

IL FEDERALISMO SANITARIO

INDICE

Capitolo I

1.1 Introduzione

Capitolo II

I primi passi della devoluzione: la legislazione “Bassanini”

2. 1 I caratteri generali

2. 2 Il raccordo con la revisione del Titolo V

Capitolo III

Federalismo e sanità

3. 1. Premessa

3. 2. Il finanziamento della sanità nel d. lgs. 56/00

3. 2. 1. L’assetto attuale

3. 2. 2. Il quadro evolutivo del finanziamento della sanità: i primi anni ’80 e l’istituzione del S.s.n.

3. 2. 3. I decreti del riordino del 1992, l’introduzione dell’Irap e la riforma del 1999.

Capitolo IV

Il finanziamento del sistema sanitario

4. 1. Il monitoraggio dell’attività sanitaria

4. 2. Il potere di intervento dello Stato nei sistemi sanitari regionali e l’invasività delle sfere di competenza delle autonomie

4. 3 La giurisprudenza costituzionale

4. 4. La perequazione delle risorse

4. 5. Conclusioni

CAPITOLO I

1.1. Introduzione

Con la riforma del Titolo V della parte II della Costituzione (artt. 114 e seguenti) anche l'Italia si avvia ad un assetto di tipo federale, implementando le competenze regionali e limitando quelle statali.

Per quanto quello italiano non sia ancora un vero e proprio federalismo, soprattutto per l'assenza di una Assemblea parlamentare di rappresentanza delle autonomie (sullo stampo tedesco o statunitense), oggi Regioni, Province e Comuni divengono già il "motore" dello ordinamento, in quanto assegnatarie in via primaria delle competenze legislative ed amministrative. Nel primo ambito, si è capovolto il riparto delle tradizionali attribuzioni, assegnando residualmente alle Regioni ogni materia non espressamente riservata allo Stato (art. 117 Cost.). Nel secondo, si è costituzionalizzato il principio di sussidiarietà, al fine di privilegiare la prossimità territoriale dell'azione amministrativa con i cittadini-destinatari, avvalendosi anche del supporto delle autonomie funzionali e sociali (art. 118 Cost.).

Nel presente lavoro si vuole prendere in esame la riforma costituzionale al fine di delineare quali potranno essere i nuovi assetti competenziali in materia di protezione della salute.

Le nuove disposizioni costituzionali forniscono un quadro ancora nebuloso. A livello legislativo, da un lato, si include la "tutela della salute" fra le materie di competenza concorrente Stato - Regioni (art. 117, terzo comma), ma, dall'altro, si assegna alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117 Cost., secondo comma, lett. m). A livello amministrativo, si attribuiscono genericamente tutte le funzioni ai Comuni, ma si ammette contestualmente la possibilità che le stesse, al fine di assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.

CAPITOLO II

I PRIMI PASSI DELLA DEVOLUZIONE: LA LEGISLAZIONE “BASSANINI”

2.1 I Caratteri generali

Il ciclo di legislazione usualmente citato con il nome del ministro della funzione pubblica proponente, avviato dalla legge n. 59 del 15 marzo 1997, ha formato oggetto di approfondite analisi da parte della dottrina pubblicistica sotto molteplici profili: il suo impatto sul sistema delle fonti¹, la sua incidenza sull'organizzazione e sull'azione amministrativa², i suoi effetti in termini di riordino di vasti settori di disciplina amministrativa - quali, esemplificativamente, commercio³, agricoltura⁴, energia⁵, trasporti⁶ – sono stati approfonditamente studiati⁷.

Il suo rapporto con il regionalismo in una stagione particolarissima della vita costituzionale italiana, caratterizzata da tentativi reiterati di modificazione del Titolo V della Parte II della Carta costituzionale ed, alla fine, dal successo dell'operazione di revisione, è pure stato ampiamente commentato lungo tutto il percorso, con particolare riguardo alla disamina dei singoli decreti legislativi, oltre che del loro peso cumulativo⁸.

Ad avvenuto completamento della revisione, tuttavia, una rilettura retrospettiva del modello organizzativo complessivamente perseguito dalle riforme c.d. Bassanini può essere certamente utile ad evidenziare elementi di continuità e discontinuità con la nuova disciplina costituzionale ed a consentire una lettura storico-sistematica di quest'ultima, ammesso che l'interpretazione della fonte costituzionale possa piegarsi alla considerazione del percorso evolutivo di disposizioni di rango ordinario.

Il regime di ripartizione delle competenze messo in atto nel periodo antecedente la revisione costituzionale operata dalla l. cost. 3/2001 (15 marzo 1997 – 8 novembre 2001),

¹ Cfr., ad es., F. SORRENTINO, *Legalità e delegificazione*, in *Dir. amm.*, 1999, 359 ss

² V. ad es., F. CARINGELLA, *Il nuovo volto della pubblica amministrazione tra federalismo e semplificazione: commento organico alle leggi Bassanini 15-3-1997, n. 59 e 15-5-1997, n. 127, ai decreti delegati attuativi ed alle circolari interpretative*, Napoli, 1997.

³ D.lgs. 114/1998.

⁴ D.lgs. 143/1997.

⁶ D.lgs. 422/1997.

⁷ Tra gli altri cfr. L. SAPORITO, *L'ordinamento giuridico regionale dopo la legislazione Bassanini*, in *Cons. Stato*, 1999, I II ss. e R. GARDINO Cfr., fra gli altri, CARLI, *Stato e regioni nel processo di attuazione della legge n. 59/1997: cronache di un decentramento ancora in gran parte virtuale*, in *Quad. reg.*, 1998, 83

⁸ Ad es. G. FALCON (cur.), *Lo Stato autonomista. Funzioni statali, regionali e locali nel d.lgs. n. 112 del 1988 di attuazione della legge Bassanini n. 59 del 1997*. Bologna, 1998. Per un organico commento del d.lgs. 112/1998 si veda altresì G.D. FALCON, *Commentario al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*, in *Le Regioni*, 3-4, 1998, interamente dedicati all'argomento.

comunque definito ("federalismo amministrativo"⁹, "federalismo a costituzione invariata"¹⁰, "federalismo soft"¹¹, "regionalismo avanzato", "neoregionalismo"¹²) introduceva mediante legislazione ordinaria principi organizzativi che, avvalendosi di ampi margini di discrezionalità concessi dal quadro costituzionale ed anzi non marginalmente forzandolo in attesa di copertura, in complesso seguiva un percorso non globale, non organico, forse frammentario, specie se si guarda al rapporto tra le norme delegate di settore¹³ e quelle trasversali, come d.lgs. 112/1998, t.u. 267/2000, d.lgs. 469/1997, d.lgs. 80/1998 e d.lgs. 300/1998, ma meno accidentato e più rapido della revisione costituzionale, che peraltro procedeva in parallelo.

D'altronde se già nel 1978 M.S. Giannini leggeva l'insieme delle discipline contenute nella legge di delegazione 382/1975 e nei decreti delegati 616, 617 e 618/1977 come norme di interpretazione integrativa della Costituzione¹⁴, difficilmente si potrebbe sfuggire, nel contesto degli anni 1997/2001 ad un giudizio di integrazione quanto meno manipolativa del quadro costituzionale.

Il disegno di fondo perseguito, forse inizialmente inconsapevole e ricostruibile solo a posteriori, conteneva in effetti vari elementi di significativo scostamento dall'impianto costituzionale preposto al raccordo tra centro, apparato regionale e sistema delle autonomie locali. Senza pretesa di esaustività, si tenta qui di seguito di elencare alcuni tra i principali di essi.

a) Anzitutto, appare evidente, tanto nel d.lgs. 112 quanto nei decreti settoriali, il proposito di mantenere allo Stato esclusivamente funzioni e compiti concernenti attività elencate, ricorrendo ad uno dei criteri di riparto delle attribuzioni più classico del federalismo¹⁵: la tecnica era stata in qualche modo anticipata dal d.P.R. 616/1977, ma in quella sede,

⁹ Cfr., fra gli altri, P. CIARLO, *Federalismo amministrativo e regioni speciali*, in *Quad. cost.*, 2000, 129 ss., A. POGGI, *La sussidiarietà nelle riforme amministrative: dal d.lgs. n. 112 del 1998 al T.U. sulle autonomie locali*, in *Quad. reg.*, 2001, 550 ss. Parla di "riforma delle istituzioni attraverso l'amministrazione" A. PAJNO, *L'attuazione del federalismo amministrativo*, in *Le Regioni*, 2001, 667. In senso critico, invece, M. STIPO, *In cammino verso la seconda Repubblica: il nodo del nuovo modello di autonomia regionale*, in M. STIPO (cur.), *Commentario al d.lgs. n. 112/1998: il nuovo modello di autonomia territoriale*, Rimini, 1998, 33.

¹⁰ Cfr. A. ANZON, *I poteri delle regioni dopo la riforma del Titolo V*, Torino, 2002, 130-131.

¹¹ Cfr. M. STIPO *In cammino verso la seconda Repubblica*, cit., 29.

¹² Cfr. A. RUGGERI, in più scritti e, tra questi, da ultimo in *Neoregionalismo, dinamiche della normazione, diritti fondamentali*, Relazione al Convegno su *Regionalismo differenziato: il caso italiano e spagnolo*, Messina, 18-19 ottobre 2002, ora in *"Itinerari" di una ricerca sul sistema delle fonti VI, 2, Scritti dell'anno 2002*, Torino, 2003, 307 ss.

¹³ V. *supra*, n. 3-6; cfr. inoltre, ad es. il d.lgs. 32/1998 sui carburanti e il d.lgs. 426/1997 sulla cinematografia d. in dottrina A. GARDINO CARLI, *Stato e regioni nel processo di attuazione della legge n. 59/1997*, cit. 91 ss.

¹⁴ *Del lavare la testa all'asino* in A. BARBERA, F. BASSANINI (cur.), *I nuovi poteri delle regioni e degli enti locali*, Bologna, 1978, 10.

