

determinazione dei costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario, appare di particolare interesse per l'oggetto della trattazione.

La legge n. 42, pertanto, detta numerosi principi tesi a responsabilizzare tutti gli attori istituzionali nell'esercizio del potere di spesa⁶⁴, fissando innanzi tutto taluni criteri generali per le politiche finanziarie quali (art. 17): il rispetto dei vincoli di bilancio imposti dai trattati internazionali e dagli obblighi comunitari, l'adozione di procedure di monitoraggio sull'efficienza delle prestazioni erogate e di strumenti idonei al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica, nonché di circuiti premiali/sanzionatori nei confronti delle amministrazioni locali per il rispetto degli obiettivi di bilancio. Il coordinamento fra livelli di governo deve estendersi anche ai costi delle prestazioni erogate, ai saldi di bilancio e all'armonizzazione della pressione fiscale complessiva, secondo modalità da determinarsi in sede di Conferenza Stato-Regioni mediante un apposito "patto di convergenza" (art. 18).

Ancora una volta, quindi, il legislatore prevede il superamento della finanza da trasferimento e del criterio della spesa storica, sulla falsariga di quanto già aveva tentato di realizzare il d.lgs. n. 56 del 2000. Così, a partire dal 2013, vengono soppressi i trasferimenti statali alle Regioni (nei modi definiti da un apposito d.p.c.m.), salva la copertura delle funzioni amministrative trasferite (art. 6 d.lgs. n. 68). Le nuove fonti d'entrata, pertanto, devono essere individuate in (art. 7 l. n. 42):

- a) i tributi regionali, distinguibili in:
 - tributi propri derivati, cioè istituiti e regolati dalla legge statale ma destinati nel gettito alle Regioni, il cui gettito va ripartito tra le Regioni in virtù del principio di territorialità, secondo criteri che sostanzialmente tengono conto del luogo ove si forma la base imponibile del tributo. Il d.lgs. n. 68 (art. 4) prevede che le Regioni, con alcuni limiti, possano ridurre le aliquote I.r.a.p. fino ad azzerarle (e stabilire deduzioni), salvi gli automatismi previsti per il rientro dal *deficit* sanitario;
 - addizionali a tributi statali. Nella prima fase di attuazione della riforma, nondimeno, al fine di garantire un'entrata pari ai trasferimenti soppressi, l'addizionale I.r.p.e.f. dovrà essere rideterminata (con d.p.c.m., sentita la

⁶⁴ Va precisato che nelle Regioni ad autonomia speciale e nelle Province autonome la legge delega si applica solo per aspetti limitati e di principio, in particolare per la perequazione e le norme di coordinamento della finanza pubblica, facendosi rinvio a successivi decreti di attuazione degli Statuti speciali per gli ulteriori profili (art. 27 l. n. 42).

Conferenza Stato-Regioni e previo parere delle Commissioni parlamentari), rimodulandosi anche le aliquote I.r.pe.f. di competenza statale, in modo da lasciare inalterata la pressione fiscale (art. 2 d.lgs. n. 68); le Regioni, sempre dal 2013, potranno poi aumentare e diminuire l'aliquota dell'addizionale entro tetti fissati (fino al 3% nel 2015, con alcuni limiti per il primo scaglione), stabilire aliquote differenziate in base al reddito (art. 5), disporre detrazioni e utilizzare tale strumento (o comunque altri) come mezzo di attuazione di politiche sociali, a carico del proprio bilancio e senza forme di compensazione (nel caso in cui la Regione sia impegnata nel piano di rientro sanitario, però, le detrazioni sono sospese)⁶⁵.

- tributi propri istituiti e disciplinati con legge regionale, nel rispetto del principio di progressività dell'imposizione e fermo restando il divieto di doppia imposizione. Più precisamente, a partire dal 2013 (artt. 6 e 25 d.gs. n. 68) saranno soppressi tutta una serie di tributi (come la compartecipazione all'accisa sulla benzina) e trasformati in tributi propri derivati regionali altri tributi (art. 7 d.lgs. n. 68), mentre le Regioni potranno istituire nuovi tributi.
- b) compartecipazione a tributi erariali, per cui è escluso ogni vincolo di destinazione. Il d.lgs. n. 68 (art. 3) prevede che alle Regioni spetti una compartecipazione all'I.v.a., a legislazione vigente per il 2011 e il 2012, successivamente fissata in misura pari al fabbisogno sanitario "in una sola Regione" e attribuita sulla base del luogo effettivo di consumo, in virtù del principio di territorialità;
- c) fondo perequativo;
- d) contributi speciali e finanziamenti U.E. (art. 16 l. n. 42). Tali interventi, costituendo applicazione del comma 5 dell'art. 119 Cost., non hanno a oggetto il finanziamento delle ordinarie funzioni regionali, bensì rivestono una funzione solidaristica ulteriore, tesa a garantire il sostegno a zone particolarmente disagiate sul piano economico e per determinate finalità (il che spiega, non a caso, il vincolo di destinazione previsto per tali risorse)⁶⁶.

