

NICOLA VICECONTE

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE TRA FEDERALISMO "PROMESSO" ED ESIGENZE DI
BILANCIO*

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Origini ed evoluzione del finanziamento del sistema sanitario nazionale: cenni ricostruttivi. – 3. Il federalismo fiscale "a Costituzione invariata" e il finanziamento della sanità. – 4. "Il bastone e la carota": finanza "premiata" e piani di rientro. – 5. Federalismo fiscale e sanità. – 5.1. La delega sul federalismo fiscale e la sua attuazione: ricostruzione. – 5.2. Realizzazione del federalismo fiscale e finanziamento della salute. – 6. Attuazione del federalismo fiscale ed esigenze di bilancio. – 7. Conclusioni: un futuro incerto.

1. *Premessa*

Il tema del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (S.s.n.) costituisce, senza fallo, un aspetto centrale delle problematiche connesse alle esigenze di tutela della salute. E' d'immediata evidenza, infatti, lo stretto legame tra l'effettività del diritto alla salute, costituzionalmente garantito dall'art. 32 Cost., e le risorse disponibili per la sua tutela. Per di più, considerato che la spesa sanitaria costituisce di gran lunga la più importante delle voci di spesa regionale, il problema del finanziamento del S.s.n. si lega alle esigenze di contenimento della spesa pubblica e alle istanze del federalismo fiscale. Non a caso, già con il d.lgs. n. 56 del 2000 si è tentato di avviare un "percorso federale" per il fisco italiano, anticipando quanto previsto dalla modifica del Titolo V, Parte II, della Costituzione, di cui alla l. cost. n. 3 del 2001, che ha riformulato l'art. 119 Cost. Tuttavia, come si vedrà, per oltre un decennio il federalismo fiscale è apparso solo una "promessa", con una sorta di "congelamento" delle riforme, legislativa e costituzionale. Nondimeno, l'approvazione della legge delega n. 42 del 2009, nonché del d.lgs. n. 68 del 2011, sembra fornire, seppur tra numerosi ostacoli, nuove prospettive.

2. Origine ed evoluzione del finanziamento del sistema sanitario nazionale: cenni ricostruttivi

La legge istitutiva del S.s.n. (l. n. 833 del 1978) ha rappresentato il primo tentativo di dare un'organica strutturazione al finanziamento della sanità. Le modalità di tale sistema, come immaginabile, s'ispiravano alla visione universalistica e ugualitaria della tutela della salute; infatti, lo stanziamento delle risorse per la spesa sanitaria era legato alle esigenze degli assistiti, prescindendo, almeno tendenzialmente, dal rapporto tra prestazione e contributo alla stessa inerente. L'attuazione delle politiche sanitarie, dunque, si fondava sulle scelte di politica economica statale, prevedendosi l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario in base agli stanziamenti erariali, gravanti sulla fiscalità generale¹. Le risorse per la sanità, quindi, erano quelle previste mediante un apposito strumento, il Fondo sanitario nazionale (F.s.n.), approvato ciascun anno con la manovra di bilancio, in cui confluivano le varie entrate tese a sostenere la spesa sanitaria². Al fine di determinare l'importo complessivo da stanziare si usavano criteri demografici, fondati sul numero e l'età della popolazione nazionale, in base ai quali veniva calcolata la cd. "quota capitaria", da cui si ricavava il fabbisogno di spesa di ciascuna Regione³.

Il finanziamento della sanità, pertanto, era retto dai principi della cd. finanza derivata e da trasferimento, con una forte centralizzazione a livello statale delle scelte di spesa, al fine di garantire uniformità ed effettività alla tutela del diritto alla salute. Tuttavia, tale sistema, sebbene retto da principi condivisibili, comportò uno scarso senso di responsabilità delle amministrazioni regionali e locali, tenuto conto della

¹ Per un *excursus* sull'originario impianto di finanziamento del S.s.n. si vedano, tra i tanti, A. BARETTONI ARLERI, *Finanziamento del servizio sanitario nazionale*, Milano, 1984; A. BARILETTI, *Problemi finanziari del servizio sanitario nazionale*, Milano, 1987; L. G. CRESPI, *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, Milano, 1992; AA. VV. (a cura di F. ROVERSI MONACO), *La nuova sanità*, Rimini, 1995.

² Più precisamente (art. 69 l. n. 833) si trattava sia delle imposte generali, sia dei contributi sanitari versati dai datori di lavoro, sia di ulteriori entrate.

³ Il Fondo si articolava in due segmenti: la parte corrente, comprensiva delle risorse necessarie al funzionamento ordinario del Servizio sanitario nazionale; la parte in conto capitale, in cui confluivano le risorse per gli investimenti durevoli; le risorse così determinate, quindi, venivano distribuite alle Regioni, le quali le attribuivano poi alle singole U.s.l. con la collaborazione dei Comuni. Per un approfondimento vedi E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano, 2006, p. 192 e ss.; P. LIBERATI, *Sanità e federalismo fiscale in Italia*, in G. FRANCE (a cura di) *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approcci*, Milano, 2001, p. 11 e ss.

sempre assicurata “copertura” dei *deficit* sanitari mediante la manovra finanziaria⁴. L’assegnazione delle risorse alle Regioni, infatti, avveniva sulla base della cd. “spesa storica”, cioè l’attribuzione di stanziamenti riferibili non tanto ai reali bisogni della comunità e alla domanda di salute, quanto alle esigenze di bilancio delle amministrazioni; il che certo non spingeva le Regioni a corrette valutazioni sulle modalità d’impiego delle risorse per la sanità.