¹⁵ Cfr., all'interno di una letteratura sterminata, M. VOLPI *Stato federale e Stato regionale: due modelli a confronto*, in *Quad. cost.*, 1995, 380-381, A. ANZON, *I poteri delle regioni*, cit., 14/16 e M. CROISAT, *Le federalisme dans les democraties contemporaines*, Paris, 1992, 38.

muovendo da esigenze di globale riassetto di quanto disposto in sede di primo trasferimento, si enunciava con definizioni organiche l'ambito trasferito alle Regioni e poi si eccettuavano funzioni specifiche ritagliate, rovesciando l'approccio del 1972. In questa stagione, presupposti ormai gli ambiti contenutistici, l'enumerazione delle competenze amministrative trattenute al livello statale diventa invece il pilastro del sistema di riparto tra Stato e Regioni, con la conseguenza della residualità a favore delle seconde¹⁶. Benché la tecnica di riparto non fosse disciplinata dal vecchio testo dell'art. 118, e dunque la metodologia utilizzata dal d.lgs. 112 non fosse preclusa, il rapporto enumerazione/residualità si colloca all'opposto dello spettro di alternative allocative rispetto a quello utilizzato dal costituente nell'art. 117.

b) Nella perimetrazione dei settori di materia non conservati allo Stato e, perciò, collocati fuori elencazione, viene varata una nuova terminologia ai limiti del dato costituzionale: il conferimento si presenta come insieme di delega e trasferimento¹⁷ e soprattutto la disciplina delle due fattispecie risulta ormai indifferenziata, al di là di quanto disposto nella giurisprudenza costituzionale¹⁸, ed in probabile forzatura del tenore dei primi due commi dell'art. 118.

c) Molto spesso il conferimento di funzioni ha luogo a favore di Regioni ed enti locali equiordinati¹⁹, sottoponendo così a forte tensione la scelta costituzionale di considerare le Regioni titolari di garanzie espressamente formulate, gli enti locali soltanto di autonomia affermata come valore e principio e coniugata con un regime di salvaguardia/rigidità strutturale in termini di territorio e composizione demografica (art. 133 Cost.), ma per il resto decostituzionalizzato (artt. 114, 128, VIII e IX disp. trans. e finale). Il ruolo

¹⁶ Nel d.lgs. 112, il divieto di interpretazione in senso estensivo delle competenze statali figura nell'art. 1, c. 4, mentre l'enumerazione delle competenze statali appare negli artt.: 13 (artigianato), 18 (industria), 29 (energia), 33 (miniere e risorse geotermiche), 38 (ordinamento delle Camere di commercio), 40 (fiere e mercati), 54 (territorio), 59 (edilizia residenziale pubblica), 69 (tutela dell'ambiente, flora e fauna), 80 (inquinamento delle acque), 83 (tutela della qualità dell'aria), 88 (corpi idrici), 93 (opere pubbliche), 95 (interventi di interesse nazionale in aree urbane e metropolitane); 98 (viabilità), 107 (protezione civile), 115 (salute), 117 (interventi d'urgenza a tutela della salute), 118 (informazione sanitaria), 119 (autorizzazioni sanitarie), 120 (prestazioni e tariffe), 121 (vigilanza su enti in materia sanitaria), 122 (vigilanza sui fondi integrativi), 123 (contenzioso sanitario, previdenziale), 124 (professioni sanitarie), 125 (ricerca scientifica), 126 (profilassi internazionale), 129 (servizi sociali), 137 (istruzione), 142 (formazione professionale), 149 (tutela dei beni culturali), 159 e 160 (polizia amministrativa).

¹⁷ Come ad es. negli artt. 48 (nonna di chiusura del titolo II), 109, c. 1 (protezione civile), 143 (formazione professionale), in cui il conferimento sembra riassumere entrambe le due categorie. In altri casi il termine è utilizzato per descrivere prevalentemente o esclusivamente deleghe (come negli artt. 19 (industria), 34 (permessi di ricerca mineraria), 94, c. 1 (progettazione, esecuzione e manutenzione straordinaria di opere non mantenute allo Stato), 138 (istruzione scolastica) ovvero trasferimenti (come negli artt. 41 (fiere e mercati), 45 (turismo), 99 (programmazione e coordinamento della rete viaria), 72 (rischio di incidente rilevante), 73 (attribuzioni derivanti dalla soppressione del programma triennale dell'ambiente), 101 (strade), 114 (salute), 132, c. 2 (coordinamento dei soggetti privati nei servizi sociali), 162 (autorizzazione all'espletamento di gare con autoveicoli).

¹⁸ Cfr. Corte cost., sent. 359/1985, in Giur. cost., 1985, 2522 ss., sent. 559/1988, in Giur. cost., 1988, 2602 ss. e T. MARTINES, A. RUGGERI *Lineamenti di diritto regionale*, Milano, 2000, 297-299.

¹⁹ Come negli artt. 41 (fiere e mercati), 56 (territorio, ambiente e infrastrutture), 60 (edilizia residenziale pubblica), 70 (funzioni ambientali generali e protezione di fauna e flora), 78 (aree naturali protette), 81 (inquinamento delle acque), 84 (qualità dell'aria), 86 (gestione del demanio idrico), 89 (demanio idrico), 94 (opere pubbliche), 99 (viabilità), 105 (trasporti), 108 (protezione civile), 131 (servizi sociali), 161 (polizia amministrativa). In dottrina, si vedano G. PASTORI, *Il conferimento delle funzioni amministrative fra Regioni ed enti locali*, in *Le Regioni*, 1999, 1003, A. BALDASSARRE *La riforma del governo locale in Italia*, *ibidem* 1997, 1067 ss. e C. DI MARCO, *I rapporti Stato-Regioni-Enti locali nel sistema dell'amministrazione pattizia*, *ibidem*, 1999, 471 ss.

programmatorio delle Regioni, esercitato anche attraverso la scelta tra le opzioni di delega o avvalimento, indicate dall'art. 118, c. 3, Cost., subisce inoltre un significativo pregiudizio. Nella stessa logica, una disposizione generale come il comma dell'art. 1 del d.lgs. 112 equipara, nelle materie oggetto di conferimento, le funzioni legislative delle Regioni a quelle normative degli enti locali.

d) Altra elusione dello schema procedurale dell'art. 118 Cost. si concreta nel conferimento diretto di funzioni a Comuni e Province, in aggiramento del livello regionale di governo²⁰. Tale metodica è d'altronde preannunciata, nelle disposizioni generali, dall'art. 3, c. 2, del d.lgs. 112, che contempla l'attribuzione a Comuni, Province e Comunità montane di tutti i compiti e le funzioni amministrative, salvo che di quelli che richiedono l'unitario esercizio a livello regionale. Alla stregua dell'art. 4, c. 2, della l. 59/1997, in realtà, i decreti avrebbero dovuto effettuare direttamente il conferimento nelle sole materie non costituzionalmente devolute alla competenza regionale, mentre in queste ultime doveva essere la Regione a individuare le funzioni e i compiti da esercitare in proprio e quelli da trasferire agli enti locali in quanto non richiedenti unitario esercizio a livello regionale (art. 5, c. 1, l. 59/1997). Anche sotto questo profilo l'autonomia regionale subisce pregiudizio sia nella sfera legislativa sia in quella programmatica, essendo l'allocazione delle funzioni sottratta alle scelte legislative e alla capacità organizzativa regionale.

e) Non di rado attribuzioni amministrative sono conferite direttamente ad altri enti locali, come le Camere di commercio²¹, in aggiramento del principio organizzativo contenuto nell'art. 118 e con l'effetto di accreditare il distacco delle autonomie funzionali dall'orbita regionale²².

f) L'attribuzione diretta di funzioni amministrative ad enti locali ad opera di disposizioni statali ha a corollario non del tutto sporadico la previsione, nella stessa sede, di forme di coordinamento regionale di compiti comunali o provinciali²³. L'autonomia legislativa ed organizzativa delle Regioni subisce così ulteriore compressione.

g) Le nuove forme di conferimento delle funzioni si coniugano con un uso quanto meno improprio della potestà statale di indirizzo e coordinamento, che assume saltuariamente la forma di atti singolari, pur preceduti da criteri deliberati dalla Conferenza Stato-Regioni,

²⁰ Ad es. negli artt. 20, c. 9 (alle Province le funzioni concernenti la produzione di mangimi), 23 e 24 (ai Comuni le funzioni concernenti lo sportello unico per le attività produttive), 31 (agli enti locali le funzioni in materia di risparmio energetico e uso razionale dell'energia, alle Province le funzioni di cui al comma 2), 41, c. 3 (ai Comuni e alle comunità montane il riconoscimento delle manifestazioni fieristiche locali e le autorizzazioni allo svolgimento), 108, c. 1, lett. b) (quanto alle Province) e c) (quanto ai Comuni) (protezione civile), 131, c. 2 (ai Comuni, anche attraverso le Comunità montane, con il concorso delle Province, le attribuzioni in tema di servizi sociali), 139 (a Comuni e Province attribuzioni in materia di istruzione scolastica).

²¹ Come nell'art. 20 del d.lgs. 112.

²² Su questo punto, ad es. A. GARDINO CARLI, *Stato e regioni nel processo di attuazione della legge n. 59/1997*, cit., 88 ss.

²³ Come ad es. nell'art. 30, c. 5, del d.lgs. 112, in materia di energia.

per l'adozione di concrete misure provvedimentali, come la individuazione delle aree a riserva naturale nei parchi nazionali devolute alle Regioni nell'art. 78²⁴.

h) Ai limiti del quadro costituzionale vigente si colloca senz'altro anche la disciplina generale dei conferimenti in relazione agli "strumenti di raccordo", come si intitola, l'art. 3 del d.lgs. 112. Da un lato, infatti, il comma 2 di tale disposizione, richiamando i principi contenuti nell'art. 4 della legge di delegazione, detta criteri molto generali per l'attribuzione della generalità dei compiti e delle funzioni a Comuni, Province e Comunità montane, individuandoli nelle dimensioni territoriali, associative ed organizzative, potendo essere mantenute a livello regionale solo le funzioni che richiedono esercizio unitario. Dall'altro lato, i conferimenti regionali agli enti locali e il mantenimento in sede regionale delle funzioni residue, bisognose di esercizio unitario, devono essere disciplinati contestualmente, ai sensi del comma 1, e comunque entro un termine breve di 6 mesi, con la prescrizione aggiuntiva nel comma 2 dell'esercizio associato con incentivi e del potere sostitutivo regionale, nonché con l'imposizione nel comma 5 di strumenti di raccordo e concertazione anche permanenti, in vista di forme di cooperazione strutturale e funzionale per la collaborazione tra Regioni ed enti locali nell'ambito delle rispettive competenze. Complessivamente, i margini di autonomia legislativa ed organizzativa accordati alle Regioni dall'art. 118 Cost. sono non marginalmente erosi sia sul piano dei principi organizzativi imposti dalla legge statale, sia su quello delle scansioni temporali da essa prescritte. Nella stessa logica, altre leggi regionali puntuali di individuazione delle funzioni da trasferire o delegare ai Comuni e ad altri enti locali o viceversa da mantenere alle Regioni, sulla base di criteri direttivi predefiniti o con riferimento a categorie di amministrati sono previste da disposizioni specifiche²⁵.

i) La parificazione delle Regioni a Province e Comuni nei rapporti con amministrazioni statali emerge qua e là da disposizioni concernenti specifiche funzioni, come ad esempio nella disciplina della proposta su funzioni mantenute allo Stato in tema di beni culturali²⁶.

l) L'equiparazione del livello regionale a quello locale si manifesta anche in altre forme, come nell'attribuzione²⁷ di compiti promozionali di attività o di tutela e valorizzazione di beni, ad esempio nel settore culturale. In tale ambito, le funzioni sono attribuite dagli artt. 152 e 153 del d.lgs. 112 a tutti i quattro livelli di governo senza distinzione, anche in cooperazione tra loro. Sul piano organizzativo, l'approccio viene doppiato dalla creazione

²⁴ Per un'analisi complessiva della materia ambiente dopo la legislazione Bassanini, v. R. FERRARA F. FRACCHIA, N. OLIVETTI RASON, *Diritto dell'ambiente*, Roma-Bari, 1999, 61 ss.

²⁵ Cfr. ad es. l'art. 132 del d.lgs. 112 nel settore dei servizi sociali.

²⁶ Art. 149, c.5, d.lgs. 112.

