

## Un nuovo "Patto per la salute 2010-2012": cornice istituzionale

di VITA MARANGI

SOMMARIO: 1. Premessa; 2. I contenuti del Patto; 3. Conclusioni.

### 1. Premessa.

Da sempre uno degli aspetti più delicati dell'intera questione regionale è stato il problema del finanziamento. Fino agli inizi degli anni Novanta, infatti, nonostante i tentativi di riforma, il sistema tributario italiano è stato caratterizzato da un approccio centralistico nell'articolazione delle funzioni tributarie tra i diversi livelli di governo, giacché la quasi totalità delle entrate era assicurata dai trasferimenti dallo Stato, di cui circa tre quarti vincolati al finanziamento della sanità tramite il Fondo Sanitario Nazionale. Questa discrasia tra responsabilità nel reperimento dei mezzi finanziari affidata al livello centrale, e responsabilità delle decisioni di spesa rimessa al livello periferico è stato il principale punto debole del sistema finanziario e sanitario, in effetti ben presto divenne evidente la gravissima situazione di dissesto delle finanze pubbliche causata dall'atteggiamento completamente *deresponsabilizzato* proprio di quegli organi locali che sono naturalmente inclini ad incrementare le spese al fine di soddisfare il proprio elettorato <sup>1</sup>.

Ancora oggi ci si interroga su come porre rimedio al problema del corretto funzionamento dell'autogoverno regionale, la risposta più immediata e semplice che viene individuata da molti prende in considerazione l'idea di dotare le Regioni di autonomia finanziaria. La democrazia si realizza nella misura in cui vi è corrispondenza tra gli elettori e coloro che vengono poi eletti, tuttavia, affinché questo avvenga, è necessario che i cittadini siano in grado di valutare efficacemente l'attività posta in essere dai propri rappresentanti, il che è possibile soltanto se si ha una piena coscienza dei fini che ci si propone di raggiungere e del grado di conseguimento di tali obiettivi nonché dei costi sostenuti per raggiungerli. Da questo punto di vista, dunque, si comprende bene la necessità di una

---

<sup>1</sup> M. GORLANI, *L'autonomia finanziaria delle Regioni*, pubblicato sul sito internet di *Quaderni Costituzionali*.

corrispondenza tra la titolarità di alcune funzioni e l'attribuzione di un adeguato sistema di finanziamento che consenta alle Regioni di sostenere le spese che deriveranno dalla gestione di suddette competenze, infatti solo se il servizio è finanziato con i contributi dei soggetti ai quali esso è oggettivamente riferibile la collettività acquisisce la consapevolezza delle funzioni che esercita e dei sacrifici che queste comportano<sup>2</sup>. In questa prospettiva è la stessa dimensione economica del principio di sussidiarietà che considera come più efficiente ed efficace un sistema caratterizzato dalla vicinanza tra decisori pubblici e collettività territoriali sulle quali le politiche pubbliche intervengono. La riduzione del circuito democratico permette quindi ai cittadini di controllare le scelte allocative dei decisori pubblici con le conseguenti ricadute politiche su quest'ultimi.

L'applicazione di tale analisi al contesto italiano, tuttavia, implicherebbe il non tener conto di un dato fondamentale e cioè che, sotto molti punti di vista, le politiche di finanziamento della sanità, in virtù degli importantissimi principi che esse tutelano, devono essere attribuite preferibilmente allo Stato centrale, poiché gli obiettivi di redistribuzione, insiti in un sistema sanitario di tipo universalistico come il nostro, sono tanto più efficacemente raggiunti quanto più ampio è il territorio di riferimento. Ciò è tanto più vero se solo si pensa l'offerta di servizi sanitari è legata a due principi fondamentali e cioè l'equità di finanziamento e l'omogeneità di accesso per tutti i cittadini di uno stesso Paese, a prescindere dal proprio territorio di residenza.<sup>3</sup> Considerando le diseguaglianze economiche che esistono tra Regioni del nord e Regioni del sud, infatti, ci si rende conto che non sarebbe possibile garantire ovunque i livelli essenziali di assistenza se per il finanziamento della sanità ci fosse un legame diretto tra prelievo e spesa.

Nel nostro Paese, dunque, se da un lato sono le Regioni che gestiscono l'offerta dei servizi, dall'altro lato è il Governo centrale che finanzia il sistema; per superare le difficoltà insite in un gestione di siffatto tipo è fondamentale che le decisioni siano assunte attraverso un dibattito che coinvolga congiuntamente lo Stato centrale e gli organi di governo territoriali, tra queste forme di programmazione concertata una delle più importanti è la definizione del Patto per la salute.