Proprio da tali distorsioni, quindi, sorse quella generale esigenza di razionalizzazione della spesa sanitaria, manifestatasi soprattutto a partire dagli anni novanta, quando quest’ultima raggiunse livelli sempre meno sostenibili. Così, gli interventi di riordino del S.s.n. avvenuti con il d.lgs. n. 502 del 1992 (modificato dal d.lgs. n. 517 del 1993) e il d.lgs. n. 229 del 1999 (cd. riforme sanitarie *bis e ter*) tentarono di rimodulare le modalità del finanziamento della sanità, in particolare ridimensionando il ruolo del F.s.n. Le riforme in questione introducevano il concetto di “livelli essenziali e uniformi di assistenza” (L.e.a.), cioè il nucleo imprescindibile delle prestazioni che devono essere assicurate dal S.s.n.⁵, la cui individuazione doveva essere contestuale all’indicazione delle risorse stanziare per il finanziamento della sanità. Tale innovazione, come ovvio, aveva ripercussioni evidenti sulla tematica del finanziamento, che diveniva diverso a seconda che le risorse fossero stanziare per i L.e.a. o meno; nel primo caso, il *quantum* necessario era individuato sempre nel F.s.n., unito però ad altre risorse (quali le entrate delle singole A.s.l.⁶), nonché ai contributi sanitari “regionalizzati”⁷. Per le prestazioni extra-L.e.a., invece, le fonti necessarie all’erogazione delle stesse erano individuate essenzialmente nell’autofinanziamento regionale⁸. Le riforme, pertanto, cercavano di fare delle Regioni, in base

⁴ Sul punto vedi V. PEDERZOLI, *I nuovi criteri di finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2002, n. 6, pp. 735-736.

⁵ L.e.a. la cui determinazione è stata rimessa dal d. l. n. 347 del 2001 (convertito in l. n. 405 del 2001), a una fonte secondaria (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri), da concertarsi però in sede di Conferenza Stato-Regioni; determinazione avvenuta con il d.p.c.m. 29 novembre 2001, che ha suddiviso i livelli di assistenza in tre macroaree: assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera.

⁶ Sul punto cfr. G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Rimini, 2005, p. 203 e ss.

⁷ E, pertanto, sebbene incassati dallo Stato, distribuiti alle Regioni secondo il criterio della residenza dei soggetti corresponsori dei contributi stessi. Sul punto cfr. A. GALEAZZI, *L’evoluzione del finanziamento della sanità e l’introduzione dell’Irap*, in *Sanità pubbl.*, 2001, n. 2, pp. 200-201.

⁸ Con la possibilità o per le Regioni di istituire sia i cd. *tickets* sui farmaci e sulle prestazioni diagnostiche e specialistiche, sia variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali.

all'individuazione del proprio Fondo sanitario regionale, i soggetti adibiti al finanziamento delle Aziende sanitarie⁹.

Il sistema in questione è stato oggetto ben presto di nuovi interventi di modifica¹⁰, in particolare mediante l'introduzione, con il d.lgs. n. 446 del 1997, dell'Imposta regionale sulle attività produttive (I.r.a.p.) e dell'addizionale regionale I.r.p.e.f., con l'abolizione dei contributi sanitari (e di ulteriori imposte)¹¹. Inoltre, la l. n. 662 del 1996 ha tentato di superare il ricordato criterio della "spesa storica", individuando, ai fini di determinare il fabbisogno regionale, una "quota capitaria pesata", calcolata secondo criteri che avrebbero dovuto tener conto dell'effettivo bisogno di salute dei cittadini di ciascuna Regione, in base alle concrete esigenze della comunità regionale¹² (anticipando così, con risultati non del tutto soddisfacenti, il più moderno criterio di fabbisogno *standard*)¹³.

L'I.r.a.p., pertanto, diveniva la principale fonte di finanziamento del sistema sanitario, mentre al Fondo sanitario nazionale sarebbe spettato più che altro il compito di riequilibrare le differenze di gettito regionale¹⁴. Si tentava, in tal modo, di avviare un primo tentativo di percorso federalistico, sebbene assai debole, in virtù dell'importante ruolo che il F.s.n. continuava a svolgere, nonché della stessa destinazione del gettito I.r.a.p.¹⁵.

3. Il federalismo sanitario "a Costituzione invariata" e il finanziamento della sanità

⁹ Per le aziende ospedaliere e i presidi ospedalieri non costituiti in azienda, invece, le riforme sanitarie indicavano la strada per l'adozione di un sistema di remunerazione a tariffa per le prestazioni rese dagli stessi, il cd. D.r.g. (*Diagnosis related group*), anticipando in parte il concetto di costo *standard*; si tratta, infatti, di strumenti che tengono conto di un insieme di prestazioni fornite all'individuo per l'assistenza ospedaliera, non fondandosi dunque solo sui giorni di degenza, ma sul complessivo prodotto erogato dalle strutture ospedaliere. Sul punto vedi D. PENNETTA, *Il federalismo fiscale*, Padova, 2010, pp. 196-197.

¹⁰ Su cui vedi E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., pp. 196-197; F. COVINO, *La perequazione finanziaria nella Costituzione*, Napoli, 2008, p. 234.

¹¹ L'I.r.a.p. è imposta reale, con aliquota variabile dalle Regioni in aumento o in diminuzione fino all'1%, il cui gettito è interamente devoluto alle Regioni e per la quasi totalità (90%) va a finanziare la spesa sanitaria delle stesse. L'addizionale I.r.p.e.f. ha, invece, un'aliquota adattabile dalle Regioni, secondo tra tetti minimi e massimi che sono progressivamente variati nel corso degli anni.

¹² Sulle modalità di determinazione della quota "pesata" vedi F. TONIOLO, *Il riparto del fondo sanitario nazionale dalla riforma sanitaria del 1978 all'"Accordo di Fiuggi" del 2003*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2003, n. 11-12, p. 1207.