²⁷ d.lgs. n. 42/2004; l. 137/2002, art. 10; d.lgs. n. 156/2006 parte I, modifiche ed integrazioni al codice dei beni culturali e del paesaggio; art. 4, 5, 7 e 8 cod. beni culturali e del paesaggio.

ad opera della disciplina statale di organi comuni, in cui il peso delle autonomie locali è almeno pari, quando non superiore, a quello dell'istanza regionale²⁸. Con ciò la tensione a cui è sottoposto il quadro costituzionale vigente assume anche la forma dell'istituzione diretta, da parte di disposizioni normative statali, di organi regionali a composizione predeterminata in termini di partecipazione di altre istanze di governo.

m) L'equiordinazione di Comuni e Province alle Regioni emerge anche nella comune sottoposizione alla Potestà statale di indirizzo e coordinamento, che subisce così una sorta di eterogenesi o quanto meno di torsione ed estensione dei fini, proclamata in termini generali dall'art. 4 del d.lgs. 112, sulla base del richiamo all'art. 8 della legge di delegazione.

n) La medesima impostazione di fondo si manifesta nella procedura predisposta per il trasferimento delle risorse, che avviene, contestualmente per Regioni ed enti locali, ad opera dei provvedimenti statali di cui all'art. 7 della l. 59²⁹, con effetto di automatico differimento dell'efficacia sia dell'esercizio delle funzioni conferite sia dell'abrogazione di norme indicate nei decreti legislativi³⁰.

o) Analoga simmetria nel trattamento di Regioni ed enti locali si manifesta nella messa a disposizione e nel funzionamento dei meccanismi parasostitutivi previsti per l'evenienza dell'inerzia statale nel dare corso all'adozione di atti e provvedimenti di attuazione dei conferimenti ed al trasferimento delle risorse³¹. Per il primo caso, la Conferenza unificata può predisporre lo schema dell'atto e inviarlo alla Presidenza del Consiglio, mentre nel secondo lo stesso organo può segnalare al Presidente del Consiglio il ritardo ed in caso di persistente inadempienza nominare un commissario *ad acta*³². Merita appena di ricordare che simili congegni procedurali non erano mai stati previsti in passato, in occasione di precedenti trasferimenti, a favore delle sole Regioni.

Per converso sopravvive necessariamente la diversità di regime nel controllo sostitutivo statale, che verso le Regioni è posto direttamente in essere dal Consiglio dei Ministri sia per l'inattività comportante inadempimento degli obblighi europei o comunque pregiudizio agli interessi nazionali³³ sia per l'inerzia nella disciplina legislativa delle funzioni

²⁸ Come nella commissione per i beni e le attività culturali di cui all'art. 154 del d.lgs. 112.

²⁹ Art. 7 c. 3, d.lgs. 112.

³⁰ Art. 7: c. 1 d.lgs. 112.

³¹ Art 7, c. 9 e 10.

³² Cfr V. Caputi Jambrenghi, Commissario ad acta, voce dell'Enciclopedia del diritto, Milano, 2002, aggiornamento VI, pagg. 15, 16.

³³ Art. 5 d.lgs. 112.

conferite³⁴ mentre l'omissione di esercizio di funzioni da parte di enti locali o di ricorso all'associazionismo incentivato viene sanzionata dalla Regione³⁵. Altri interventi sostitutivi sulle sole Regioni sono contemplati dalle discipline di settore, come il d.lgs. 60/1998, sull'agricoltura, nonostante il carattere ordinatorio dei termine secondo la dottrina, nonché il ritardo governativo nell'adozione dei decreti delegati in base a Proroga di termini e in specie quello dei d.lgs. 96/1999 con riferimento al d.lgs. 112.

Globalmente, l'insieme delle tensioni a cui la normativa degli anni 1997/2001 sottopone il quadro costituzionale vigente sembra esprimere una politica di "federalismo" di doppio binario, o a tre motori, nella quale viene operata una sostanziale equiparazione dell'insieme di Comunali Province all'autonomia regionale. Tale approccio, in un pur sommario quadro ricognitivo dei federalismi e dei regionalismi esistenti nel mondo, sotto il profilo statico e sotto quello evolutivo³⁶ si rivela più unico che raro.

Sottostante si trova l'idea della costruzione dal basso del sistema delle autonomie, in un affiuto di valorizzazione della base, che troverà compiuta formulazione nel testo del nuovo art. 114 nella Costituzione modificata, ma che è sostanzialmente priva di riscontri storici³⁷, tanto meno nel contesto di sistemi che muovono da assetti centralistici e vogliono decentralizzarsi

Il legislatore sceglie di avviare una politica di cessione di funzioni, compiti e risorse verso un sistema di governo locale che peraltro è ancora fortemente bisognoso di riordino dimensionale, organizzativo e finanziario e che, a giudizio di molti³⁸ si trova ancora in una sorta di cono d'ombra, con larghi margini di genericità e imprecisione definitoria. La mancata riscrittura della disciplina costituzionale del dato autonomistico non pare poter costituire un impedimento, ma al contrario è proprio la parallela pendenza del procedimento di revisione a trasformarsi in un'opportunità, suscettibile di legittimare massicce devoluzioni di competenze, anche in concorrenza con l'istanza regionale.

La revisione costituzionale ha poi in realtà rimarcato e aggravato questo processo, rendendone viepiù incerti gli esiti anche in ragione delle difformità dimensionali,

³⁴ Art. 3, c. 4 d.lgs. 112 e art.4, c. 5, l. 59/1997.

³⁵ Art. 3, c. 2, d.lgs. 112.

³⁶ Cfr. per tutti M. VOLPI *Forme di Stato e le forme di Governo*, in G. MORBIDELLI A. REPOSO, L. PEGORARO, M. VOLPI *Diritto costituzionale italiano e comparato*, Bologna, 1997, 405-418. Dello stesso A., cfr. M. COLPI, *Stato federale e Stato regionale*, cit., 367 ss.

³⁷ Nella cultura europea l'unica teorizzazione incentrata sull'autonomia comunale, a fondazione di un sistema costruito dal basso, è forse quella del martire dell'autonomia valdostana, Emile Chanoux: cfr. R. NICCO, *il percorso delle autonomie - Le parcours de l'Autonomie*, Aosta, 1998, 102-105, in particolare 104.

³⁸ V soprattutto M. CAMMELLI, *Dopo il Titolo V, quali poteri locali?* in *Le Regioni 1/2001*, 3-7 ed ancora in *Amministrazioni (ed interpreti) davanti al nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, 1273 ss., in particolare 1278-1281.

demografiche, finanziarie delle autonomie locali, che possono portare ad applicazioni del principio di differenziazione tali da incidere anche sulla sussidiarietà, generando effetti diversi.

Lo stesso tentativo di ridefinizione dei meccanismi istituzionali di raccordo, dagli esiti imprevedibili ed incerti, e più in generale lo sforzo di ricostruzione della fisionomia del potere locale, tutta da reinventare anche alla luce delle diverse configurazioni del motore statale e di quello regionale del neoregionalismo, più che l'attuazione di un modello chiaramente definito *ex ante*, rappresentano l'avvio di un processo, o almeno l'accelerazione di un processo già in atto, la cui riconducibilità ad un disegno sistematico è quanto meno dubbia.

2. 2 Il raccordo con la revisione del Titolo V

Una disamina in dettaglio del rapporto tra assetto organizzativo e funzionale introdotto dalla legislazione "Bassanini" e conformazione della modellistica perseguita, più o meno consapevolmente, dal nuovo Titolo V non è affrontabile in questa sede. Essa richiederebbe l'approfondimento di pressoché tutti i profili della revisione, anticipando le conclusioni stesse del presente lavoro.

Senza voler indulgere a giudizi sintetici a priori, tuttavia, si collocano senz'altro nell'alveo del disegno del legislatore ordinario, anticipatorio della riforma costituzionale, il nuovo *114* con il passaggio dalla ripartizione dall'alto al policentrismo dal basso verso l'alto, l'abrogazione del vecchio art. 128, la caduta dei controlli con il nuovo art. 130, forse anche la scomparsa dal nuovo testo dell'art. 118 degli altri enti locali diversi da Comuni, Province e Comunità Montane: tutte disposizioni che sono senz'altro nella linea della disciplina Bassanini. Del pari, sembra corretto assumere che il criterio di elencazione e residualità di cui ai c. 2, 3 e 4 dell'art. 117 nel nuovo testo risponde alla logica allocativa utilizzata negli anni 1997-2001, almeno nelle linee fondamentali dell'impianto.

Altre disposizioni probabilmente vanno oltre tale traiettoria di massimo avanzamento legislativo ordinario: in particolare il comma 6 dell'art. 117, nella parte in cui costituzionalizza le funzioni regolamentari di Comuni e Province, che passano dal rango di fonte ultrasecondaria, liberamente comprimibile dalle fonti regionali anche secondarie, a quello di fonte riconosciuta in Costituzione e quindi dotata di ambito protetto nell'estensione e tutelata nell'ambito dei principi organizzativi del sistema; il comma 1 dell'art. 118, attributivo della globalità delle funzioni amministrative ai Comuni, salvo per esigenze di esercizio unitario esse siano conferite verso l'alto secondo sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. Forse la seconda di tali prescrizioni può ricondursi alla trama delle disposizioni Bassanini (cfr. in particolare l'art. 3 della l. 59/1997: differenziazione; art. 4, l. 59: sussidiarietà) ma le supera ampiamente per non solo per forza formale, ma anche per pregnanza sostanziale.

Semmai, il nuovo quadro nelle norme costituzionali si caratterizza per la crescente complicatezza, in particolare per via del rapporto tra funzioni amministrative proprie e conferite (delegate e trasferite) di cui all'art. 118, c. 2, e soprattutto in conseguenza della 'clausola dell'art. 117, c. 2, lett. p), che altera e rende mobile la linea divisoria tra le leggi statali e quelle regionali allocative delle funzioni negli ambiti di cui all'art. 117, c. 2, 3 e 4, nonché della possibile diretta esercitabilità delle funzioni comunali, salvo avocazione, in base al nuovo art. 118.

D'altronde, se i Comuni hanno funzioni per così dire "naturali", il processo allocativo non ha che natura dichiarativa, almeno per gli enti di primo livello, mentre proprie sono tutte le

attribuzioni, sia quelle originariamente proprie sia quelle conferite, ad esito del conferimento, con l'ulteriore complicazione che le conferite diventano irretrattabili in base al principio di sussidiarietà.

Si consideri poi che l'interesse regionale, previsto nel vecchio testo dagli artt. 117 e 127, verosimilmente cade, insieme con il controllo sugli statuti (art. 123) e sulle leggi regionali (art. 127), peraltro già dimezzato in fatto dalla sostituzione della Corte al controllo parlamentare di merito, mai esercitato, a meno che il limite sia fatto sopravvivere in via giurisprudenziale in base agli artt. 5 e 120 per legittimare interventi sostitutivi a tutela dell'unità giuridica o economica. Se con esso viene meno, come è probabile, anche l'indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa, cadono ulteriori forme di unificazione e cresce per converso la complessità del sistema, che deve trovare altrove forze di unificazione e uniformazione.