⁶⁵ Dal 2012, inoltre, le Regioni potranno determinare, d'intesa con i Comuni, una compartecipazione degli stessi alla addizionale regionale dell'I.r.p.e.f., mentre saranno sospesi i trasferimenti regionali (art. 8).

⁶⁶ Sul punto vedi E. JORIO, *L'art. 119 della Costituzione e il finanziamento della salute*, cit., p. 79 e ss.

Ciò detto⁶⁷, nell'intervento di riforma appare centrale la *summa divisio* tra le funzioni che rientrano nei livelli essenziali delle prestazioni (cd. "L.e.p."), di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., e le funzioni non essenziali (art. 8 l. n. 42)⁶⁸.

Ai sensi del d.lgs. n. 68 i L.e.p. dovranno essere dapprima individuati in base alla legislazione vigente, mentre in futuro saranno determinati con d.p.c.m., previa intesa con la Conferenza unificata e il parere delle Commissioni parlamentari competenti (art. 9). Per tali funzioni, dunque, si garantisce il finanziamento integrale, attribuendo a tal fine il gettito dei tributi propri delle Regioni e parte della compartecipazione all'I.v.a. (art. 9 l. n. 42). Tale finanziamento per il primo anno resterà fondato sulla spesa storica, ma in quattro anni dovrà convergere sui costi *standard* (ancora con modalità da individuarsi con d.p.c.m., d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni). Si stabilisce l'abbandono, dunque, del criterio della spesa storica, a vantaggio di un costo *standard*, che rappresenta quell'ideale *quantum* necessario a garantire le prestazioni essenziali⁶⁹, in rapporto a un fabbisogno, anch'esso *standard*, determinato secondo peculiari indicatori⁷⁰; un prezzo ritenuto mediamente congruo⁷¹, in altri termini, sul quale dovranno parametrarsi le risorse da stanziare per il finanziamento dei L.e.p.⁷²; eventuali scostamenti, di conseguenza, dovrebbero essere coperti secondo le regole di finanziamento delle funzioni non essenziali. Proprio l'obbligo di un integrale finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni rende necessario un riequilibrio tra le varie Regioni, poiché il gettito dei tributi sopra indicati è assai diverso sul territorio nazionale; pertanto, quando tale gettito risulti insufficiente, scatta la possibilità di accedere alle quote del fondo perequativo (che dovrebbe operare, quindi, in maniera verticale, mediante trasferimento, senza vincolo di destinazione, da parte dello Stato⁷³). Ai sensi del d.lgs. n. 68 del 2011 (art. 11), tale fondo, che sarà istituito a partire dal

⁶⁷ Deve aggiungersi che, al fine d'incentivare l'attività di contrasto all'evasione fiscale, alle Regioni viene attribuito l'intero gettito derivante dall'attività di recupero fiscale nel proprio territorio, sui tributi propri derivati, nonché una quota (commisurata all'aliquota di compartecipazione) del gettito recuperato in riferimento all'I.v.a. (art. 7 bis d.lgs. n. 68).

⁶⁸ Su tale suddivisione vedi A. POGGI, *Costi standard e livelli essenziali delle prestazioni (Commento agli articoli 2,7,8,9,10 e 20)*, in I. NICOTRA, F. PIZZETTI, S. SCOZZESE (a cura di), *Il federalismo fiscale*, cit., p. 122 e ss.

⁶⁹ Cfr. E. JORIO, *Il federalismo fiscale verso i costi standard*, in *federalismi.it*, 2010, n. 12, p. 7 e ss.

⁷⁰ Su alcune metodologie per il calcolo dei costi *standard* vedi D. CROCE, R. GUERRA, *I costi standard in sanità*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2010, n. 4, p. 65 e ss.

⁷¹ Così E. JORIO, *Federalismo fiscale, sanità e sociale*, in *RAGIUSAN*, 2009, n. 299-300, p. 9.

⁷² Per una definizione di fabbisogni e costi *standard* vedi D. PENNETTA, *Il federalismo fiscale*, cit, p. 197 e ss.; G. BIZIOLI, *Il federalismo fiscale*, cit., p. 76 e ss.