¹³ Sul fabbisogno sanitario e le modalità di finanziamento dopo le riforme degli anni novanta vedi V. PEDERZOLI, *I nuovi criteri di finanziamento*, cit., p. 736 e ss.; F. ROVERSI MONACO, *Commento all'art. 12*, in ID., *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, p. 402 e ss.

¹⁴ Su I.r.a.p. e finanziamento della sanità vedi A. GALEAZZI, *L'evoluzione del finanziamento della sanità*, cit., p. 204 e ss.

¹⁵ P. LIBERATI, *Sanità e federalismo fiscale in Italia*, cit., p. 16.

Come accennato, il d.lgs. n. 56 del 2000, attuativo della legge delega n. 133 del 1999, ha costituito il primo intervento organico di realizzazione di un sistema di fiscalità regionale, dando un'avanzata attuazione all'art. 119 Cost.; anzi, in esso possono leggersi i prodromi di quanto sarà poi stabilito dalla riforma del Titolo V, Parte II, della Costituzione¹⁶, proseguendo sulla strada del “federalismo a Costituzione invariata” già oggetto delle “cd. riforme Bassanini”.

Proprio al fine di creare quella maggiore “responsabilizzazione” delle Regioni nelle proprie politiche di spesa, pertanto, si è previsto l'abbandono del modello di finanza derivata e “da trasferimento”¹⁷. Venivano così aboliti i trasferimenti erariali (e in particolare quelli a favore del F.s.n.¹⁸), in luogo dei quali si stabilivano nuove fonti di finanziamento delle spese regionali. Cessavano, quindi, seppur con alcuni limiti, i vincoli di destinazione per le somme assegnate alle Regioni, entrando la spesa sanitaria in concorrenza con le altre spese regionali.

Dunque, le Regioni avrebbero dovuto trovare le risorse necessarie alle proprie politiche di spesa in tre strumenti principali, cioè: la compartecipazione al gettito dell'I.v.a.; l'addizionale regionale sull'I.r.p.e.f. (art. 3); la compartecipazione accresciuta all'accisa sulla benzina (art. 4). Con specifico riguardo alla sanità, inoltre, vi erano ulteriori entrate regionali, quali l'I.r.a.p. e i mezzi di autofinanziamento regionale¹⁹. Il venir meno dei trasferimenti statali, con il conseguente reperimento delle risorse mediante tributi e compartecipazioni, tuttavia, avrebbe sicuramente comportato numerosi squilibri territoriali, in virtù della diversa incidenza sul territorio nazionale delle indicate fonti di entrata. Pertanto, il decreto in questione introduceva un fondo perequativo nazionale, teso a ridurre del 90% le differenze inter-regionali, secondo rigorosi criteri socio-demografici (popolazione residente, capacità fiscale, fabbisogno,

¹⁶ Così F. COVINO, *La perequazione finanziaria*, cit., p. 235; F. JORIO, *Il fondo perequativo e i livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2004, n. 4, p. 392.

¹⁷ Sul sistema delineato dal d.lgs. n. 56 del 2000 si vedano, tra gli altri, E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 198 e ss.; P. LIBERATI, *Sanità e federalismo fiscale in Italia*, cit., p. 8 e ss.

¹⁸ Che permaneva solo per i livelli essenziali delle prestazioni delle Regioni Sardegna e Sicilia, per gli interventi previsti da accordi internazionali, per quelli di cui a normative speciali, per il funzionamento di determinati istituti del S.s.n. e per gli investimenti nella ricerca.

¹⁹ Per gli aspetti del d.lgs. n. 56 del 2000 relativi al finanziamento della sanità vedi N. GASPARRO, *Diritto sanitario*, Milano, 2010, p. 197 e ss.; V. PEDERZOLI, *I nuovi criteri di finanziamento*, cit., p. 738 e ss.

etc.)²⁰. In altri termini, scopo del d.lgs. n. 56 del 2000 era il superamento del finanziamento secondo il ricordato criterio della “spesa storica”, sebbene secondo una certa gradualità di attuazione, dovendo andare a regime solo nel 2013²¹.

Il sistema di cui al d.lgs. n. 56 del 2000²², dunque, indicava autonomia e responsabilità quali pilastri per la realizzazione di un maturo federalismo fiscale, costituendo indubbiamente un importante modello per le scelte successive²³. Tuttavia, esso ha subito profonde inattuazioni e numerose deroghe, le quali hanno immediatamente fatto apparire come una “promessa tradita” la realizzazione di un sistema fiscale regionalizzato²⁴. Già con il d.l. n. 347 del 2001 (che recepiva il “Patto di stabilità per la salute”, di cui all’Accordo Stato-Regioni dell’8 agosto 2001), infatti, sono stati reintrodotti gli stanziamenti statali per il triennio 2002-2004, consentendosi il ripiano di parte dei disavanzi di bilancio regionali mediante trasferimenti erariali. Il Fondo sanitario nazionale, pertanto, ha fatto celermente la sua ricomparsa, sebbene con una funzione diversa, avendo lo stesso carattere aggiuntivo rispetto alle risorse previste dal d.lgs. n. 56 del 2000 e finendo per assumere, impropriamente, i connotati del mai realizzato fondo perequativo²⁵. Ciò che caratterizzerà tale “seconda stagione” della finanza derivata, nondimeno, è la previsione del carattere “premiante” dei trasferimenti statali, accompagnando gli stessi a misure tese a rendere più “virtuose” le amministrazioni regionali; ciò, soprattutto al fine di dare effettività all’intervenuto “Patto di stabilità interno”, con cui si sono previsti strumenti e obiettivi per il contenimento della spesa pubblica, al cui rispetto Regioni ed enti locali sono vincolati²⁶.