CAPITOLO III

FEDERALISMO E SANITA'

3.1. Premessa.

Nel rapporto tra federalismo e sanità il d.lgs. 56/00 costituisce un ideale punto di arrivo di un percorso avviato con la l. 833/78, istitutiva del Ssn. Sin da allora, l'obiettivo di fondo del governo centrale, più o meno esplicitamente dichiarato, è stato quello di decentrare la responsabilità finanziaria della spesa sanitaria ad enti territoriali di livello inferiore (principalmente le regioni); a questo intento, tuttavia, si è costantemente accompagnato l'interesse, da parte del governo centrale, di mantenere un certo grado di controllo sui livelli di assistenza sanitaria erogata. Nel corso degli anni, le strategie con cui questi obiettivi sono stati perseguiti sono mutate, ma gran parte dei cambiamenti riflette, e allo stesso tempo è condizionata, dalla contraddizione di fondo insita nell'incerta ripartizione delle competenze (e delle conseguenti responsabilità di finanziamento) tra governo centrale e regioni in materia sanitaria. I risultati che da questo terreno sono maturati hanno, di conseguenza, manifestato un'analogia variabilità. Da un lato, il finanziamento del Ssn è stato oggetto di una graduale perdita di specificità attraverso il passaggio da trasferimenti vincolati a quote di tributi erariali senza vincolo di destinazione. Questa particolare evoluzione, portata a compimento dal d.lgs. 56/00, rende di fatto non rintracciabile la spesa sanitaria nel bilancio del governo centrale, mentre completa, almeno formalmente, il decentramento della responsabilità finanziaria in campo sanitario. D'altro lato, ad una relativa maggiore autonomia regionale in termini di disposizione delle risorse, ha fatto generalmente da contrappeso l'elemento solidaristico, da interpretarsi, in ambito sanitario, in ragione dell'irrinunciabile, e per certi versi crescente, aggancio a standard di prestazioni sanitarie variamente definiti nel tempo come livelli « uniformi » o « essenziali ed uniformi ». Sullo sfondo, la componente di negoziazione politica che, con varia intensità, ha animato i rapporti tra governo centrale e regioni e che, nell'intento del d.lgs. 56/00, dovrebbe costituire un elemento per il raggiungimento di decisioni in merito ad eventuali momenti conflittuali nella gestione del sistema sanitario. Lo scopo di questo capitolo è quello di illustrare, nelle sue linee essenziali, gli effetti che, sulla dinamica di questi elementi, potrà produrre il processo di federalismo fiscale compiuto con l'emanazione del d.lgs. 56/00. Attraverso l'esame delle norme in esso contenute, questa parte del lavoro si propone di inserire le diverse componenti del rapporto tra sanità e regioni a statuto ordinario (Rso) in un contesto unitario, in cui scelte di principio e modalità di attuazione vengano congiuntamente considerate.

3.2. Il finanziamento della sanità nel d.lgs. 56/00.

3.2.1. L'assetto attuale.

La legge delega 133/99 e la successiva attuazione contenuta nel d.lgs. 56/00 rappresentano provvedimenti potenzialmente innovativi del rapporto tra governo centrale e regioni e, in particolare, del sistema di finanziamento della spesa sanitaria. Sotto questo profilo, entrambi possono essere rappresentati come il completamento di processi avviati con l'istituzione del Ssn, nel 1978, ma accelerati soltanto all'inizio degli anni '90, e che hanno visto, da un lato, una progressiva espansione del ruolo delle regioni nell'erogazione della spesa sanitaria e, dall'altro, una altrettanto progressiva perdita di specificità del finanziamento del Ssn.

In questo ideale tracciato, i principali cambiamenti introdotti dal d.lgs. 56/00 riguardano: l'abolizione dei trasferimenti in conto corrente e in conto capitale relativi al finanziamento della spesa sanitaria; la compensazione dei trasferimenti soppressi con la compartecipazione regionale all'Iva (nella misura del 25,7 per cento), con l'aumento dell'addizionale Irpef (di 0,4 punti percentuali), e con l'aumento della compartecipazione all'accisa sulla benzina (da 242 a 250 lire/litro); l'istituzione di un Fondo perequativo nazionale (Fpn) per la realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale, i cui criteri di ripartizione sono determinati dalla capacità fiscale, dal fabbisogno sanitario e dalle spese extra sanitarie, al fine di consentire a tutte le Rso di svolgere le proprie funzioni e di erogare i servizi di loro competenza a livelli *essenziali ed uniformi* su tutto il territorio nazionale; un regime transitorio (2001/2003) durante il quale ciascuna regione è *vincolata* a destinare, per l'erogazione delle tipologie di assistenza, delle prestazioni e dei servizi individuati dal Piano sanitario nazionale (Psn), una spesa corrente corrispondente alle risorse risultanti dalle quote di riparto dei fondi destinati ciascun anno al finanziamento del Ssn³⁹, in funzione quindi della quota capitaria, al fine di assicurare in ogni regione i livelli *essenziali ed uniformi* di assistenza; un regime definitivo, a partire dal 2004, che prevede l'abolizione del vincolo di destinazione delle risorse al finanziamento della spesa sanitaria, ma solo nei confronti delle regioni che abbiano attivato le procedure di monitoraggio e verifica dell'assistenza sanitaria erogata e del sistema di garanzie; la definizione di un sistema di rispetto delle garanzie stabilite dal d.lgs. 502/92 e del raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute, di competenza del Ministero della sanità, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione

³⁹ Così dopo le modifiche introdotte dalla legge finanziaria per il 2001 (L. n. 382/2000).

economica e d'intesa con la Conferenza Stato-regioni⁴⁰; la definizione, nell'ambito del sistema di garanzie, di un insieme minimo di indicatori e parametri relativi ad elementi rilevanti ai fini del rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché dei vincoli di bilancio implicitamente derivanti dalle norme contenute nel Patto di stabilità interno (l. 448/98); le regole per la rilevazione e la successiva elaborazione delle informazioni necessarie per la sua applicazione; le procedure per rendere periodicamente pubblici i risultati del monitoraggio e per l'individuazione delle regioni con comportamenti non convergenti; un sistema di sanzioni per le regioni inadempienti, totalmente o parzialmente, rispetto al sistema di garanzie⁴¹; una più stretta correlazione tra eventuali aumenti di spesa sanitaria regionale derivanti da disposizioni legislative assunte dal governo centrale e adeguamento della compartecipazione regionale all'Iva.

L'obiettivo di fondo del d.lgs. 56/00 consiste nell'accrescere il grado di responsabilità regionale, in misura sufficiente a risolvere l'annosa questione dei soft *budget constraints* che hanno caratterizzato per molti anni il comportamento delle regioni in materia sanitaria. Questo processo di responsabilizzazione avviene in corrispondenza di un significativo mantenimento di competenze in capo al governo centrale, al quale si accompagnano, da un lato, un sostanziale potere di intervento con riferimento ai livelli *essenziali ed uniformi* e, dall'altro, una perdita di specificità delle fonti di finanziamento del Ssn che il governo centrale assegna alle regioni.

Entrambi gli elementi, in prima approssimazione, si pongono però in contrasto con l'idea di attribuire maggiore responsabilità alle regioni. La sovrapposizione di competenze implicita nei livelli essenziali ed uniformi, ad esempio, tende a rendere meno visibile la responsabilità dal lato dell'offerta. L'evoluzione storica del finanziamento del Ssn, come si vedrà, dimostra ampiamente questo punto nonché la difficoltà di separare la componente di eventuali disfunzioni in materia sanitaria dovuta al comportamento delle regioni o a quello del governo centrale. Mentre la possibilità di sottrarsi ad una rigorosa *accountability* dell'operato delle regioni, dal lato della domanda, potrebbe essere maggiore in presenza di una corrispondenza soltanto indiretta tra il prelievo e la spesa sanitaria (a seguito dell'abolizione dei trasferimenti specifici).

In altri termini: la responsabilità regionale, per essere credibile, richiederebbe esclusività di competenze; c'è invece commistione e ciò non contribuisce a ridurre il problema dei soft *budget constraints*. Con sovrapposizione di competenze, sarebbe allora opportuno

⁴⁰ Peralto, lo stesso articolo disponeva che i decreti del Ministero della sanità dovessero essere emanati entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del d.lgs. n. 56/00. A tutt'oggi non risulta che tali decreti siano stati emanati.

⁴¹ La sanzione consiste nella riduzione progressiva dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni in misura non superiore al 3 per cento della quota capitaria definita dal Psn e la loro contestuale sostituzione con trasferimenti erariali vincolati alla realizzazione del sistema di garanzie.

utilizzare erogazioni specifiche (trasferimenti specifici, imposte di scopo) per garantire da un lato che gli obiettivi del governo centrale vengano soddisfatti e dall'altro una più diretta assegnazione di responsabilità; si percorre invece la strada della mozione dei vincoli di destinazione. Da cui, in assenza di corrispondenza tra spesa e prelievo, consegue anche una sostanziale difficoltà a rendere le regioni valutabili dal lato della domanda (minore *accountability*)⁴².

3.2.2. Il quadro evolutivo del finanziamento della sanità: i primi anni '70 e l'istituzione del Ssn.

Nei profili sopra esaminati, il d.lgs. 56/00 costituisce in effetti soltanto il punto di arrivo di un processo di progressive modificazioni del finanziamento della spesa sanitaria, processo che fu innescato già ai tempi della *prima riforma sanitaria* contenuta nella l. 833/78 istitutiva del Ssn. L'impressione che si trae osservando l'evoluzione delle modalità di finanziamento del sistema sanitario, soprattutto dall'inizio degli anni '90, è quella di un sistema caratterizzato da una continua perdita di specificità delle risorse; mentre praticamente immutato, se non rafforzato, permane il baluardo dei livelli essenziali ed uniformi dei quali il governo centrale, secondo le interpretazioni prevalenti del dettato costituzionale, non potrebbe liberarsi a favore delle regioni.

L'origine di questo assetto del sistema sanitario si può far risalire alla seconda metà degli anni '70, periodo in cui attraverso la riforma tributaria e la concentrazione in capo al governo centrale di tutte le fonti tributarie, si apre la strada alla finanza di trasferimento che caratterizzerà per molti anni i rapporti finanziari tra governo centrale ed enti regionali e locali, rapporti peraltro già fortemente condizionati, dal punto di vista finanziario, dalla l. 281/70, istitutiva delle regioni. Gli elementi fondamentali di questo rapporto saranno, da un lato, la divisione tra responsabilità di spesa e di entrata, (un punto debole di tutta l'architettura del sistema sanitario e che ancora oggi costituisce il nodo cruciale per la realizzazione di modelli sostenibili di federalismo⁴³), e dall'altro la conseguente specificità (cioè il vincolo di destinazione) dei fondi erogati dal governo centrale alle regioni.

L'esigenza di garantire una corretta gestione finanziaria dell'offerta di servizi sanitari non nasce tuttavia con l'introduzione del Ssn; già nel 1972 (d.p.r. 4/72) si effettuava un primo

⁴² Sotto lo stretto profilo dell'*accountability* molto più efficace appare l'elezione diretta del Presidente della regione.

⁴³ Si, veda, ad esempio, Cavazzuti e Giannini, *La riforma malata*, Bologna, 1982, 112 ss., France G., *Cost containment in a public-private health care system: the case of Italy*, *Public budgeting and finance*, vol. 11, 63-74 (1991) e Petretto, *Economia della sanità*, Bologna 1997, pagg. 7-16. Per una valutazione più generale delle conseguenze, sul controllo della spesa sanitaria, dell'asimmetria tra decisioni di spesa e finanziamento con entrate proprie dopo l'introduzione della riforma del sistema sanitario nazionale, si veda Buglione e France, *Skewed fiscal federalism in Italy: implications for public expenditure control*, *Public budgeting and finance*, vol. 3, n. 3, 43-63, 1983.

trasferimento alle regioni in materia sanitaria ed ospedaliera, sebbene la portata di questo trasferimento di competenze fosse in realtà abbastanza modesta; mentre nel 1974 (l. 386/74), contemporaneamente all'assegnazione ad esse di un rilevante potere in tema di programmazione e gestione ospedaliera, si procedeva a rimpiazzare la retta di degenza ospedaliera, fissata autonomamente, con un finanziamento commisurato al fabbisogno finanziario annuo, determinato in base a bilanci di spesa approvati dalle regioni stesse. Più importante, in questa fase, è l'istituzione del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera (Fnao), alimentato da contributi sanitari e integrato da stanziamenti del Ministero dei tesoro, attraverso il quale prendeva forma il finanziamento pubblico di spese sanitarie correnti con fondi predeterminati⁴⁴.