⁷³ Cfr. E. JORIO, *L'art. 119 della Costituzione e il finanziamento della salute*, cit., p. 78.

2013, per i L.e.p. è alimentato dalla residua parte del gettito prodotto dalla compartecipazione all'I.v.a.⁷⁴.

Riguardo alle funzioni considerate non essenziali, invece, non è previsto il finanziamento integrale, risultando in tal modo il costo effettivamente sopportato dalle Regioni (strumenti compensativi saranno possibili solo nel caso di assoluta insostenibilità regionale⁷⁵). Le fonti di entrata, dunque, sono i tributi propri e le quote del fondo perequativo, mentre i trasferimenti statali sono sostituiti da un'aliquota media di riequilibrio dell'addizionale I.r.p.e.f., di cui una parte è deputata al finanziamento dello stesso fondo perequativo, la cui composizione, finalità e accesso sono però differenti rispetto alle funzioni essenziali (art. 9 l. n. 42). Per le spese in questione, infatti, la perequazione ha l'obiettivo solo di ridurre (e non abolire) la differenza di capacità fiscale presente sul territorio italiano; essa, quindi, svolge la funzione di riequilibrare (in modo peraltro non assoluto) le differenze di gettito fiscale tra Regioni, essendo ben ammissibile una differenziazione nell'offerta di prestazioni "non essenziali" in base alle risorse di ciascuna Regione. Ai sensi del d.lgs. n. 68, pertanto, il fondo sarà alimentato dalle Regioni con gettito per abitante dell'addizionale regionale I.r.p.e.f. superiore alla media nazionale e ripartito per le Regioni con capacità fiscale minore (al fine di ridurre almeno del 75% le differenze regionali), secondo assegnazioni annuali senza vincolo di destinazione (con modalità da individuarsi con d.p.c.m. di natura non regolamentare).

In conclusione⁷⁶, la legislazione sul federalismo fiscale presenta taluni elementi di continuità con quanto avviato a partire dal d.lgs. n. 56 del 2000. Riguardo alle fonti d'entrata delle Regioni la legge delega lasciava grande spazio ai decreti attuativi, non trovando, tuttavia, in questi ultimi un sempre soddisfacente grado di specificazione. Nel caso dell'esaminato d.lgs. n. 68 del 2011, infatti, pur fornendosi nuove indicazioni, vi sono numerosi rinvii a ulteriori provvedimenti, che dovranno precisare molti dei concreti elementi necessari a dare avvio al federalismo fiscale; solo successivamente a

⁷⁴ Il che rischia di comportare uno scarso interesse delle Regioni al recupero dell'I.v.a., poiché a un maggior gettito della stessa corrisponde un più ridotto accesso al fondo perequativo per i L.e.p. Sul punto vedi C. BURATTI, *Autonomia e centralismo. Un commento allo schema di d.lgs. in materia di autonomia delle Regioni a statuto ordinario e delle Province*, in *federalismi.it*, 2010, n. 13, p. 10.

⁷⁵ Con intesa da raggiungersi in sede di Conferenza Stato-Regioni.

⁷⁶ Norma di chiusura può rilevarsi, infine, nell'art. 39, commi 3 e 4, del d. lgs. n. 68, con cui si prevede l'istituzione di un tavolo di confronto che nel 2012 dovrà esaminare gli effetti degli interventi di finanza pubblica di cui alle manovre finanziarie, valutando la sostenibilità dei costi da parte delle Regioni, sino alla possibilità di prevedere una riduzione delle funzioni alle stesse attribuite.

essi, pertanto, sarà possibile valutare compiutamente l'effetto finanziario della riforma. In ogni caso, può sottolinearsi la precisazione dei tempi per il superamento della finanza derivata e del criterio della spesa storica, mentre riguardo alla “ concorrenza fiscale”, sebbene dovranno attendersi i citati d.p.c.m. di attuazione, essa appare abbastanza limitata, contenendo la normativa statale numerosi criteri restrittivi per l'autonomia regionale. Inoltre, il decreto sembra aver creato ulteriori complessità, ad esempio riguardo all'articolazione del fondo perequativo⁷⁷, che nel disegno costituzionale e nella delega appariva unico, mentre nel decreto diviene duplice⁷⁸.

