziamento del SSN (progressivamente incrementato) dopo l'entrata in vigore del d. lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 (c.d. federalismo fiscale) e su gran parte delle scelte compiute dal legislatore statale relativamente ai profili organizzativi di un servizio sanitario sempre più "regionalizzato"<sup>42</sup>. Come rammentato, questa volta non si tratta di accordo sancito in Conferenza Stato-regioni, nonostante la Corte costituzionale abbia affermato che "nella perdurante assenza di una trasformazione delle istituzioni parlamentari e, più in generale, dei procedimenti legislativi, anche solo nei limiti di quanto previsto dall'art. 11 della l.c. n. 3 del 2001" quest'organo collegiale vada considerato "il principale strumento che consente alle regioni di avere un ruolo nella determinazione del contenuto di taluni atti legislativi statali che incidono su materie di competenza regionale"<sup>43</sup>. Il *Patto* è stato infatti concluso fuori della ricordata sede istituzionale dal Ministro dell'economia e delle finanze e dal Presidente della Conferenza delle regioni. Viene da chiedersi il perché di tale scelta. Per certi versi esso potrebbe essere paragonato al "protocollo di intesa" tra Governo e regioni del 28 settembre 2006, "proposto dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze" e "condiviso" dalla Conferenza delle regioni, il cui contenuto, articolato e preciso, fu poi trasfuso, il successivo 5 ottobre, nell'intesa sancita (ai sensi dell'art. 8 della legge n. 131 del 2003) dalla Conferenza Stato-regioni sul

---

<sup>40</sup> In tal senso anche l'articolo *Il patto salute nella manovra. Regioni all'attacco sui farmaci* in "Il Sole 24 Ore" del 19 novembre 2009, pag. 6. Il ddl finanziaria per il 2010 (AS 1790), approvato il 13 novembre dal Senato, è ora all'esame della Camera (AC 2936).

<sup>41</sup> Una rassegna aggiornata di tali atti pattizi e contenuta nel dossier di documentazione *La sanità nelle manovre finanziarie dal 2000 al 2008* curato della Segreteria della Conferenza delle regioni e delle province autonome - Settore salute - politiche sociali (aggiornato al gennaio 2009), in *regioni.it*.

<sup>42</sup> Sia consentito di rinviare al riguardo a G. CARPANI, *Accordi e intese tra Governo e regioni nella più recente evoluzione del Servizio sanitario nazionale: spunti ricostruttivi*, in *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare* (a cura di R. Balduzzi), Il Mulino, Bologna, 2009, pagg. 35 ss.

<sup>43</sup> Corte costituzionale, sent. n. 401 del 2007, n. 5.3 del *considerato in diritto* (vedila in *Giurisprudenza costituzionale*, fasc. n. 6 del 2007, pag. 4516)

“nuovo patto sulla salute” (rep. atti n. 2648). In questa prospettiva il *Patto* ripropone, gettando le basi per il costituirsi di una vera e propria prassi, la dicotomia già sperimentata nel settembre 2006 tra la concertazione politica “alta” (realizzatosi al di fuori del sistema delle Conferenze) e la sua attuazione o formalizzazione (che interviene nelle sedi individuate dal legislatore: d. lgs. n. 281 del 1997) perfezionando altresì una sorta di “caratterizzazione” dei due momenti, ferma restando la condivisione (in concorso) del medesimo obiettivo. Infatti a differenza dell’esperienza del 2006 dove la definizione minuziosa di quanto concordato nel settembre ha portato ad una sorta di semplice (o meccanica) trasposizione del contenuto del protocollo nell’intesa della Conferenza (del successivo 5 ottobre), all’intesa politica generale e di massima del 23 ottobre dovrebbe seguire una “attuazione” nella sede ordinaria dei raccordi interistituzionali più articolata, in grado cioè di cogliere e sviluppare quanto convenuto e di prefigurare concretamente e compiutamente le obbligazioni solo tratteggiate a grandi linee dalle parti. In questa prospettiva si muove infatti la recente iniziativa governativa di sottoscrivere nei prossimi giorni in sede di Conferenza Stato-regioni una “nuova intesa ... concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012” ma, a ben vedere, questo ulteriore passaggio “formale” coglie molteplici questioni (e non solo quelle affrontate dal *Patto*) rivolta non solo a sviluppare ed attuare il *Patto* dello scorso 23 ottobre, ma anche ad ottemperare a disposizioni di legge vigenti che subordinano “l’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato” per gli anni 2010 e 2011 alla modifica di accordi (o intese) già sancite tra le parti dal 2001 ad oggi (riguardanti tanto il tema del finanziamento del servizio sanitario che gli obblighi delle regioni in ordine a scelte organizzative su cui si è convenuto)<sup>44</sup>: insomma uno sguardo più rivolto al “passato” che a prefigurare il futuro. Il *Patto* potrebbe collocarsi nella linea di tendenza, già colta dalla dottrina<sup>45</sup> ed alla quale anch’io ho recentemente fatto cenno<sup>46</sup>, del rafforzarsi, sul versante regionale, del raccordo orizzontale assicurato dalla Conferenza delle regioni e del proporsi di quest’ultima, a livello istituzionale, quale “espressione” del “sistema delle regioni” stesse anche al di fuori delle sedi canoniche del confronto/raccordo Governo/regioni. Fuori dalle sedi ufficiali delle Conferenze del CIPE o del CIACE, dove le regioni sono “costrette” dalla legge “a sedere” ad un tavolo di confronto-raccordo col Governo, si è assistito ad incontri fra membri del Governo e rappresentanti delle regioni e degli enti locali aventi ad oggetto questioni di natura o rilevanza politica e finanziaria al