Il Fnao ebbe però breve vita (1975/1978), dati gli insoddisfacenti risultati in termini di controllo della spesa e di equilibri territoriali. La logica del finanziamento delle spese sanitarie con fondi predeterminati e specifici fu tuttavia estesa dalla successiva riforma del 1978 all'intero settore sanitario, anziché limitata al solo comparto ospedaliero, in modo da evitare l'assunzione, da parte delle regioni, di impegni di spesa a valere su futuri interventi del governo centrale. Questa soluzione fu preferita sia all'attribuzione alle regioni della facoltà di finanziarsi mediante il recupero delle spese sostenute, previo controllo di merito preventivo⁴⁵; sia alla possibilità che esse si dotassero di risorse proprie per il finanziamento del servizio sanitario⁴⁶. Prende così forma il Fondo sanitario nazionale (Fsn), come strumento di finanziamento esclusivo del Ssn, la cui determinazione quantitativa avrebbe dovuto avvenire in sede di Psn⁴⁷. La creazione di un Fsn pose inoltre da subito l'esigenza di stabilire dei criteri per la sua ripartizione tra le regioni.

Fin dai primi anni e fino all'emanazione dei decreti di riordino (d.lgs. 502/92 e 517/93)⁴⁸ il finanziamento del Ssn ha prodotto un paradosso. Inizialmente concepito come sistema di più stretto controllo dei flussi di spesa del settore pubblico, necessario, nelle intenzioni del legislatore, per favorire un maggiore controllo delle politiche macroeconomiche, per evitare di affidare ai governi locali imposte quantitativamente rilevanti e, infine, per

⁴⁴ Nelle intenzioni del legislatore, il Fnao avrebbe dovuto permettere un migliore controllo della spesa da parte sia del governo centrale sia delle regioni, un leitmotiv, come si vedrà, di tutte le riforme in campo sanitario. Da ricordare, inoltre, che il Fnao, durante la sua breve vita, venne affiancato anche da corrispondenti Fondi regionali (Frao).

⁴⁵ Si veda Ministero della Sanità (1975).

⁴⁶ Come sopra evidenziato, la predeterminazione dell'ammontare del fondo, secondo i proponenti, avrebbe assicurato la conoscenza anticipata del volume della spesa sanitaria ed incentivato comportamenti efficienti da parte degli erogatori del servizio, consentendo, per questa via, un contenimento della spesa sanitaria complessiva.

⁴⁷ La l. 833/78, infatti, stabiliva che il Psn provvedeva alla determinazione dell'importo da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato. Si ricorda, inoltre, che è con questa legge che si procede all'istituzione delle Unità sanitarie locali (USL) con il compito di « territorializzare » l'offerta sanitaria raccordando i diversi servizi presenti all'interno di una stessa area geografica.

⁴⁸ Anche definiti « seconda riforma sanitaria » o riforma « bis ».

assicurare (a posteriori con scarso successo) una certa uniformità di trattamento sanitario sull'intero territorio nazionale, esso ha finito per imboccare una terza via che, nel dibattito precedente alla riforma, era stata indicata come l'opzione meno desiderabile, cioè quella di consentire alle regioni di assumere impegni di spesa sulla base di futuri interventi del governo centrale.

Ciò nonostante il fatto che alla preminente responsabilità statale dei finanziamenti, in accordo a modelli sanitari ispirati *all'uniformità centralizzata*⁴⁹, si affiancava, nella legge di riforma del 1978 (nota come *prima riforma sanitaria*), una serie di disposizioni formali rivolte ad impedire lo sfondamento dei tetti di spesa: dalla responsabilità personale degli amministratori alla nullità degli atti per le spese in eccesso alle assegnazioni del fondo stesso⁵⁰. Questi « paletti », tuttavia, non hanno impedito, in tempi successivi, né la formazione di disavanzi né interventi di ripiano degli stessi da parte del bilancio pubblico. A questo riguardo è stato anche sostenuto che i disavanzi abbiano avuto natura « artificiale », cioè non ricollegabile a inattesi aumenti della spesa, ma alla pratica istituzionalizzata, e non del tutto giustificata, di sottostimare la spesa sanitaria⁵¹. Si può ritenere che il contributo decisivo all'affermarsi di tale orientamento sia derivato dalla mancata attuazione del Psn e dal conseguente ricorso alla legge di bilancio prima e alla Legge finanziaria poi (dal 1984) per la gestione della totalità degli interventi in materia di finanziamento della spesa sanitaria⁵².

3.2.3. I decreti di riordino del 1992, l'introduzione dell'Irap e la riforma del 1999.

Come conseguenza di questo indebolimento del vincolo finanziario, nel periodo 1992/1997, in particolare attraverso i decreti di riordino del Ssn, l'attenzione è stata rivolta al controllo del livello della spesa sanitaria regionale per mezzo di vincoli di bilancio e del

⁴⁹ Si veda Rey La gestione ed il finanziamento del Servizio sanitario nazionale nel quadro dei rapporti tra diversi livelli di governo, in G. Muraro (a cura di), *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, Milano, 1987, 95-129.

⁵⁰ Per una più ampia discussione di questi aspetti, si veda, ad esempio, BURATTI C., *Il Servizio sanitario nazionale fra decentramento istituzionale e controllo centrale della spesa*, in G. Muraro (a cura di), *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, Milano, Franco Angeli, 131-179. 1987.

⁵¹ Si veda, ad esempio, Sorso e Spandonaro, *Finanziamento regionale del Ssn: alcune riflessioni in termini di tollerabilità ed equità*, in G. France, E. Attanasio (a cura di), *Economia sanitaria*, Milano, Giuffrè, 1993, 401-417 e Petretto *Introduzione*, in A. Petretto (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, 1997, Il Mulino, 7-16 per il quale il disavanzo programmatico ha rappresentato una « tecnica di governo della spesa sanitaria pubblica ».

⁵² Sul ruolo esercitato dalle leggi finanziarie in campo sanitario e sulle diverse fasi che hanno caratterizzato questo processo, si veda ARCANGELI L. (1991), *La spesa sanitaria programmata: determinazione e ruolo del Fondo sanitario nazionale*, in R. Brunetta, L. Tronti (a cura di), *Welfare state e redistribuzione*, Milano, Franco Angeli, 221-270. (1991).

coinvolgimento delle regioni nel finanziamento del disavanzo di parte corrente, sia nel caso di sfondamento del tetto di spesa necessario per l'erogazione dei livelli uniformi di assistenza, sia per l'eventuale più generosa offerta di servizi sanitari rispetto a quei livelli. Si tratta di un significativo cambio di impostazione rispetto alla filosofia della uniformità centralizzata implicita nella legge istitutiva del Ssn del 1978, nel momento in cui essa individuava come obiettivo fondamentale l'uguaglianza delle prestazioni. Le linee guida dei decreti di riordino, invece, (in particolare il d.lgs. 502/92 in attuazione della l. 421/92 che delegava il governo a razionalizzare il Ssn) tendevano a valorizzare l'incentivo alla differenziazione regionale dell'offerta del servizio sanitario, in particolare affidando alle regioni il « finanziamento residuale » della eventuale spesa in eccesso ai livelli uniformi di assistenza. Il Fsn, da fonte di finanziamento esclusiva, diviene così fonte di finanziamento «integrativa» dei contributi sanitari, il cui gettito fu interamente assegnato alle regioni (*regionalizzazione* del Ssn) dal d.lgs. 502/92⁵³ (riforma *bis*), e delle entrate proprie delle regioni (principalmente quelle delle USI), oltre che degli strumenti di compartecipazione al costo da parte degli assistiti (ticket su farmaci e prestazioni specialistiche). L'obiettivo dichiarato doveva essere quello di eliminare l'insufficienza del Ssn a fornire prestazioni adeguate e, contemporaneamente, risolvere la questione dei *deficit* generati dall'assistenza sanitaria. A quest'ultimo scopo, in questa fase della riforma, alle nuove modalità di finanziamento pubblico vennero affiancate sia l'autonomia gestionale degli ospedali sia un nuovo sistema di rimborso delle prestazioni ospedaliere, non più centrato sulla spesa storica ma su un articolato sistema di tariffazione denominato *Raggruppamenti omogenei di diagnosi* (Rod)⁵⁴.

E' questa, in effetti, una fase di transizione in cui si delineano tre direttrici fondamentali, che corrispondono al paradigma *devolution, deconcentration e delegation*: a) maggiore regionalizzazione del sistema sanitario, che avviene non soltanto con l'assegnazione di poteri dall'alto verso il basso (da governo centrale a regioni), ma anche dal basso verso l'alto (da comuni a regioni); b) trasformazione aziendale delle strutture sanitarie; c) creazione dei *quasi mercati*, soprattutto per l'erogazione di servizi ospedalieri e di alcuni servizi specialistici⁵⁵.

⁵³ Peraltro con facoltà di variarne l'aliquota fino al 6 per cento ottenendo di fatto una sorta di tributo proprio.

⁵⁴ Con il Rod, i corrispettivi delle prestazioni ospedaliere sono definiti sulla base di tariffe e di costi standard per singoli programmi di assistenza sanitaria. Per questa via la azienda sanitaria locale (Asl) rimborsa all'ospedale soltanto il costo standard di una determinata prestazione ospedaliera e non la spesa effettivamente sostenuta. Si riduce così l'incentivo, per gli ospedali, a prorarre il periodo di degenza (fattore che aveva determinato una crescita dei costi nel precedente sistema di finanziamento degli ospedali) e si pone a carico dei prestatori dell'attività sanitaria qualsiasi rischio di deviazione del costo effettivo da quello standard determinato dal tariffario regionale.

⁵⁵ I *quasi mercati* sono modelli organizzativi dell'offerta sanitaria nei quali prevale la gestione pubblica del finanziamento, piuttosto che della produzione del servizio, e nei quali si dà contemporaneamente maggiore spazio ad elementi di concorrenza dal lato dell'offerta e maggiore capacità di controllo dal lato della domanda degli utenti.

Con l'introduzione dell'Irap nel 1998, a seguito della legge delega 662/96 e della legge attuativa 446/97, e la contestuale abolizione dei contributi sanitari la logica del finanziamento del Ssn, cambia radicalmente impostazione rispetto a quella contenuta nella legge istitutiva del 1978; è questo, in effetti, uno dei provvedimenti di maggiore correzione alla specificità del finanziamento del Ssn. Da trasferimenti vincolati e prelievi « di scopo » (i contributi sanitari), si passa infatti a dotazioni proprie costituite da tributi « non di scopo », ma comunque vincolati per legge al finanziamento della sanità. Ciò si deve, da un lato, alla necessità generale di contenimento della spesa e di riavvicinamento dei centri di spesa con quelli di prelievo; dall'altro, alla tendenza che si è recentemente sviluppata, in tutte le economie di mercato, a revisionare l'intero assetto dei sistemi di *welfare*. L'elemento centrale di questa nuova impostazione è rappresentato da una potenziale maggiore responsabilità regionale in campo sanitario, e quindi minore specificità delle fonti di finanziamento, ma non da una netta ripartizione delle competenze tra regioni e governo centrale. In questo senso, il modello di riferimento appare ancora più quello di un federalismo « debole », piuttosto che di vera e propria trasformazione in senso regionale del sistema sanitario⁵⁶. Con la riforma introdotta con la legge delega 662/96 (entrata in vigore nel 1998), i contributi sanitari vengono aboliti e sostituiti dall'Irap e da un'addizionale regionale Irpef; i relativi gettiti, nel primo caso al 90 per cento e nel secondo caso per l'intero, rimangono però vincolati al finanziamento, della spesa sanitaria. In questa fase prevale l'idea che il Ssn debba essere finanziato con imposte generali poste a carico dell'intera collettività e ripartite secondo principi di capacità contributiva, piuttosto che con prelievi, come i contributi sanitari, in qualche modo collegati al criterio della controprestazione in cui è più evidente il legame tra prelievo e spesa⁵⁷. Non si modifica,