5.2. Realizzazione del federalismo fiscale e finanziamento della salute

Come accennato, il d.l.gs. n. 68 del 2011, disciplina (artt. 25-30) anche la determinazione dei costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario, aspetto che maggiormente rileva ai fini della trattazione. Ivi, in via generale si stabilisce il principio del finanziamento integrale della spesa sanitaria (art. 25) e, con riguardo al fabbisogno sanitario nazionale, si prevede per il 2012 che avvenga a normativa vigente (art. 3), mentre dal 2013 sia indicato in coerenza con il quadro macroeconomico e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi a livello comunitario (art. 26), coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei L.e.a. (dunque in base ai macrolivelli di assistenza più volte ricordati). Per il 2011 e il 2012, quindi, il livello di finanziamento resta quello fissato dal Patto per la salute 2010.

Secondo il decreto, in sede di prima applicazione, invece, a decorrere dal 2013, i fabbisogni *standard* dovrebbero essere determinati in base ai parametri di alcune Regioni di riferimento (cd. Regioni *benchmark*): tali sarebbero le tre Regioni (tra cui obbligatoriamente la prima) scelte dalla Conferenza Stato-Regioni in una rosa di cinque

⁷⁷ Sul punto vedi E. JORIO, *L'attuazione del federalismo fiscale. Qualche incidente interpretativo e gli emendamenti della Conferenza unificata*, in *federalismi.it*, 2011, n. 1, p. 7; ID., *Un primo esame del d.l.gs. n. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale nonché sul finanziamento della sanità (... cinque dubbi d'incostituzionalità)*, in *federalismi.it*, 2011, n. 12, pp. 21-22.

⁷⁸ Anzi, il decreto n. 68 prevede anche due ulteriori fondi sub-statali da istituire nel bilancio delle Regioni (a partire dal 2017), recanti separatamente gli stanziamenti per i Comuni e per le Province volti a finanziare le funzioni fondamentali loro attribuite (le cui modalità di alimentazione saranno stabilite, previo accordo in Conferenza Stato-Città, con d.p.c.m., salvaguardando la neutralità finanziaria per il bilancio dello Stato); il che potrebbe pregiudicare la garanzia dell'omogeneità delle prestazioni, che solo la gestione di un unico fondo statale può garantire. In tal senso C. PINELLI, *I livelli essenziali delle prestazioni*, Relazione al 57° convegno di Studi Amministrativi – “Il federalismo fiscale alla prova dei decreti delegati”, Varenna, 22-24 settembre 2011, al sito www.astrid-online.it, p. 5 e ss.

migliori individuata dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per i rapporti con le Regioni, sulla base di criteri stabiliti con d.p.c.m., previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni "migliori" saranno individuate alla luce degli indicatori di cui alla Patto per la salute 2010, specie dei criteri di efficienza, efficacia e appropriatezza delle prestazioni e di rispetto dell'equilibrio economico; la scelta dovrà tenere conto, inoltre, di un criterio di rappresentatività geografica del territorio nazionale e considerare una Regione di piccole dimensioni. I criteri, tuttavia, non appaiono innovativi, ricalcando essenzialmente quanto già previsto dalla l. n. 662 del 1996 (in particolare l'età della popolazione)⁷⁹, salve le integrazioni di cui ai d.p.c.m. attuativi. Riguardo ai costi *standard*, invece, il valore degli stessi sarà dato dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle Regioni *benchmark*; cifra che dovrà poi applicarsi alla popolazione "pesata" regionale. Si ottiene, in tal modo, un valore percentuale di risorse che costituisce il fabbisogno regionale *standard*, da cui dovrebbero quantificarsi le risorse da assegnare alle Regioni per il finanziamento della sanità (art. 27). In realtà, non c'è nessuna garanzia che vi sia omogeneità tra la cifra così ottenuta e lo stanziamento nazionale determinato in base al quadro macroeconomico; pertanto, a seconda del costo *standard* prescelto si potrà avere una cifra maggiore, uguale o minore. Dunque, come mostrano numerosi studi, il costo *standard* appare più che altro una "costante moltiplicativa"⁸⁰, poiché, in virtù del complesso calcolo prima indicato, l'incidenza percentuale di ciascuna Regione sullo stanziamento sanitario resta invariata a prescindere dalla fissazione di un costo alto o basso. In altri termini, la scelta del *quantum* di risorse da stanziare resta una scelta politica e il riparto appare sempre governato dalla quota capitarla pesata, senza che il costo *standard* incida in tal senso, apparendo esso come un mero criterio proporzionale di riparto⁸¹.

A regime, i costi e i fabbisogni *standard* regionali saranno determinati annualmente, con atto del Ministro della salute adottato di concerto col Ministro dell'economia e delle finanze e previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni (e con il parere della struttura tecnica di supporto introdotta dal Patto per la salute 2010); per tale determinazione dovrà farsi riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo

⁷⁹ Cfr. N. DIRINDIN, *Fabbisogni e costi standard in sanità: limiti e meriti di una proposta conservativa*, in *Pol. san.*, 2010, 4, pp. 222-223.