<sup>44</sup> Ci si riferisce all’art. 79, comma 1 *bis* del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 inserito dalla legge di conversione (6 agosto 2008, n. 113) come modificato dall’art. 22, comma 1, lett. a del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78 (convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102).

<sup>45</sup> G. PUCCINI, *Raccordi fra Governo e autonomie territoriali, forma di governo e struttura del Governo*, in *federalismi.it* n. 20 del 2009, pag. 23 ss.

<sup>46</sup> In: *La collaborazione strutturata tra regioni e tra queste e lo Stato. Nuovi equilibri e linee evolutive dei raccordi “verticali” ed “orizzontali”*, in *Federalismi.it* n. 19 del 2009.

termine dei quali si sono sottoscritti accordi, documenti concernenti o si è assistito all'unilaterale assunzione di impegni da parte dell'Esecutivo o di impegni reciproci fra le parti in causa. In questa prospettiva essenziale è stata la "legittimazione" fornita al presidente della Conferenza delle regioni dalla Conferenza stessa. Potremmo dire che tale Conferenza "nata" (agli inizi degli anni '80) "cresciuta" (soprattutto nel corso degli anni '90) e "vissuta" in una sorta di simbiosi con i lavori della Conferenza Stato-regioni ritiene oramai di non esaurire più il proprio ruolo (solo) nel fare conseguire una posizione unitaria ai presidenti di regione che la compongono in vista dell'esame degli argomenti e provvedimenti posti all'ordine del giorno delle sedute delle Conferenze Stato-regioni ed unificate; essa si propone (ed impone) infatti quale referente istituzionale delle istituzioni nazionali e delle associazioni nazionali delle autonomie locali (basti ricordare ANCI e UPI) in grado di esprimere, pur in assenza di un disposto di legge, le esigenze e le valutazioni di tutte le regioni, assicurando a queste ultime una azione efficace, coordinata e solidale nella prospettiva di realizzare, anche fuori delle ricordate sedi "canoniche" di raccordo, obiettivi improntati alla realizzazione del principio costituzionale della leale collaborazione. In questo contesto il Presidente della regione Emilia-Romagna Errani, presidente della Conferenza delle regioni, ha potuto, anche al di fuori del sistema istituzionale di cui al d. lgs. n. 281 del 1997, sottoscrivere un *Patto* della salute col Ministro dell'economia e delle finanze sentendosi legittimo rappresentante tutti i suoi colleghi presidenti di regioni (e province autonome d'Italia) in modo non dissimile da quanto era successo (l'ultima volta relativamente al triennio 2007-2009) con il Patto della salute del 5 ottobre 2006 in sede di Conferenza Stato-regioni.

2.3 *Una intesa in Conferenza Stato-regioni sul "nuovo" patto per la salute. Ricondurre il Patto nella sede istituzionale?* Il 20 novembre 2009 l'ufficio di segreteria della Conferenza Stato-regioni ha "diramato", in vista della sottoscrizione il successivo giovedì 26<sup>47</sup>, uno schema di atto di intesa da sancirsi in sede di Conferenza (redatto ai sensi dell'art. 8, c. 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131)<sup>48</sup> dove è trasfuso e sviluppato il contenuto del *Patto* ed a questo è aggiunta una serie di obbligazioni (che si propongono alla valutazione delle parti) riguardanti: il monitoraggio dei fattori di spesa dei servizi sanitari regionali (artt. 2-3)<sup>49</sup>, le iniziative per la razionalizzazione della rete

<sup>47</sup> Cfr. Convocazione della seduta della Conferenza Stato-regioni del 26 novembre 2009 (20 novembre 2009), elenco B, n. 9.