⁵⁶ L'espressione « federalismo debole » vuole qui indicare la situazione in cui, su una determinata voce di spesa, coesistono competenze centrali e regionali. Secondo alcuni autori, a questa forma di ripartizione delle competenze non dovrebbe essere accompagnata l'idea di federalismo, ma piuttosto quella di decentramento, da intendersi come una forma molto debole di federalismo. Ad esempio, Fletcher C., *Federalism, subsidiarity, regionalism and decentralisation: principles and practices in European integration*, Torino, 1999, International Centre for Economic Research, Working paper 14/99.) afferma che il federalismo è un sistema di governo, mentre il decentramento non lo è. Quest'ultimo, secondo l'autore, è un processo di riforma che deve spesso tener conto di giurisdizioni che non hanno interesse a sostenere il decentramento. L'espressione « federalismo debole » è stata anche utilizzata da altri autori (ad esempio, Tagliatalata, *Autonomia finanziaria delle regioni e Ssn: proposte alternative di tributi*, in Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie «G. Prato » (a cura di), *Autonomia regionale e sistema sanitario: atti del IV workshop di economia sanitaria, Torino, 4-5 giugno 1998*, Torino, Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie « G. Prato », Quaderno n. 39, 187-218) che contrappongono a questo il « federalismo senza solidarietà », quello in cui le giurisdizioni decidono autonomamente il livello di produzione del bene pubblico locale con l'intera responsabilità del finanziamento. Ci sembra però che quest'ultima definizione contenga impliciti elementi negativi; si può infatti obiettare che la presenza o meno di solidarietà non dipende dalla possibilità che gli enti locali decidano autonomamente su beni pubblici locali (fattore indispensabile per poter parlare di federalismo), ma dall'esistenza o meno di meccanismi perequativi idonei a compensare eventuali squilibri nell'opportunità di fornire autonomamente un dato bene o servizio pubblico.

⁵⁷ Logica che è apparsa ad alcuni studiosi in contrasto sia con i principi teorici che guidano l'assegnazione delle imposte a livello locale, sia con l'esigenza di rendere più visibile la responsabilità degli amministratori. Inoltre, seguendo una logica di capacità contributiva e finanziamento del servizio a carico dell'intera collettività, suscita qualche perplessità la possibilità che a ciò si adempia con aliquote differenziate dell'Irap e dell'addizionale Irpef.

invece, il ruolo integrativo del Fsn, che copre la differenza tra fabbisogno sanitario e dotazione propria regionale attraverso un sistema di trasferimenti vincolati con impliciti elementi perequativi contenuti nei meccanismi di ripartizione dei fondi.

Si giunge con questo assetto al d.lgs. 56/00, in cui la perdita di specificità delle fonti di finanziamento trova il suo completamento, così come la chiusura dello squilibrio verticale tra le risorse complessive a disposizione delle regioni e le spese loro assegnate. Tra queste ultime, però, come sopra rilevato, continua ad agire, con esiti incerti, la sovrapposizione di competenze in materia sanitaria. Sotto questo profilo, infatti, la chiusura dello squilibrio verticale non necessariamente garantirà l'eliminazione dei *soft budget constraints* regionali. Questo problema, dal punto di vista teorico, potrebbe trovare soluzione soltanto se le regioni percepissero il vincolo da un punto di vista dinamico; ma l'impossibilità di un *fallimento* (cioè di una sanzione) con riferimento alla spesa sanitaria, a causa del vincolo costituzionale, lascerà comunque alle regioni la sensazione che il governo centrale possa « in seguito » intervenire⁵⁸. Inoltre, dal punto di vista dell'*accountability*, potrà essere relativamente più conveniente, per le regioni, spendere le risorse tributarie aggiuntive su settori di spesa che siano più « riconoscibili » dal lato della domanda. Anche dal lato del governo centrale, infine, si manifesta l'evidente vantaggio di aver eliminato dal bilancio una importante voce di spesa, riducendone così la diretta *accountability* in materia sanitaria, in favore di maggiori interventi dal lato delle entrate (prive di corrispondenza con la spesa) e in merito alle quali l'argomento della « cattiva » gestione regionale potrà facilmente essere sollevato.

Si tratta, quindi, di un processo molto graduale e solo parziale di liberalizzazione in materia sanitaria, nel senso che il controllo dello Stato, nelle forme della determinazione preventiva degli standard, e come si vedrà del potere successivo di intervento, continua ad assumere rilevanza significativa⁵⁹. L'incerto riparto delle competenze tra governo centrale e regioni non favorisce in effetti la costituzione di una identificabile responsabilità regionale; quando il governo centrale definisce le prestazioni che è necessario assicurare sul territorio, delegando le relative competenze di spesa, apre di fatto un contenzioso permanente in ordine alla quantificazione delle risorse che sarà necessario devolvere alle regioni. Al contrario, con regioni responsabili anche dei livelli essenziali ed uniformi, le pretese finanziarie nei confronti del governo centrale potrebbero attenuarsi, poiché il governo centrale difficilmente potrebbe essere chiamato come responsabile di un'offerta di

⁵⁸ Per un approfondimento di questi specifici temi si vedano i contributi in Buglione e Patrizii V. (a cura di) (1988), *Governo e governi*, Milano, Giuffrè.

⁵⁹ Così, ad esempio, anche COVINO E (2000), *La finanza regionale e locale nelle politiche dei governi della XII Legislatura*.

servizi decisa ad altri livelli territoriali. Ma ciò, in caso di insoddisfacenti livelli di assistenza sanitaria, contrasterebbe fortemente con il diritto alla salute che è ribadito dall'art. 1 del d.lgs. 502/92 (e successive modifiche e integrazioni).

CAPITOLO IV

IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO

4.1 Il monitoraggio dell'attività sanitaria.

L'abolizione del Fsn appare come uno degli elementi potenzialmente più rilevanti dell'architettura complessiva innalzata dal d.lgs. 56/00 per un duplice ordine di ragioni: la prima, connessa ad una sostanziale, anche se non definitiva, compressione della logica di finanza derivata a favore di una maggiore dotazione di tributi propri o di compartecipazioni a tributi centrali; la seconda, relativa alla formale abolizione di qualsiasi vincolo di destinazione delle risorse al finanziamento di una spesa di particolare rilevanza sociale, quella sanitaria. E tuttavia singolare, o se si vuole una logica conseguenza della perdita di specificità delle fonti di finanziamento della spesa sanitaria, che il nuovo sistema mantenga, e per certi versi rafforzi, il ruolo centrale che, ora come nel passato, assumono, da un lato, la definizione della quota capitaria da parte del Psn⁶⁰ e ,dall'altro, il richiamo ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria che coinvolge l'intero processo riformatore del d.lgs. 56/00. Infatti, la quota capitaria a costituire il parametro di quantificazione di ciascun fabbisogno regionale e a costituire il punto di riferimento del finanziamento della spesa sanitaria. Nel regime transitorio previsto dal d.lgs. 56/00 (2001/2003), modificato dall'art. 83 della legge finanziaria 2001 (l. 388/00), le regioni saranno vincolate a destinare al finanziamento della spesa sanitaria regionale « risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto dei fondi destinati per ciascun anno al finanziamento del Ssn ». Nel triennio, quindi, il sistema conserverà sostanzialmente intatta la sua logica, quella di preservare i livelli di spesa sanitaria e limitare l'autonomia delle regioni alla disposizione delle sole somme non destinate alla sanità. A partire dal 2004, però, e nei soli confronti delle regioni che avranno attivato le procedure di monitoraggio, i vincoli di destinazione previsti dall'art. 83 della legge finanziaria per il 2001 saranno aboliti, e le regioni saranno formalmente libere di decidere la destinazione delle loro risorse.

Un punto fondamentale dell'assetto del nuovo sistema sanitario, che direttamente si collega al potere del governo centrale di imporre livelli essenziali ed uniformi, è quindi rappresentato dalle modalità di controllo sui livelli di assistenza sanitaria erogata dalle

⁶⁰ A questo riguardo, sarebbe stato auspicabile che il d.lgs. 56/00, oltre ai necessari elementi di pubblicità del sistema di monitoraggio *ex post*, avesse previsto anche una adeguata pubblicità dei metodi di determinazione della quota capitaria *ex ante*, in modo da rendere allo stesso tempo le regioni partecipi e responsabili dell'intera procedura di erogazione della spesa sanitaria. Ma ciò trascinerebbe sul piano della trattativa anche il relativo finanziamento.

regioni⁶¹. Va ricordato che la difficoltà di operare controlli incisivi è stata spesso avanzata come ragione dell'insostenibilità di un sistema basato sui trasferimenti erariali, a causa delle incerte ripartizioni di competenze tra governo centrale e regioni, che rendevano al primo difficile resistere alle pretese monetarie *ex post* delle regioni e alle seconde possibile richiedere a piè di lista il ripiano di qualsiasi disavanzo di gestione.

Ora, la possibilità di operare un controllo sull'attività regionale di assistenza sanitaria non dovrebbe dipendere dalla forma con cui le risorse vengono destinate alle singole regioni; c'è infatti da attendersi che il costo del controllo per il governo centrale sia analogo nei due sistemi. Un sistema di controllo era ed è teoricamente fondato, perché la permanenza di un interesse del governo centrale in merito alla spesa sanitaria può essere tutelata solo con la verifica *ex post* del raggiungimento degli obiettivi⁶².

Tuttavia, un adeguato sistema di monitoraggio costituisce senza dubbio condizione necessaria per il governo della spesa sanitaria (come peraltro già evidente ai tempi della prima riforma sanitaria), ma non rappresenta una condizione sufficiente se non preceduto da un netta ripartizione delle competenze tra i due livelli di governo. Ciò che limita, e allo stesso tempo, consente di regolare i flussi monetari tra governo centrale e regioni è la certezza delle competenze, di cui il monitoraggio *ex post* costituisce soltanto fase di certificazione. Senza la prima, l'efficacia del secondo tende a ridursi significativamente⁶³.

Controlli e sanzioni, infatti, seguono logicamente la fase della specificazione degli obiettivi; rientra allora in gioco, nel caso attuale, la questione dei livelli essenziali ed uniformi previsti dal d.lgs. 56/00. La definizione di tali livelli appare quanto mai controversa. Solo per citare alcune problematiche, l'uniformità, ad esempio, potrebbe intendersi dal lato finanziario (una uguale spesa pro capite), ma ciò lascerebbe irrisolto il problema di capire se ad uguali importi di spesa corrispondono uguali livelli di tutela della salute⁶⁴. Quanto

⁶¹ Per una più ampia trattazione di questo tema si veda, TARONI F. (2000), *Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia - 2000*, Bologna, Il Mulino, 27-91 e S. LORENZINI, PETRETTO A. , *Il finanziamento pubblico della sanità in una prospettiva di federalismo fiscale*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia - 2000*, Bologna, Il Mulino, 93-159.

⁶² A questo specifico riguardo, già la formulazione originaria del d.lgs. 502/92 (cioè prima delle modifiche introdotte con la l. 229/99) prevedeva, all'art. 10, che a garanzia della qualità dell'assistenza nei confronti dei cittadini, fosse adottato in via ordinaria il metodo della verifica e della revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo. Si stabiliva inoltre che le regioni dovessero verificare il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo all'introduzione e all'uso di sistemi di sorveglianza e di strumenti per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni. Venivano altresì stabiliti anche i contenuti e le modalità di impiego degli indicatori di efficienza e qualità.