⁸⁰ Così V. MAPELLI, *Se il costo standard diventa inutile*, in *La voce.info* (8 ottobre 2010).

⁸¹ Cfr. G. PISAURO, *Retorica e realtà nella determinazione dei fabbisogni standard*, in *nelMerito.com* (22 ottobre 2010).

sistema informativo sanitario del Ministero della salute. Va precisato (art. 27, comma 11), inoltre, che alle Regioni sarà concesso un tempo di cinque anni ai fini della convergenza sui valori percentuali definiti secondo le procedure esaminate, il che dovrebbe consentire un più facile adeguamento da parte delle Regioni economicamente più deboli⁸².

Come già osservato, pertanto, anche riguardo al settore sanitario, il d.lgs. n. 68 del 2011 lascia ampio spazio ai successivi provvedimenti attuativi, rendendo difficile una valutazione sui criteri per la determinazione dei costi e fabbisogni *standard* ivi contenuti, che anzi appaiono piuttosto generali, se non per alcuni aspetti della fase transitoria. Inoltre, lo stesso sistema indicato presenta non pochi dubbi, poiché le fonti di finanziamento dei costi *standard* (tributi propri + compartecipazioni + quota perequativa), se insufficienti, potrebbero essere integrate solo mediante la prevista fiscalità regionale aggiuntiva; cosa non realizzabile qualora la stessa dovesse soggiacere già ai tetti massimi fissati dal legislatore statale, con il rischio, pertanto, di una non omogenea garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni⁸³. Il che sembra rivelare una *ratio* della riforma federale del finanziamento della sanità ispirata più dalle esigenze di bilancio che dalle possibili conseguenze sul Servizio sanitario nazionale⁸⁴. Senza considerare che gli stessi criteri di determinazione dei costi *standard* non sono esenti da perplessità, a partire dall'equilibrio economico, che non necessariamente coincide con un livello ottimale di spesa⁸⁵. Inoltre, il sistema appare tuttora reggersi su di un criterio di riparto, restando centrale la già nota quota capitarla pesata⁸⁶; il finanziamento della sanità rimane, infatti, un dato esogeno, senza che i costi *standard* possano in tal senso realmente incidere. Tuttavia, come acutamente osservato⁸⁷, l'introduzione di tale meccanismo potrebbe essere alla base di futuri ridimensionamenti al *budget* per la spesa sanitaria, costituendo esso un riferimento cui rapportare il finanziamento integrale di detta spesa (art. 20, comma 2, d. lgs. n. 68 del 2011).

⁸² L'art. 28 del d.lgs. n. 68 prevede anche interventi specifici volti a rimuovere le carenze strutturali che in determinate aree del territorio nazionale possano incidere sui costi delle prestazioni.

⁸³ Così E. JORIO, *Un primo esame del d.lgs. n. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale nonché sul finanziamento della sanità (... cinque dubbi d'incostituzionalità)*, in *federalismi.it*, 2011, n. 12, p. 1 e ss.

⁸⁴ Cfr. N. DIRINDIN, *Federalismo fiscale e sanità: rischio o opportunità?*, in *RAGIUSAN*, 2010, n. 317-318, p. 86.

⁸⁵ Come nota V. MAPELLI, *Se il costo standard diventa inutile*, cit., infatti, "in via teorica, il requisito dell'equilibrio di bilancio si può riscontrare sia in Regioni con alti livelli di spesa sia in Regioni con bassi livelli di spesa (ed è quindi casuale)".

⁸⁶ Così N. DIRINDIN, *Fabbisogni e costi standard*, cit., p. 221 e ss.

⁸⁷ Così ancora N. DIRINDIN, *op. ult. cit.*, p. 223.