---

<sup>2</sup> A. CATELARI, *L'ordinamento regionale*, in G. Santaniello (a cura di), "Trattato di diritto amministrativo", Padova, CEDAM, 2006, P. 264

<sup>3</sup> G. FRANCE, *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali – Quattro Paesi, quattro approcci*, Istituto di studi sulle Regioni "Massimo Severo Giannini", Milano, Giuffrè, 2001, p. 171

2. *I contenuti del Patto.*

Dopo quattro mesi di forti tensioni il 23 ottobre scorso Governo e Regioni hanno firmato il nuovo Patto per la salute 2010-2012, un importante accordo che, in vista del comune obiettivo di migliorare il servizio sanitario, impegna il Governo a incrementare il finanziamento per la sanità, mentre le Regioni ad attivare comportamenti virtuosi che assicurino *l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza*.<sup>4</sup>

L'intesa raggiunta, in particolare, rispetto alle iniziali proposte del Governo, prevede un incremento triennale degli investimenti nella sanità pari a *104.614 milioni di euro per l'anno 2010 ed a 106.934 milioni di euro per l'anno 2011, risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni di euro per l'anno 2010 e a 1.719 milioni di euro per l'anno 2011; per l'anno 2012, lo Stato si impegna ad assicurare risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello di finanziamento rispetto all' anno 2011 del 2,8%*.

Il patto, inoltre, ha previsto anche un impegno dello Stato a garantire ulteriori risorse per finanziare gli eventuali aumenti contrattuali superiori a quelli derivanti dal riconoscimento dell'indennità da vacanza contrattuale del personale dipendente e convenzionato del SSN, sottintendendo così la conclusione del secondo biennio contrattuale dei medici e dirigenti.

Risorse aggiuntive pari a 4,7 miliardi sono state stanziare per riattivare l'edilizia sanitaria nel triennio 2010-2012, ed è stato riconosciuto il rifinanziamento per il 2010 del Fondo per la non autosufficienza con una somma di 400 milioni e un incremento del Fondo sociale con 30 milioni, entro cui distinguere, per agevolare una migliore programmazione regionale, le risorse assegnate all'Inps da quelle di competenza delle Regioni .

Uno degli obiettivi più importanti che si intende perseguire con questo Patto è migliorare la qualità del servizio sanitario, pur senza dimenticare i vincoli di spesa. A tale scopo si è provveduto a rivisitare, potenziare e semplificare il meccanismo di "commissariamento" permettendo così ai governatori di scegliere, nel caso di disavanzo non coperto con uno scostamento inferiore al 5 per cento, se predisporre meccanismi automatici quali le addizionali Irap e Irpef e il blocco del turn-over

---

<sup>4</sup> All'Accordo sul Nuovo Patto per la salute vanno allineati i contenuti del Documento di "LINEE GUIDA delle Regioni per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012". Per un approfondimento dello stesso si rinvia a L. BUGLIARI ARMENIO - M.D. BELLENTANI *Nota su Documento Linee Guida delle Regioni per la definizione del nuovo Patto per la salute 2010-2012*, in questa Rivista, n. 11 /2009.

oppure l'utilizzo di risorse attinte dal proprio bilancio regionale. Se i deficit supereranno tale soglia scatteranno i piani di rientro che saranno preceduti da una valutazione preliminare da parte di una commissione tecnica di monitoraggio *a composizione paritetica, presieduta da un ulteriore componente scelto di comune accordo, e dalla Conferenza Stato-Regioni entro termini parentori*. In caso di esito negativo scatterebbe la procedura di commissariamento e l'assegnazione di tale ruolo e di pieni poteri per la redazione e attuazione del piano di rientro al Presidente della Regione.

### 3. Conclusioni.

La sanità è sempre stata e continua ad essere una questione centrale del dibattito politico e sociale poiché in essa convive il duplice obiettivo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni allocando efficacemente le scarse risorse a disposizione. Quello che ci si propone di conseguire è senz'altro un compromesso difficile. La spesa sanitaria pro capite non resta stabile negli anni bensì aumenta proporzionalmente al miglioramento delle condizioni di vita, all'invecchiamento della popolazione e all'evoluzione del progresso scientifico. Di fronte a questa situazione di "permanente" disavanzo quello che ci si domanda è innanzitutto a chi addebitarne la responsabilità, ovvero se al Governo che sottostima i bisogni di finanziamento del servizio o alle Regioni che gestiscono tali fondi. Quel che si può rilevare è che seppur occorra fare i conti con l'evidenza che la tutela del diritto alla salute debba essere necessariamente compatibile con risorse finite e predeterminate, probabilmente sarebbe meglio porre l'attenzione prima sui contenuti dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti parimenti su tutto il territorio nazionale e poi, sulla base di questi, decidere l'ammontare di risorse da destinare alle Regioni.