⁶³ Questi aspetti, peraltro, erano già presenti a studiosi e ad osservatori ai tempi della l. 833/78, quando si affermava che « una volta effettuata... una maggiore specificazione... degli obiettivi prefissati in sede centrale, bisognerebbe elaborare una serie di sanzioni finanziarie che agissero da disincentivi a comportamenti irresponsabili. A questo scopo... si tratterebbe di « punire » le regioni che si rivelassero irresponsabili -e sorpassando i massimali di spesa e non utilizzando congruamente le risorse a disposizione - riducendo le allocazioni dell'anno e degli anni successivi a quello in cui si siano registrati gli eventuali comportamenti devianti » GRANAGLIA E., *Per un nuovo intervento pubblico in sanità*, Milano, 1981, 180).

⁶⁴ In effetti, la Costituzione riconosce il diritto alla salute e non l'obbligo di fornire servizi sanitari uniformi.

agli essenziali, non è chiaro se essi debbano intendersi come livelli minimi (ad esempio rispetto ai rischi generali che non mostrano variabilità di costo tra le regioni); oppure come livelli necessari per mantenere il principio di universalità egualitaria del Ssn e il rispetto della salute come diritto di cittadinanza. A questo riguardo, non contribuisce alla chiarezza il d.lgs. 229/99 quando afferma che i livelli essenziali debbono essere selezionati in base a criteri di necessità, efficacia e appropriatezza d'uso, assegnandone la competenza al Psn attraverso un processo di selezione per sottrazione delle attività svolte dal Ssn. Inoltre, la contestualità con cui livelli essenziali e risorse dovrebbero essere determinati, rende il concetto relativamente più sfuggente, in quanto lascia presupporre una certa variabilità dei livelli essenziali, in dipendenza delle specifiche risorse che, di anno in anno, potrebbero essere loro assegnate⁶⁵.

Sotto il profilo del controllo, quindi, con il d.lgs. 56/00 ci si trova di fronte a numerose modifiche del preesistente impianto del d.lgs. 502/92 che non assumono però carattere di profonda trasformazione, soprattutto nella parte in cui si richiedono gli stessi sforzi attuativi già richiesti e non compiuti nell'ultimo decennio. La vera innovazione, quindi, è attesa sul piano dell'attuazione, più che su quello legislativo/formale; la modifica delle modalità di finanziamento del Ssn non pare in effetti sufficiente, di per sé, a responsabilizzare né le regioni, né il governo centrale. La limitazione della quota capitaria al finanziamento dei livelli essenziali ed uniformi non impedisce, in assenza dei meccanismi richiesti, una contrapposizione tra Stato e regioni sulla sufficienza dei fondi; certamente. modifica i percorsi di aggiustamento, non più in sede di legge finanziaria, ma probabilmente attraverso aggiustamenti dei parametri perequativi di distribuzione della compartecipazione Iva. Solo il controllo di merito può evitare, almeno parzialmente, che la conflittualità tra Stato e regioni assuma connotati deleteri; ma ciò implica fare un passo decisivo in una direzione che era già stata tracciata ai tempi della riforma bis.

⁶⁵ Il che non necessariamente assume connotati negativi; miglioramenti delle condizioni del bilancio pubblico potrebbero spingere governo centrale e regioni a rivedere verso l'alto il pacchetto di prestazioni essenziali da finanziare.

4.2 Il potere di intervento dello Stato nei sistemi sanitari regionali e l'invasività delle sfere di competenza delle autonomie.

Argomentazioni possono essere avanzate a sostegno dell'ipotesi che il governo centrale manterrà, in casi specifici, significativi poteri di intervento. Alcuni di essi sono collegati all'attivazione delle procedure di monitoraggio (quindi al controllo dei livelli); altri sono invece più direttamente collegati alla preoccupazione che le regioni non superino tetti di spesa predeterminati. Tra i primi rientrano i seguenti casi: insufficiente assistenza sanitaria ma procedure di monitoraggio attivate; assenza di procedure di monitoraggio. Tra i secondi rientrano invece i vincoli generali collegati al Patto di stabilità interno e ai disavanzi di gestione della spesa sanitaria.

4.3 La giurisprudenza costituzionale

La Corte costituzionale si è naturalmente trovata ad esercitare l'usuale vaglio sulla legislazione, di delegazione e delegata, del periodo in esame, in gran parte validandone la conformità all'invariato dato costituzionale. Per pervenire a tale risultato il giudice delle leggi ha dovuto discostarsi sensibilmente dalle premesse tradizionali della propria giurisprudenza, della quale, con qualche semplificazione, potrebbe assumersi a parametro di riferimento, sul terreno dei rapporti tra i livelli di governo, la sentenza n. 343 del 1991, che individuava la Regione come "centro propulsore e di coordinamento dell'intero sistema delle autonomie"⁶⁶

Nel filone giurisprudenziale che riguarda la legislazione Bassanini la sentenza n. 408 del 1998⁶⁷, nel rigettare quasi tutte le censure regionali contro la legge n. 59, lascia alla pressoché incondizionata discrezionalità del legislatore statale di optare per un modello di potenziamento del ruolo regionale anche nell'assetto delle funzioni degli enti locali o per uno di determinazione diretta della sfera di attribuzioni degli enti locali, con garanzia a priori anche verso il legislatore regionale: la Corte fa dunque esercizio di deferenza verso scelte di politica istituzionale ritenute pienamente fungibili in termini di legittimità. Non è

⁶⁶ In Giur. cost., 1991, 2718 ss., in particolare 2729, con osservazione di L. VANDELLI, *La Regione come centro propulsore e di coordinamento del sistema delle autonomie locali e le funzioni delle province*, 2738 ss.; *Le Regioni*, 1992, 1000 ss., in particolare 1017.

⁶⁷ In Giur. cost., 1998, 3493, con osservazione di A. ANZON, *Leale collaborazione tra Stato e Regioni, modalità applicative e controllo di costituzionalità*, 3531 ss. in *Le Regioni*, 1999, 383, con nota di R. BIN, *L'indirizzo e coordinamento nella Bassanini: ritorno alla legalità*, 406 ss.

violata neppure la leale collaborazione quando il legislatore statale introduce modi di cooperazione strutturali e funzionali ed anche interventi sostitutivi a tutela degli interessi unitari o forme collaborative tra Regioni ed enti locali, se nel rispetto dell'autonomia costituzionale di ciascun ente.

La decisione n. 159 del 2001⁶⁸ ha interpretato la disciplina contenuta nel d.lgs. 32/1998 sui carburanti come meramente ricognitiva dell'esistente e quindi non lesiva, mentre il mutamento di titolo dell'intervento regionale (delega in base all'art. 52, c. 1, lett. a), del D.P.R. 616, trasferimento in base all'art. 41, e. 2, lett. d), del d.lgs. 112) è irrilevante, ed ancora l'eccesso di delega è escluso in base ai criteri indicati già nella decisione n. 408 (in negativo identificazione delle materie escluse, in positivo bastano i criteri del riferimento agli interessi ed alla promozione dello sviluppo delle comunità regionali e locali; inoltre la sussidiarietà dà un apporto di regolarizzazione di eventuali disfunzioni).

La sentenza n. 322 del 2000⁶⁹ ha ritenuto inammissibili le censure della Liguria sulle disposizioni del d.lgs. 112 concernenti il demanio marittimo, mentre la n. 290 del 2001⁷⁰ ha fatto salvo il concetto di ordine pubblico di cui all'art. 159 del d.lgs. 112 tutelando così le prerogative comunali in materia di agenzie di affari.

Altre questioni di costituzionalità della stessa l. 59 in materia di formazione professionale ed artigianato sono state esentate dal sindacato della Corte grazie al sopravvenire della normativa rappresentata dalla l. 340/2002.

La sentenza n. 111 del 2001⁷¹ esclude qualunque lesione nel d.lgs. 422, spingendosi a salvare il conferimento come formula riassuntiva di tutti gli strumenti costituzionalmente ammessi per il decentramento delle funzioni. Inoltre, secondo tale decisione, l'art. 16 del d.lgs. 422, riferendosi al contenuto minimo dei servizi pubblici di trasporto locale, prefigura la futura lett. m) dell'art. 117, c. 2.

⁶⁸ In *Giur. cost.*, 2001, 1281 ss., con osservazione di F.S. MARINI, *Il trasferimento della materia già delegata: i miracoli (incostituzionali) del D.P.R. n. 112 del 1998*, 1288 ss. in *Le Regioni*, 2001, 887-888.

⁶⁹ In *Giur. cost.*, 2000, 2416 ss., con nota redazionale di A. CELOTTO, 2426 ss. e in *Le Regioni*, 2000, 1149

⁷⁰ In *Giur. cost.*, 2001, 2392, con nota redazionale di G. BIANCO, 2400 ss. in *Le Regioni*, 2002, con nota di Q. CAMERLENGO, *Pubblica sicurezza statale e polizia amministrativa locale tra ordine pubblico e sviluppo economico*, 202 ss.

⁷¹ In *Giur. cost.*, 2001, 736 ss, con nota redazionale di G. D'ALESSANDRO, 751 ss. in *Le Regioni*, 2001, 880-883.

Praticamente solo l'intervento sostitutivo sul Veneto viola la leale collaborazione (sentenza n. 110 del 2001⁷²), in quanto la norma procedurale dell'art. 4, c. 5, della l. 59 impone la previa consultazione della Regione presunta inadempiente, non bastando la cedevolezza della disciplina sostitutiva rispetto alla normazione regionale da adottare.

Ma il cammino della riforma del titolo V registra un decisivo passo in avanti grazie alla sentenza n. 282/2002. La Corte infatti con questa sentenza fa qualcosa che, nel panorama generale, assume un sapore rivoluzionario: applica la nuova disciplina. La prende in considerazione dimostrando che essa c'è e che, essendoci, può "far male": determinando la cancellazione dall'ordinamento degli atti legislativi con la stessa contrastanti(nella specie: una legge della Regione Marche che sospendeva alcune pratiche terapeutiche).

Questo atteggiamento emerge, oltre che da quello che la sentenza dice, da quello che essa si limita a far capire. Ci si riferisce, in particolare a tre *obiter dicta*, estremamente significativi.⁷³

In primo luogo, all'inciso finale: all'affermazione che la soluzione accolta esonera la Corte dall'esaminare gli altri profili d'incostituzionalità denunciata, dispensandola, ed è questa la parte che merita di essere sottolineata, dal proporsi "il problema della loro ammissibilità in base al nuovo articolo 127, primo comma, della Costituzione".

Pur nella sua estrema sobrietà, questo passaggio lascia trasparire che il giudice della costituzionalità è perfettamente consapevole dell'enorme novità impressa ai rapporti tra Stato e Regioni dalla nuova disciplina del giudizio in via principale. La quale concorre a privare lo Stato del ruolo tutorio che precedentemente rivestiva.

In particolare il Collegio mostra di ritenere che per effetto dell'innovazione lo Stato non possa più far valere l'intero spettro dei possibili vizi di legittimità costituzionale, dovendosi limitare a denunciare il vizio d'incompetenza, strettamente inteso.

Il secondo *obiter dictum* che merita di essere segnalato riguarda la competenza concorrente. La sentenza, in particolare, sottolinea che "la nuova formulazione dell'art. 117, terzo comma, rispetto a quella previgente dell'art. 117, terzo comma, rispetto a quella previgente dell'art. 117, primo comma, esprime l'intento di una più netta distinzione fra la competenza regionale a legiferare in queste materie e la competenza statale, limitata alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina". Si afferma dunque che nelle materie assoggettate alla competenza concorrente, lo Stato non intervenga con norme di

⁷² In *Giur. cost.*, 2001, 724, con osservazione di S. MANGIAMELI, *Brevi considerazioni sui meccanismi di conferimento e di sostituzione previsti dalla legislazione del c.d. "federalismo a Costituzione invariata"*, 733 ss. e in *Le Regioni*, 2001, 879.