Da ultimo, va segnalata la recente entrata in vigore del d.lgs. n. 149 del 2011, ultimo dei decreti attuativi della l. n. 42, concernente gli strumenti sanzionatori e premiali nei confronti di Regioni ed enti locali. Ivi, s'introducono taluni meccanismi tesi a creare una maggiore responsabilizzazione e trasparenza del governo delle autonomie territoriali, che dovrebbero entrare in vigore a partire dal 2014⁸⁸. Tra questi spicca soprattutto il cd. "fallimento politico" del Presidente di Regione, che si verifica in caso di grave dissesto finanziario, con riferimento al disavanzo sanitario⁸⁹, per una Regione assoggettata a piano di rientro e commissariata; da tale dissesto, che è considerato grave violazione di legge, scaturisce l'attivazione automatica della procedura di cui all'art. 126, comma 1, Cost, recante la rimozione del Presidente e lo scioglimento del Consiglio⁹⁰, nonché rilevanti sanzioni consequenziali⁹¹. S'introduce, così, un forte deterrente per le amministrazioni regionali, sebbene la qualificazione del grave dissesto finanziario quale grave violazione di legge possa essere di per se una forzatura. Della reale efficacia di tali strumenti è presto per dirsi; certamente, essi mostrano l'intenzione del legislatore di accompagnare la riforma delle fonti di finanziamento della spesa regionale a strumenti tesi a sanzionare le amministrazioni inefficienti. Nondimeno, si tratta di misure assai incisive sull'autonomia regionale, che presentano non pochi dubbi, se non profili d'illegittimità costituzionale. Così, ad esempio, per l'interdizione decennale del Presidente della Giunta, che appare una sanzione fin troppo pregnante, maggiore rispetto anche a quanto previsto nel caso di

⁸⁸ Si stabilisce, pertanto, obbligatoriamente per le Regioni assoggettate a un piano di rientro della spesa sanitaria, la redazione, in prossimità delle elezioni, di un "inventario" di fine legislatura/mandato, consistente in una rendicontazione certificata e idonea a informare i cittadini sullo "stato di salute" degli enti locali coordinati, a partire dalla spesa sanitaria delle Regioni. Sull'utilità di tale strumento vedi E. JORIO, *Federalismo fiscale: la verità prima di tutto*, cit., p. 7 e ss.

⁸⁹ Più in particolare si fa riferimento a tre casi: mancato adempimento degli obblighi redazionali dei piani di rientro o a quelli previsti dal relativo piano operativo; mancato raggiungimento, oltre i limiti consentiti, degli obiettivi fissati nei piani; applicazione per oltre due anni dell'incremento dell'aliquota addizionale I.r.p.e.f.

⁹⁰ I provvedimenti in questione sono disposti con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e previo delibera del Consiglio dei ministri, nonché parere conforme della Commissione parlamentare per le questioni regionali, reso a maggioranza dei due terzi

⁹¹ Quali: l'interdizione del Presidente da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici per un periodo di tempo di dieci anni; la decurtazione del rimborso per le spese elettorali sostenute per la campagna per il rinnovo del Consiglio regionale spettante al partito politico, alla lista o alla coalizione di cui è espressione il Presidente rimosso; la decadenza automatica dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato competente, a cui pure si applica l'interdizione. Ulteriori sanzioni sono previste in caso di mancato rispetto del patto di stabilità interno, riassumibili in blocchi di spesa, obblighi di tagli e di versamenti. Strumenti premiali sono invece stabiliti per le amministrazioni che abbiano rispettato il patto di stabilità interno e fornito "buoni risultati" nella lotta all'evasione fiscale, che potranno, tra l'altro, ridurre l'obiettivo del patto e vedersi riconosciuta una quota pari al 50 per cento delle maggiori somme relative a tributi statali riscosse a titolo definitivo, a seguito dell'intervento della Regione che abbia contribuito all'accertamento stesso. Per taluni approfondimenti vedi E. JORIO, *Federalismo fiscale: lo schema di decreto delegato "sanzioni e premialità"*, in *federalismi.it*, 2010, n. 23, p. 1 e ss.

compimento di reati! Senza considerare l'ambiguità della rimozione di un Presidente della Giunta che, nel caso di specie, avrebbe operato quale commissario del Governo.

6. Attuazione del federalismo fiscale ed esigenze di bilancio

Il problematico avvio del federalismo fiscale, specie in ambito sanitario, sembra presentare ulteriori difficoltà in seguito alla difficile situazione dei conti pubblici italiani, la quale ha reso necessari recenti interventi correttivi della manovra di bilancio.

La cd. “manovra estiva”, di cui al d.l. n. 98 del 2011, convertito in l. n. 111 del 2011, ha inciso sui generali profili di contenimento della spesa delle Regioni e degli enti locali, intervenendo sul patto di stabilità interno e aumentando il concorso di detti soggetti agli obiettivi di finanza pubblica.