²⁰ Nello specifico, tale funzione di riequilibrio spettava proprio alla compartecipazione all’I.v.a., di cui una quota avrebbe dovuto essere destinata a fini di solidarietà tra le Regioni, secondo criteri e modalità da attuarsi con provvedimenti successivi.

²¹ Per il 2001, infatti, si manteneva un finanziamento pari alla spesa storica, da ridursi progressivamente negli anni successivi.

²² Va precisato che il d.lgs. n. 56 introduceva anche strumenti tesi a garantire il controllo sulla spesa sanitaria regionale e di conseguenza una maggiore responsabilità delle Regioni nelle scelte politiche. Così, erano previste procedure di monitoraggio sulle prestazioni erogate dalle Regioni (art. 9), al fine di verificare l’effettiva soddisfazione dei livelli essenziali da parte delle Regioni, nonché la creazione di *deficit* non giustificati di bilancio, consentendosi l’adozione di misure punitive sino alla sospensione dei trasferimenti perequativi (sostituiti da trasferimenti erariali di garanzia, quindi vincolati e non gestibili autonomamente dalle Regioni). Sul monitoraggio cfr. M. G. LA FALCE, *Livelli essenziali di assistenza sanitaria: riflessioni sull’attività del tavolo di monitoraggio e verifica Stato-Regioni*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2003, n. 11-12, p. 1191 e ss.

²³ Sul ruolo di modello del decreto n. 56 vedi S. MANGIAMELI, *Il federalismo fiscale e l’evoluzione del regionalismo italiano*, in ID., *Lecture sul regionalismo italiano*, Torino, 2011, pp. 242-243.

²⁴ Sul “congelamento” del sistema previsto dal d.lgs. n. 56 del 2000 vedi F. COVINO, *La perequazione finanziaria*, cit., p. 233 e ss.; sul punto cfr. anche F. JORIO, *Il fondo perequativo*, cit., p. 398.

²⁵ Così E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 203.

²⁶ Tale accordo di natura pattizia tra Stato, Regioni ed enti locali (recepito dall’art. 28 della l. n. 448 del 1998) ha regolato le metodologie per la limitazione e il controllo dei disavanzi di detti enti, al fine di rispettare gli obblighi di cui al Patto di stabilità europeo sui disavanzi pubblici eccessivi del 1997. Tali vincoli, come si avrà modo di

4. “Il bastone e la carota”: finanza “premiata” e piani di rientro

Dunque, già nel 2001 ha trovato origine quella prassi di “negoziazione” tra Stato e Regioni riguardo allo stanziamento di risorse che sarà alla base del sistema dei “patti per la salute”. Un sistema che vede nella Conferenza Stato-Regioni l’organo deputato alla determinazione: da un lato, del complessivo finanziamento del Servizio sanitario nazionale; dall’altro, degli obblighi in capo alle Regioni con cui si bilancia il ripristino degli stanziamenti erariali²⁷. E’ apparso, pertanto, questo lo strumento utilizzato per orientare le scelte delle Regioni, titolari, in seguito alla revisione costituzionale, di ampi poteri legislativi e amministrativi in materia di “tutela della salute”. Il tutto con una certa disarmonia con l’art. 119 Cost., ma che, come si vedrà, ha trovato anche il *placet* della Corte costituzionale.

Tale “nuova stagione” del finanziamento della sanità, dopo il ricordato d.l. n. 347 del 2001, è proseguita con la l. n. 448 del 2001 (legge finanziaria per il 2002) e ancor di più la l. n. 289 del 2002 (finanziaria 2003²⁸). Pertanto, sono stati posti obblighi di carattere economico-organizzativo in capo alle Regioni²⁹, “bloccando” anche l’autonomia delle stesse nella fissazione delle aliquote dell’I.r.a.p. e dell’addizionale I.r.p.e.f. (come confermato anche dalla successiva l. n. 350 del 2003). Stanziamenti erariali da una parte, obblighi e limiti per l’autonomia regionale dall’altra, con una forte “centralizzazione” delle scelte sul finanziamento della sanità.

Questo nuovo sistema ha poi conosciuto un’ulteriore e fondamentale sviluppo con la legge finanziaria per il 2005 (l. n. 311 del 2004), con cui si sono introdotti i “cd. piani di rientro”. Con tali provvedimenti le Regioni concordavano con lo Stato l’assunzione di particolari obblighi tesi al ripiano del disavanzo di bilancio in sanità, adottando gli

osservare in seguito, avranno un ruolo cruciale nei successivi sviluppi della materia, condizionando sia le riforme strutturali, sia le scelte delle annuali leggi finanziarie. Sul patto di stabilità interno e sui suoi riflessi riguardo alla spesa sanitaria vedi E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 217 e ss.

²⁷ Sul sistema degli accordi nell’ambito della materia sanitaria vedi G. CARPANI, *Cogestire la sanità. Accordi e intese tra Governo e regioni nell’ultimo decennio*, relazione al Master in diritto sanitario dell’Università degli studi di Bologna “La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio”, Bologna, Spisa, 30 maggio 2011.

²⁸ Si ricordi, inoltre, che la l. n. 289 del 2002, all’art. 54 ha confermato la procedura di determinazione dei L.e.a. sopra esaminata, fornendo copertura legislativa al d.p.c.m. 29 novembre 2001.