<sup>48</sup> Ma anche per gli effetti del c. 1 *bis* dell'art. 79 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 che subordinava un (parziale) rifinanziamento del concorso statale alle spese del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2010 e 2011 alla stipula di una specifica intesa "ad integrazione e modifica" dell'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001 e delle intese Stato-regioni del 23 maggio 2005 e del 5 ottobre 2006 secondo precisi obiettivi individuati dallo stesso comma.

<sup>49</sup> Il monitoraggio non è sui livelli delle prestazioni, come poteva ritenersi congruo per chi, avendo fissati i livelli delle prestazioni ne volesse verificare il rispetto, ma su indicatori di efficienza e appropriatezza allocativa delle risorse rapportati a taluni settori strategici (individuati dall'art. 2, c. 19) che qualificano i sistemi sanitari regionali "al fine di garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e al tempo stesso maggiore controllo della spesa".



ospedaliera e l'impiego del personale del servizio (artt. 6 e 12, anche in relazione al c. 1 *bis*, lett. *a* e *b* dell'art. 79 del decreto-legge n. 112 del 2008), gli adempimenti regionali per l'accesso alle integrazioni finanziarie già previste per il SSN (art. 4) e nel caso di squilibri finanziari consistenti (art. 5, ma anche n. 4 del *Patto*), su varie disparate questioni, quali, ad esempio, l'accreditamento e la remunerazione delle prestazioni, un piano nazionale della prevenzione, il sistema informativo, la mobilità interregionale, l'assistenza farmaceutica (artt. 7, 15, 17, 19 e 8). A grandi linee possiamo dire che la proposta di intesa predisposta per la ricordata seduta della Conferenza<sup>50</sup> reca svariati contenuti: a) attuativi esplicativi del *Patto*; b) nuovi e ulteriori rispetto al *Patto*<sup>51</sup>; c) attuativi di disposizioni patrizie già in essere<sup>52</sup> o legislative vigenti<sup>53</sup>. Rispetto al *Patto* lo schema di intesa predetta mostra una (talora minuziosa) attenzione ad evidenziare le puntuali obbligazioni che si assumono le regioni (e relative sanzioni: cfr. l'art. 20), mentre il *Patto* (salvo forse per la disciplina dei c.d. piani di rientro) si caratterizza più per le obbligazioni di cui si fa carico lo Stato, sia con riguardo alle risorse (nuove) messe a disposizione (n. 2) che per le iniziative legislative prefigurate; le regioni paiono farsi carico soltanto del generale (e generico) impegno di assicurare l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza (n. 1). Insomma siamo in presenza di qualcosa di più e (in parte) di diverso dalla "formalizzazione" del *Patto*.

28 novembre 2009

---

<sup>50</sup> Il punto dell'ordine del giorno non è stato trattato; il suo esame è stato rimandato ad una seduta straordinaria convocata il 27 novembre 2009 per il successivo 2 dicembre.

<sup>51</sup> E' il caso del c. 7 dell'art. 1 sull'utilizzo delle risorse vincolate agli specifici obiettivi di piano sanitario, di cui all'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662 che divengono non più "contabilmente vincolate, bensì programmabili"; dell'art. 6 sulla razionalizzazione della rete ospedaliera; art. 7: proroga al 31 dicembre 2010 del termine entro il quale le regioni devono concludere il processo per l'accreditamento definitivo delle strutture private operanti per conto del SSN.

<sup>52</sup> Art. 15: in attuazione dell'intesa Stato-regioni del 20 marzo 2008 relativa al piano nazionale della prevenzione si prevede un termine e le modalità di approvazione di quest'ultimo; art. 16: attuazione del punto 4.2 del patto per la salute del 5 ottobre 2006 sugli indirizzi per la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente, attuazione del punto 4.6 dello stesso patto definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera; attuazione dei punti 4.9 e 4.10, ecc.

<sup>53</sup> Si pensi alle ricordate iniziative per la razionalizzazione della rete ospedaliera e l'impiego del personale del SSR di cui agli artt. 6 e 12 in relazione al c. 1 *bis*, lett. *a* e *b* dell'art. 79 del decreto-legge n. 112 del 2008.