Riguardo alla sanità, in primo luogo, si prevede un incremento del finanziamento del servizio sanitario per il 2011, secondo le maggiori esigenze di spesa concordate dallo Stato e dalle Regioni in base al Patto per la salute 2010 e ai ricordati provvedimenti successivi; un incremento rispetto all'esercizio precedente è stabilito anche per gli anni 2013 e 2014, inferiore però alla legislazione vigente e, pertanto, recante riduzioni di spesa. Sono poi fissati ulteriori norme finalizzate alla riduzione della spesa sanitaria⁹², tra cui spicca la predisposizione di tetti per la spesa farmaceutica e per l'acquisto di dispositivi medici, nonché la reintroduzione del *ticket* di 10 euro per ricetta sull'assistenza ambulatoriale specialistica (sospeso dalla finanziaria per il 2007) e la conferma di un *ticket* di 25 euro sui “codici bianchi” di pronto soccorso⁹³.

⁹² Tra le varie misure va segnalato il differimento al 31 dicembre 2012 del ricordato termine finale di applicazione del divieto transitorio di intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie ed ospedaliere per le Regioni sottoposte ai piani di rientro e in cui, alla data del 1 gennaio 2011, operi il *commissario ad acta*; alle finalità del divieto, anzi, si aggiunge quella di consentire “l'espletamento delle funzioni istituzionali in situazioni di ripristinato equilibrio finanziario”. Inoltre, nelle more del perfezionamento della procedura concernente la determinazione dei costi *standard*, si stabilisce che l'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture fornisca alle Regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei beni, tra cui i dispositivi medici e i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Age.Na.S.; ciò, al fine di permettere alle Regioni di disporre di ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa. Infine, viene consentito, alle Regioni per le quali sia operativo, una limitata deroga al blocco automatico del *turn over* del personale del Servizio sanitario regionale, da disporre con decreto interministeriale su richiesta della Regione interessata, in ordine al conferimento di incarichi di dirigenti medici responsabili di struttura complessa, nel rispetto di determinate condizioni.

⁹³ Ulteriori forme di compartecipazione da parte degli assistiti alla spesa sanitaria saranno poi previste, con efficacia a partire dal 2014, da un apposito regolamento governativo, derogabile dalle Regioni solo prevedendo idonee misure alternative per assicurare l'equilibrio finanziario.

In secondo luogo, s'interviene poi anche sui piani di rientro, mediante la previsione di nuove forme di esercizio del potere sostitutivo statale, secondo una procedura che presenta numerosi dubbi di legittimità. Viene disposto, infatti, che, qualora l'attuazione dei piani di rientro o dei programmi operativi sia ostacolata da disposizioni legislative regionali, gli organi di attuazione ne facciano segnalazione al Consiglio regionale, che deve assumere le conseguenti determinazioni entro i successivi 60 giorni; scaduto tale termine provvede il Consiglio dei Ministri, nell'esercizio dei poteri sostitutivi di cui all'articolo 120 Cost., anche con misure normative. In tal modo, il Governo risulta titolare di nuovi poteri sostitutivi, di natura ben diversa da quelli previsti dalla disciplina del Commissario *ad acta*; l'adozione dei provvedimenti necessari, infatti, spetta al Consiglio dei ministri, che può adottare provvedimenti normativi in grado di derogare a norme regionali di rango legislativo. Tale potere governativo, che incide notevolmente sull'autonomia regionale, come accennato, presenta non pochi dubbi, poiché pare consentire al Consiglio dei ministri la deroga ad atti legislativi regionali con strumenti normativi non esattamente precisati⁹⁴, salvo voler considerare la norma come recante un'abilitazione all'uso del decreto legge (il che presenta comunque qualche perplessità⁹⁵). In ogni caso, non può non sottolinearsi come tale procedimento comporti una sorta di "capovolgimento" della gerarchia delle fonti, vincolando le norme di legge a conformarsi a provvedimenti di natura amministrativa, pena l'esercizio del potere sostitutivo governativo. Capovolgimento il quale, nondimeno, appare già in parte sancito dalla giurisprudenza costituzionale sui piani di rientro ricordata in precedenza.

Sugli aspetti indicati è intervenuto anche il d.l. n. 138 del 2011, convertito in l. n. 148 del 2011, recante la cd. "manovra di ferragosto", con cui si sono apportati ingenti interventi correttivi alle manovre finanziarie, al fine di rispettare i saldi di equilibrio economico, apparsi fortemente a rischio. Ciò che più rileva ai nostri fini è

⁹⁴ Tale norma appare una risposta alla pronuncia del T.A.R. Abruzzo, sez. I, 17 maggio 2011, con cui si sono precisati i limiti funzionali dei poteri del commissario *ad acta*. Ivi si è sottolineata l'esclusione, del conferimento di poteri estesi alla deroga di leggi regionali, risultando inibito al Governo, nella sua funzione surrogatoria, disporre modifiche della legislazione regionale preesistente mediante un semplice organo commissariale (da qui scaturiva l'annullamento delle delibere commissariali concernenti la chiusura di ospedali). D'altronde, anche la Corte costituzionale, con la sentenza n. 361 del 2010 ha escluso l'attribuzione in capo ai commissari di poteri di natura legislativa.