²⁹ Così, sono stati previsti, tra i vari provvedimenti: l’attivazione di procedure di monitoraggio sulle prestazioni farmaceutiche e mediche; l’adozione di criteri e strumenti tesi a soddisfare un uso delle risorse conforme ai principi di efficienza ed economicità; l’introduzione di meccanismi sanzionatori, quali la decadenza dall’incarico, per i direttori generali delle Aziende sanitarie che non presentino equilibrio economico.

strumenti operativi idonei allo scopo³⁰. Come forte deterrente si è previsto, inoltre, nel caso di mancato rispetto del piano (o di sua non presentazione), la “pena” dell’automatica applicazione delle aliquote massime per l’I.r.a.p. e l’addizionale I.r.p.e.f.; a ciò si aggiungeva l’attivazione di procedure sanzionatorie statali, quali il commissariamento della Regione, con la nomina di un commissario *ad acta* (anche nella persona del Presidente della Giunta regionale) dotato di poteri straordinari³¹. Ancora una volta, come “contraltare” alla ridotta autonomia regionale, vi era la previsione di nuovi finanziamenti integrativi da parte del Fondo sanitario nazionale, secondo le modalità di accesso previste da una successiva intesa, siglata dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005 (cd. “Patto per la salute”)³², che ha anche specificato i contenuti della finanziaria 2005³³. Il modello di “finanziamento negoziato” è continuato anche con il “Patto della salute 2006”³⁴, stipulato sempre in sede di Conferenza il 28 settembre e recepito dalla finanziaria 2007 (l. n. 296 del 2006); con esso, anzi, si sono previste ulteriori norme restrittive per l’autonomia finanziaria regionale, quale in particolare l’applicazione oltre i limiti massimi delle aliquote I.r.a.p. e addizionale I.r.p.e.f. per le Regioni non rispettose degli obiettivi fissati nei piani di rientro³⁵.

³⁰ Sulle caratteristiche dei piani di rientro vedi M.G. LA FALCE, *L’attività di affiancamento delle Regioni in materia socio-sanitaria: i piani di rientro*, in E. BALBONI (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Napoli, 2008, p. 668 e ss.

³¹ Strumenti questi ribaditi e rafforzati anche dalla legge finanziaria per il 2006 (l. n. 266 del 2005, comma 277).

³² Sul “Patto per la salute 2005” vedi E. JORIO, L’art. 119 della Costituzione e il finanziamento della salute. Contraddizioni e limiti applicativi, in RAGIUSAN, 2008, n. 289-290, p. 87 e ss.; M.G. LA FALCE, *L’attività di affiancamento delle Regioni*, cit., p. 656 e ss.

³³ Sono stati indicati così numerosi adempimenti concernenti l’assetto organizzativo (ad esempio attribuendo a un Tavolo per la verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza la verifica e il monitoraggio degli stessi), nonché il miglioramento del sistema informativo e contabile; inoltre, sono state ribadite le condizioni, le forme e i tempi per l’accesso al finanziamento del S.s.n. e agli incrementi disposti dalla l. n. 311 del 2004, con particolare attenzione alla presentazione dei piani di rientro (obbligatoria per le Regioni con disavanzi superiori al 7%), nonché all’adozione degli specifici provvedimenti idonei al risanamento dei disavanzi delle aziende sanitarie (sempre pena la decadenza dall’incarico per i direttori generali “inefficienti”).

³⁴ Per un’analisi del sistema di “negoziazioni” Stato-Regioni dal 2001 sino al 2006 vedi B. VITIELLO, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, in *Ist. fed.*, 2006, n. 6, p. 955 e ss.

³⁵ Nel dettaglio, il Patto per il 2006 ha incrementato ulteriormente lo stanziamento statale per il finanziamento della spesa sanitaria (accresciuto poi dal d.l. n. 248 del 2007, convertito in l. n. 31 del 2008). Inoltre, hanno trovato conferma e specificazione le prescrizioni di cui all’Intesa del 2005 sui piani di rientro, prorogandosi i termini per la presentazione degli stessi, con la creazione di un fondo specifico per le Regioni necessitanti un intervento aggiuntivo per il ripiano dei disavanzi. E’ stata introdotta anche una procedura di monitoraggio dei Piani di rientro e dei L.e.a., tesa a razionalizzare l’erogazione delle prestazioni sanitarie afferenti agli stessi, cercandosi di rendere più efficiente la spesa e di eliminare metodologie e prestazioni obsolete. In più, sebbene con scarsi risultati, sono state previste alcune misure di supporto per le Regioni con piani di rientro, come l’istituto del cd. “affiancamento”, cioè la possibilità per le Regioni in questione di rivolgersi a un gruppo di lavoro formato dai rappresentanti dei Ministeri della salute e dell’economia, sulla cui attuazione vigila il Sistema nazionale di verifica e controllo dell’assistenza nazionale; discorso analogo può farsi per il cd. “tutoraggio”, ossia la facoltà per le Regioni con maggiore *deficit* di chiedere la

I successivi sviluppi³⁶, invece, hanno accresciuto la centralità degli aspetti “premiati” del sistema dei “patti per la salute”, dando accesso a forme ulteriori di finanziamento a quelle Regioni che abbiano applicato misure fiscali ulteriori a quelle già previste (d.l. n. 23 del 2007, convertito in l. n. 64 del 2007), consentendo, però, anche la stipula di un mutuo trentennale per l’estinzione del debito sanitario consolidato a tutto il 2005 (l. n. 244 del 2007, finanziaria per il 2008). Inoltre, nuove procedure sanzionatorie e sostitutive hanno accompagnato l’accesso a detto finanziamento³⁷.