⁹⁵ Non sembra, infatti, che l'art. 120 Cost. possa consentire al legislatore ordinario la regolazione del procedimento per l'adozione di un atto avente forza di legge, la cui disciplina è interamente costituzionalizzata. Sul punto vedi A. D'ATENA, *Diritto regionale*, Torino, 2010, p. 318.

l'anticipazione al 2012 della possibilità per le Regioni d'intervenire sull'addizionale I.r.p.e.f., aumentando le aliquote all'interno dei tetti previsti dal d.lgs. n. 68 del 2011⁹⁶.

In conclusione, le due manovre estive non introducono particolari elementi innovativi sulla strada dell'attuazione del federalismo fiscale, salvo la ricordata anticipazione della manovrabilità dell'addizionale I.r.p.e.f. Ciò che sembra premere di più il legislatore, invece, sono le esigenze di riduzione del disavanzo sanitario regionale, realizzato mediante interventi a carattere "centralistico" concernenti i piani di rientro e la compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti.

7. Conclusioni: un futuro incerto

Alla luce delle riflessioni effettuate è possibile trarre due conclusioni fondamentali. Da un lato, infatti, il legislatore ha tentato sin dal d.lgs. n. 56 del 2000 di avviare un percorso federale concernente in particolare il finanziamento della sanità; dall'altro, dalla "costituzionalizzazione" del federalismo fiscale a oggi molti sono stati gli ostacoli alla realizzazione di tale percorso, in virtù delle difficoltà che l'ordinamento italiano si è trovato ad affrontare riguardo alle politiche di bilancio. Inoltre, se la legge n. 42 del 2009, pur contenendo molti rinvii alla decretazione attuativa, sembrava aprire a nuovi sviluppi, i provvedimenti finanziari che si sono succeduti in seguito al "Patto per la salute 2010" hanno mostrato una certa continuità con gli interventi normativi susseguitisi nel corso del passato decennio, fondati su una sorta di "negoziazione" riguardo al ripiano del *deficit* sanitario, i cui risultati appaiono, tra l'altro, assai poco consolanti. La stessa entrata in vigore del d.lgs. n. 68 del 2011 non sembra ancora risolutiva, introducendo un sistema per buona parte basato su criteri già noti (quale la "quota pesata") e non possono escludersi rallentamenti nella sua attuazione. In ciò, infatti, il passato appare un cattivo narratore, tenuto conto che già il d.lgs. n. 56 del 2000 voleva unire a una maggiore autonomia di entrata e spesa delle Regioni una più forte responsabilizzazione delle stesse in termini di gestione, ai fini di rispettare i vincoli di bilancio⁹⁷; e si è visto dove tutto ciò abbia portato.

⁹⁶ Sui possibili usi distortivi della leva fiscale per far fronte a esigenze di bilancio si è espressa la Corte dei conti nell'audizione innanzi alle Commissioni bilancio riunite di Camera e Senato del 30 agosto 2011.

⁹⁷ Così M. DE ANGELIS, *Devoluzione e federalismo fiscale in sanità*, in *Rass. Avv. Stato*, 2010, 1, p. 258.

In ogni caso, preme precisare come il periodo transitorio rivesta un'importanza decisiva, dovendo portare all'effettivo ripiano dei bilanci regionali, al fine di consentire un comune punto di partenza per tutte le Regioni nell'avvio del sistema a regime, da realizzarsi anche con interventi di perequazione straordinaria, mediante misure *una tantum*⁹⁸. In assenza di un debito storico regionale portato a zero, infatti, il federalismo fiscale non potrebbe avere esiti positivi, poiché l'uguale punto di partenza è alla base di ogni forma di concorrenzialità virtuosa anche per le più remote teorizzazioni delle economie di mercato⁹⁹.

* Il presente contributo è destinato alla pubblicazione nel volume che raccoglie gli atti del convegno "Il regionalismo italiano dall'unità alla Costituzione e alla sua riforma, Roma, 20-21-22 ottobre 2011".

⁹⁸ Sul punto si veda E. JORIO, *Il federalismo fiscale esige la riforma quater della sanità*, cit., p. 22.

⁹⁹ Così E. JORIO, *Federalismo fiscale, sanità e sociale*, cit., p. 11.