Neppure la ricordata legge delega sul federalismo fiscale, di cui al paragrafo successivo, ha, di per sé, incrinato il modello costruito nel decennio passato. L’attuale assetto del sistema di finanziamento della sanità, infatti, si basa sulla fondamentale Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (che fa propri i contenuti dell’Accordo già sancito dal Governo e dalla conferenza dei Presidenti delle Regioni il 23 ottobre 2009³⁸), cd. “Patto per la salute 2010”³⁹, recante le misure per il triennio 2010-2012. Tale intesa è stata recepita dalla finanziaria per il 2010 (l. n. 191 del 2009), con alcune modifiche a opera del d.l. n. 78 del 2010 (conv. in l. n. 122 del 2010) e della legge di stabilità per il 2011 (l. n. 220 del 2010). Così, il finanziamento ordinario del S.s.n. è stato incrementato per il triennio 2010-2012, sempre con gli ormai noti strumenti di contenimento della spesa sanitaria⁴⁰, fissandosi, sulla base di quanto previsto dal d.p.c.m. 29 novembre 2001, i livelli percentuali di finanziamento dei L.e.a. e cioè: 5% per l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, 51% per l’assistenza

collaborazione a una “Regione *partner*”, scelta tra le più “virtuose” al fine di migliorare le proprie prestazioni in rapporto alla spesa sanitaria. Sul “Patto per la salute 2006” vedi E. JORIO, *L’art. 119 della Costituzione e il finanziamento della salute*, cit., p. 92 e ss.

³⁶ Per cui vedi E. JORIO, *I piani di rientro del debito sanitario e i rischi della legislazione dell’emergenza*, in *federalismi.it*, 2009, n. 13, p. 1 e ss.

³⁷ Così, il d.l. n. 159 del 2007 (conv. in l. n. 222 del 2007) ha introdotto l’istituto della diffida per le Regioni inadempienti ai piani di rientro, attribuendo al commissario la facoltà di proporre la sostituzione dei direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere (facoltà modificata in mera ipotesi di sospensione dal d.l. n. 154 del 2008, conv. in l. n. 189 del 2008). Lo stesso decreto ha previsto l’ipotesi di affiancamento ai commissari *ad acta* di uno o più sub-commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di coadiuvare il commissario nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico. Il d.l. n. 185 del 2008 (conv. in l. n. 2 del 2009) ha in parte “ammorbidito” la severità dei provvedimenti analizzati, stabilendo, a determinate condizioni, l’accesso al finanziamento premiale anche per le Regioni inadempienti ai vari obblighi sin qui ricordati.

³⁸ Cfr. G. CARPANI, *Il Patto per la salute 2010-2012; questioni “vecchie” e modalità “nuove” di governo condiviso e responsabile del servizio sanitario*, in *Amministrazione in cammino* (29 novembre 2009), al sito www.amministrazioneincammino.luiss.it.

³⁹ Per un approfondimento sul complesso delle misure previste dal Patto per la salute 2010 vedi R. GIORGETTI, *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*, Rimini, 2010, p. 306 e ss.; E. JORIO, *Un patto per la salute (e la finanziaria 2010) non propriamente compatibile con l’esordio del federalismo fiscale*, in *federalismi.it*, 2010, n. 1, p. 1 e ss.

⁴⁰ Quali le misure di riduzione del personale del S.s.n. e l’impegno regionale alla razionalizzazione della rete ospedaliera, da realizzarsi tramite il contenimento dei ricoveri (da rimodulare in base a criteri di appropriatezza più stringenti, in particolare mediante l’indicazione dei d.r.g. ad alto rischio d’inappropriatezza).

distrettuale, 44% per l'assistenza ospedaliera. Anche il sistema dei piani di rientro è stato corretto, rivedendo la procedura di presentazione degli stessi⁴¹, nonché prevedendo, per le Regioni che siano risultate inadempienti nel risanamento del *deficit*, maggiorazioni erariali fisse sull'addizionale I.r.p.e.f. (0,30%) e sull'I.r.a.p. (0,15%), oltre i massimi già indicati dalla legge statale⁴². Qualche dubbio presenta poi l'estensione del beneficio riguardo all'accensione dei mutui trentennali per il risanamento del debito sanitario; il rischio, infatti, è quello di compromettere le disponibilità finanziarie delle Regioni che dovessero utilizzare un tale strumento, la qual cosa renderebbe necessarie forme di perequazione finanziaria straordinaria, al fine di evitare che il pagamento dei ratei dei mutui possa ripercuotersi sulle risorse necessarie a coprire gli *standard* legati ai L.e.a.⁴³. Inoltre, la possibilità di utilizzare i fondi per le aree sottoutilizzate, di cui alla legge finanziaria 2003, a fini di risanamento delle passività pregresse delle Regioni con piani di rientro inadeguati appare in contrasto con l'art. 119, comma 5, Cost.; lo stanziamento di risorse aggiuntive per interventi speciali il ripianamento dei debiti pregressi, infatti, difficilmente appare riconducibile alla norma costituzionale⁴⁴.

L'evoluzione sin qui esaminata, a ben vedere, appare in buona parte "traditrice" dello spirito federalista di cui al d.lgs. n. 56 del 2000, e ancor di più del disposto dell'art. 119 Cost. Il sistema di finanziamento della sanità, infatti, è rimasto fortemente "centralizzato", secondo un modello che vede lo Stato concordare con le Regioni l'ammontare dei trasferimenti erariali, con l'impegno delle stesse a finanziarie con proprie risorse livelli di assistenza aggiuntivi o inefficienze di gestione⁴⁵.

Un ritorno alla finanza da trasferimento in sostanza, che ha frenato quasi del tutto ogni forma di autonomia in ambito fiscale, ponendo alle Regioni obblighi stringenti, che hanno sostanzialmente passato il vaglio anche della giurisprudenza costituzionale.

⁴¹ Essa avviene con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco e dell'Age.Na.S., valutato da una Struttura tecnica di monitoraggio (a composizione paritetica Stato-Regioni), prevista dall'Intesa del 3 dicembre 2009, e sottoposto al vaglio del Consiglio dei Ministri che, in caso di inadempienze e inadeguatezze dispone il commissariamento della Regione (e in questo caso si ha anche la decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle Aziende del Servizio sanitario regionale). Inoltre, viene ridotta al 5% la soglia di squilibrio economico delle Regioni che costituisce il presupposto per l'automatico obbligo di predisposizione del piano di rientro.

⁴² Nuovi obblighi per le Regioni "commissariate" scaturiscono poi dal d.l. n. 78 del 2010; oltre alla ricognizione definitiva dei debiti accertati e alla predisposizione di un piano che definisca modalità e tempi di pagamento degli stessi, infatti, si dispone il divieto d'intraprendere o proseguire, fino al 31 dicembre 2010 (termine prorogato al 31 dicembre 2011 dalla legge di stabilità 2011), azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni in oggetto.

⁴³ Così E. JORIO, *Un patto per la salute*, cit., p. 9.

⁴⁴ Cfr. ancora E. JORIO, *op. ult. cit.*, p. 9.

⁴⁵ Così N. GASPARRO, *Diritto sanitario*, cit., pp. 211-212 e ss.

Com'è noto, infatti, secondo la Corte la mancata adozione della legislazione di coordinamento di cui all'art. 119 Cost. ha reso impossibile una piena esplicazione dell'autonomia tributaria regionale⁴⁶; ne è conseguita, in tal modo, sia l'impossibilità per le Regioni d'intervenire sui tributi con gettito a destinazione regionale, ma istituiti e disciplinati dalla normativa statale (come l'I.r.a.p. e l'addizionale I.r.p.e.f.)⁴⁷, sia la capacità dei principi di coordinamento finanziario di dettare non solo le norme fondamentali che regolano la materia, ma anche i poteri puntuali necessari affinché le finalità di coordinamento possano essere concretamente realizzate (sent. n. 376 del 2003). Così, le ragioni di contenimento della spesa hanno consentito al legislatore statale d'imporre agli enti autonomi vincoli alle politiche di bilancio, come i limiti alla crescita della spesa corrente, purché gli stessi siano di natura complessiva, lasciando agli enti ampia libertà di allocazione delle risorse fra i diversi ambiti e obiettivi di spesa, senza incidere su singole voci della stessa⁴⁸. In tal modo, pertanto, è stato possibile ritenere legittime tanto la sospensione degli aumenti dell'addizionali Irpef e dell'Irap per Comuni e Regioni, quanto le maggiorazioni fisse delle aliquote per le Regioni che sforino i tetti di spesa⁴⁹.

Dunque, poiché l'esigenza di assicurare l'universalità e la completezza del sistema assistenziale si scontra con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che possono destinarsi al settore sanitario⁵⁰, l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa⁵¹. Spetta così al legislatore statale effettuare un bilanciamento tra l'esigenza di garantire egualmente a tutti i cittadini il diritto fondamentale alla salute e quella di rendere compatibile la spesa sanitaria con la limitatezza delle disponibilità finanziarie a essa destinate (sent. n. 149 del 2010). Ciò, come esaminato, si è realizzato sulla base di un sistema di accordi tra Stato e Regioni, la cui previsione o il cui recepimento in norme statali ne ha fatto riconoscere alla Corte il valore vincolante⁵²; di conseguenza risulta

⁴⁶ Per un esame della giurisprudenza costituzionale si veda A. BRANCASI, *La finanza regionale e locale nella giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Dir. pubbl.*, 2007, p. 857 e ss.; L. RONCHETTI, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, in *Costituzionalismo.it*, n. 1/2009.

⁴⁷ Tra le tante vedi le sentenze . nn. 296, 297 e 311 del 2003; 37 del 2004; 335, 397 e 455 del 2005; 2, 155, 412 e 413 del 2006; 216 del 2009; 123 e 255 del 2010.

⁴⁸ Così, tra le tante, vedi le sentenze nn. 36 e 417 del 2005; 169 del 2007.

⁴⁹ Si vedano, *ex plurimis*, le sentenze nn. 381 del 2004 e 98 del 2007.

⁵⁰ Così la sentenza n. 162 del 2007.

⁵¹ Vedi le sentenze nn. 98 e 193 del 2007.

⁵² Cfr. le sentenze nn. 40 e 100 del 2010.

legittima anche la possibilità di condizionare l'accesso allo speciale contributo finanziario dello Stato a particolari condizioni finalizzate a conseguire un migliore o più efficiente funzionamento del complessivo servizio sanitario, benché sia riservato alle Regioni un adeguato spazio di esercizio delle proprie competenze nella materia della tutela della salute⁵³. In tal modo, in conclusione, si è potuto passare da un sistema di "federalismo fiscale" delineato già dal d.lgs. n. 56 del 2000 e poi sancito dal testo costituzionale revisionato, a un sistema di finanza derivata "premiata" e "negoziata". Il sistema degli accordi, così, viene ad incidere, tramite la leva finanziaria, sulla "tutela della salute"⁵⁴, confermando la natura finalistica e trasversale del coordinamento finanziario⁵⁵, con conseguente "centralizzazione" delle scelte in materia di spesa⁵⁶. Il risultato, in definitiva, è stato quello di caratterizzare la normativa sui piani di rientro quale principi fondamentali di coordinamento finanziario, con l'ulteriore conseguenza di inibire alle Regioni la possibilità d'interventi legislativi che possano ostacolare l'attuazione dei piani (sentenze nn. 77 e 78 del 2011).

Tuttavia, non può dirsi che il modello delineato abbia trovato a livello regionale risposte sempre soddisfacenti, come confermato dai frequenti interventi straordinari con cui lo Stato ha ripianato i debiti regionali⁵⁷. Anche la Corte dei conti, d'altronde, soprattutto nella deliberazione n. 22/2009/G del 28 dicembre 2009 sui piani di rientro, nonché nella Relazione delle Sezioni riunite sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 2009 ha sottolineato le inefficienze di sistema⁵⁸: il giudizio sull'attuazione dei piani, infatti, è stato negativo e sono state sottolineate le inadempienze a contenere le spese entro i fondi stanziati anche da parte di amministrazioni regionali non soggette agli stessi (quali, ad esempio, l'Emilia-Romagna e il Veneto)⁵⁹. Un giudizio che è timidamente migliorato nel Rapporto sul

⁵³ Così la sentenza n. 98 del 2007.

⁵⁴ Sul ruolo degli accordi vedi A. CAVALLINI CADEDU, *Indicazioni giurisprudenziali per il coordinamento dinamico della finanza pubblica*, in *federalismi.it*, 2011, 1, p. 11 e ss.

⁵⁵ Sul punto vedi G. DI COSIMO, *C'erano una volta le materie residuali*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, al sito www.forumcostituzionale.it, p. 1 e ss.

⁵⁶ Cfr. A. BRANCASI, *La controversa, e soltanto parziale, continuità nella giurisprudenza costituzionale sul coordinamento finanziario*, nota a Corte cost. n. 169 del 2009, in *Giur. cost.*, 2009, p. 1648 e ss.

⁵⁷ Ancora N. GASPARRO, *op. ult. cit.*, p. 215 e ss.

⁵⁸ Su cui vedi E. JORIO, *La Corte dei conti boccia i piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in *federalismi.it*, 2010, n. 2, p. 1 e ss.

⁵⁹ Cfr. E. JORIO, *Federalismo fiscale: la verità prima di tutto e poi gli strumenti per il cambiamento*, in *federalismi.it*, 2010, n. 13, p. 1., nonché ID., *Il federalismo fiscale esige la riforma quater della sanità*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2010, n. 6, p. 24 e ss.

coordinamento della finanza pubblica 2011, sebbene permangano molti aspetti problematici.

Probabile che la scelta di attribuire ai Presidenti di Giunta regionale la carica di commissario *ad acta* abbia avuto un ruolo negli “ondivaghi” risultati prodotti dai piani di rientro⁶⁰, verificandosi spesso il paradosso di attribuire poteri straordinari allo stesso soggetto responsabile del *deficit* sanitario. Lo Stato, in tal modo, mostra sì la chiara preoccupazione per l’esigenza di ripianare il *deficit* di sistema ed evitarne di futuri, ma senza penalizzare eccessivamente le amministrazioni regionali uscenti⁶¹.

Il risultato, in conclusione, è quello di un sistema che riduce l’autonomia regionale, non attua l’art. 119 Cost., centralizza le politiche di spesa sanitarie, ma non sempre porta al superamento del dissesto nei bilanci regionali.

5. *Federalismo fiscale e sanità*

5.1. *La delega sul federalismo fiscale e la sua attuazione: ricostruzione*

Come più volte accennato, la legge n. 42 del 2009, cd. “delega sul federalismo fiscale”, ha costituito il primo passo verso una riforma del fisco territoriale, fornendo le indicazioni e i principi per l’attuazione del nuovo testo dell’art. 119 Cost.⁶². In attuazione di tale legge sono stati adottati già nove decreti legislativi, i quali, pur contenendo diversi rinvii ad atti successivi, dovrebbero consentire l’avvio del nuovo modello di fisco federale⁶³; in particolare il d.lgs. n. 68 del 2011, che disciplina l’autonomia d’entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché la

⁶⁰ Sulle perplessità che tale previsione suscita vedi R. BALDUZZI, F. MOIRANO, *Il Patto per la salute e il ruolo dell’Agenas*, in *Monitor*, n. 2010, n. 25, p. 5.; sulla stessa linea G. CARPANI, *Il Patto per la salute 2010-2012*, cit.

⁶¹ Vedi sempre E. JORIO, *Federalismo fiscale*, cit., p. 7.

⁶² Assai vasta la letteratura sulla delega in materia di federalismo fiscale. Tra i tanti, si ricordano G. BIZIOLI, *Il federalismo fiscale*, Soveria Mannelli, 2010; A. FERRARA, G.M. SALERNO (a cura di), *Il federalismo fiscale: commento alla legge n. 42 del 2009*, Napoli, 2010; E. JORIO, S. GAMBINO, G. D’IGNAZIO, *Il federalismo fiscale*, Rimini, 2009; I. NICOTRA, F. PIZZETTI, S. SCOZZESE (a cura di), *Il federalismo fiscale*, Roma, 2009.

⁶³ Sono entrati in vigore il d.lgs. n. 85 del 2010 sul cd. “federalismo demaniale”, i nn. 156 del 2010 e 61 del 2012 sull’ordinamento di Roma capitale, il d.lgs. n. 216 del 2010 relativo ai fabbisogni *standard* di Comuni e Province, il d.lgs. n. 23 del 2011 in materia di fisco municipale, il d.lgs. n. 68 del 2011 sul cd. “federalismo regionale” e la determinazione dei costi *standard* in sanità, il d.lgs. n. 88 del 2011 sulla perequazione infrastrutturale, il d.lgs. n. 118 del 2011 recante disposizioni per l’armonizzazione dei sistemi contabili e, infine, il d.lgs. n. 149 del 2011 sui meccanismi sanzionatori e premiali relativi a Regioni ed enti locali.

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
“Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma”,
a cura di S. Mangiameli,
Atti delle giornate di studio, Roma, 20-21-22 ottobre 2011,
Vol. II, Milano, Giuffrè.

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.