⁷³ Cfr. A. D'Atena, *La Consulta parla... e la riforma del Titolo V entra in vigore*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2002, 2028 ss.

dettaglio (cedevoli o cogenti che siano). Infatti, una volta accolto il duplice presupposto che, su tali materie: a) il potere di legiferare spetta alle Regioni; b) la competenza dello Stato è limitata alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina, non si vede in che modo potrebbe giustificarsi l'adozione, da parte di quest'ultimo, di prescrizioni che principi non siano.

Il terzo *obiter dictum* che presenta un'importanza notevole riguarda l'interpretazione della materia di cui alla lettera m) dell'art. 117, comma 1 concernente l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti da garantire unitariamente sull'intero territorio nazionale.

La sentenza infatti, chiarisce che l'ambito così individuato non identifica una "materia" in senso stretto, ma "una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie" ed ha perciò natura trasversale. Tale competenza consiste nel potere di "porre le norme necessarie per assicurare a tutti sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle". Sembra così che la Corte, identificando i "livelli essenziali" con le "prestazioni garantite come contenuto essenziale" dei diritti civili e sociali, intenda privilegiare la valenza egualitario-solidaristico del concetto, lasciando nell'ombra quella tecnico-finanziaria della compatibilità con le risorse disponibili, profilo, questo, che resta peraltro di rilievo decisivo e pone problemi di particolare gravità in ordine al nuovo assetto finanziario disegnato dall'art. 119 Cost., specie in riferimento al ruolo del fondo perequativo ex comma 3 e dei contributi speciali di cui al comma 5.

La Corte infine ha dovuto affrontare per la prima volta la problematica distinzione tra "determinazione dei livelli essenziali" in materia sanitaria e "tutela della salute". Il caso non coinvolgeva aspetti organizzativi, ma una attività terapeutica, vista sotto il profilo della sua efficacia. Il criterio di riferimento seguito per imputare tale attività, nel caso di specie, alla seconda materia è convincente: in effetti, una cosa è valutare l'appropriatezza ed efficacia di una azione terapeutica nei confronti di determinate patologie, altra cosa stabilire se, una volta verificatene l'appropriatezza, quella o altra terapia siano o meno da considerare anche prestazione essenziale a tutela della salute, da garantire a tutti i membri della collettività in modo uniforme per mezzo del Servizio sanitario nazionale.

Sembra perciò corretto l'aver ascritto la legge della Regione Marche sulla sospensione dell'elettroshock e di alcuni interventi di psico-chirurgia (sulla base di una pretesa loro dubbia efficacia) alla materia di legislazione concorrente, invece che in quella statale esclusiva dell'art. 117, comma 2, lett. m), come pretendeva il Governo ricorrente, e averla

poi assoggettata alla verifica di conformità con i “principi fondamentali” di origine statale.⁷⁴

4.4 La perequazione delle risorse.

Ma quali strumenti ha effettivamente a disposizione il governo centrale per il raggiungimento dei suoi obiettivi in materia sanitaria? Entra in gioco un ulteriore rilevante aspetto del processo di decentramento, costituito dalla perequazione delle risorse regionali⁷⁵. Nei confronti delle regioni, il sistema perequativo ha storicamente erogato risorse attraverso due canali, uno di natura generica e uno di carattere specifico, come riflesso dell'impostazione che il finanziamento della spesa sanitaria ha assunto nel corso degli anni (v. sopra).

Il primo canale, quello generico, era costituito dal Fondo comune⁷⁶; nel secondo canale, convivevano invece il Fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo (Fprs)⁷⁷; il Fondo nazionale trasporti (Fnt) e il Fondo sanitario nazionale (Fsn). Nel 1996 (con il collegato alla legge finanziaria), il Fondo comune, il Fprs e il Fnt sono stati aboliti e rimpiazzati in parte nel 1996 con l'istituzione di una compartecipazione all'accisa sulla benzina e in parte nel 1997 con l'introduzione di un fondo perequativo della stessa compartecipazione.

⁷⁴ Cfr. A. D'Atena, *La consulta parla*, cit., 2028 ss.; D. Morana, *la tutela della salute fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V*. A proposito della sent. 282/2002 della Corte Costituzionale, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2002, 2034 ss.; R. Bin, *Il nuovo riparto di competenze legislative. Un primo importante chiarimento*, in *Le Regioni*, 2002, 1445 ss.; L. Violini, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico-scientifica*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2002, 1450ss; M. Lucani, *I diritti costituzionali*, in *Giurisprudenza costituzionale* 2002, 355 ss.

⁷⁵ Per una esaustiva trattazione della questione dei finanziamenti regionali si veda GIARDA P. (2000), *Il federalismo fiscale in attuazione della l. 133/99: aspetti tecnici, ragioni e problemi aperti*, *Economia pubblica*, vol. 30, n. 5, 5-45. Per una discussione critica del ruolo della compartecipazione Iva, invece, si permetta il rinvio a Liberati (2000). Più in generale, sulle questioni dei finanziamenti e della perequazione regionali, si vedano, ad esempio, BORDIGNON M., EMILIANI N. (1997), *Federalismo e perequazione: un modello per la redistribuzione interregionale delle risorse*, Roma, Ministero del Tesoro e della Programmazione Economica, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, Ricerca n. 2. (1997), ARACHI G., ZANARDI A. (1998), *Federalismo e perequazione regionale: lavori in corso*, in L. Bernardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana - rapporto 1998*, Bologna, Il Mulino, 135-158, ARACHI G., GRECO L., ZANARDI A. (1999), *Perequazione regionale e finanziamento della sanità: prospettive dopo la riforma Irap*, in Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie «G. Prato» (a cura di), *Autonomia regionale e sistema sanitario: atti del IV workshop di economia sanitaria, Torino, 4-5 giugno 1998*, Torino, Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie «G. Prato», Quaderno n. 39, 265-301.

⁷⁶ Il fondo comune era costituito dal 75 per cento del gettito dell'imposta di fabbricazione sugli spiriti, sulla birra, sullo zucchero, sul glucosio e sui gas incompressibili; dal 15 per cento dell'imposta sugli olii minerali; dal 25 per cento dell'imposta sui tabacchi. Ma la sua distribuzione si basava su parametri con contenuto di perequazione generica: 6/10 secondo la popolazione residente; 1/10 secondo la superficie di ciascuna regione; 3/10 secondo il tasso di emigrazione, il grado di disoccupazione e il carico pro capite dell'imposta complementare allora vigente.

⁷⁷ Che, di fatto, poteva essere considerato di natura generica.

La sostituzione di tributi compartecipati a trasferimenti erariali (anche finalizzati) indica come, anche al di fuori dell'ambito sanitario, fosse presente l'idea di una progressiva perdita di specificità delle risorse devolute alle regioni. Dopo il 1996, infatti, a fianco del meccanismo perequativo relativo alla sola accisa sulla benzina, l'unico elemento di perequazione specifica rimane quello implicito nel Fsn. Con il decreto istitutivo dell'Irap (d.lgs. 446/97), la perequazione delle risorse regionali subisce un'ulteriore modifica: viene abolito, dal gennaio 1999, il precedente fondo perequativo e introdotto un Fondo di compensazione interregionale (Fci) alimentato dalle eccedenze positive dell'Irap ed erogato alle regioni con gettito residuo Irap negativo⁷⁸. Prevalde, in questa fase, l'idea che alla perequazione delle risorse regionali, al di fuori del campo sanitario, si debba procedere attraverso correzioni specifiche per ciascuna imposta (l'accisa sulla benzina prima, l'Irap poi) a scapito di una visione unitaria del processo perequativo⁷⁹.

Per ciò che concerne l'ambito sanitario, la perequazione delle risorse avveniva invece prevalentemente in via implicita, attraverso la definizione della «quota capitaria» e con lo scopo di raggiungere i livelli uniformi ed essenziali. La quota capitaria costituiva, allo stesso tempo, la base per l'identificazione delle prestazioni sanitarie da garantire e il parametro necessario per la quantificazione del fabbisogno sanitario alla cui copertura provvedeva il Fsn.

Il d.lgs. 56/00 introduce due importanti cambiamenti. Da un lato, prende forma un sistema perequativo di carattere unitario, cioè rivolto a considerare le risorse regionali complessive e non ad operare in modo frammentario rispetto a singole imposte; ne consegue, piuttosto ovviamente, l'abolizione del precedente Fci. D'altro lato, si interrompe la corrispondenza diretta tra definizione delle prestazioni e Fsn, attraverso l'abolizione di quest'ultimo. Il fabbisogno sanitario che deriverà dalla quota capitaria non sarà direttamente coperto con fonti specifiche, ma verrà assorbito nel sistema perequativo generale alimentato dal gettito della compartecipazione Iva.

⁷⁸ Il gettito Irap residuo era calcolato come differenza tra il gettito Irap al netto del 90 per cento destinato al finanziamento della spesa sanitaria e le quote obbligatoriamente destinate allo Stato, alle province e ai comuni (per costi di accertamento e riscossione, per compensazione dell'abolita imposta patrimoniale sulle imprese, per sostituzione del precedente fondo perequativo e per la compensazione di tributi provinciali e comunali aboliti).

⁷⁹ A questo riguardo, è interessante l'opinione della Corte dei conti che, nella Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni a statuto ordinario, fece notare « la farraginosità e complessità del duplice meccanismo perequativo che, per un verso, fa leva sul Fsn e bilancia la diversità di gettito, tra le regioni che il 90 per cento dell'Irap netta, sommata all'addizionale Irpef, determinerà rispetto ai contributi sanitari (soppressi); per altro verso, sostituisce il soppresso Fondo perequativo istituito dall'art. 3 comma 2 della legge 549 del 1995 (il fondo perequativo dell'accisa sulla benzina) con il fondo di compensazione interregionale alimentato direttamente dalle cosiddette « eccedenze » regionali. Un sistema questo che, a parte la complessità, lascia irrisolta la questione relativa alla perequazione di un'importante fonte di gettito regionale, la tassa automobilistica ». Si veda Corte dei Conti (1998), *Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni a statuto ordinario per gli esercizi dal 1991 al 1996*, Roma, Corte dei Conti, vol. I, 69.

La compartecipazione Iva costituisce, in effetti, il « vero » strumento perequativo del nuovo sistema di finanziamento regionale, nonostante il fatto che il d.lgs. 56/00 faccia riferimento ad un'assegnazione dell'Iva che impieghi «come indicatore di base imponibile la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat a livello regionale negli ultimi tre anni disponibili». E nonostante il fatto che lo stesso decreto preveda l'istituzione di un «Fondo perequativo nazionale» che, nelle intenzioni, dovrebbe risultare concettualmente distinto dalla compartecipazione Iva, ma che in realtà assume carattere puramente nozionale⁸⁰.

A regime, la perequazione sarà governata dalla formula contenuta nell'allegato tecnico al d.lgs. 56/00⁸¹:

$$(1) \phi_i = \frac{n_i}{N} + \frac{n_i \sum_k t_k (x_k - x_{ki}) \beta}{CIVA} + \frac{n_i (s_i - s)}{CIVA} + \frac{n_i (p_i - p) y}{CIVA}$$

in cui n_i è la popolazione della i -esima regione, N è la popolazione totale, t_k è l'aliquota relativa alla k -esima fonte di entrata, x_k è la base imponibile standard della k -esima imposta, x_{ki} è, con riferimento ad una data imposta k , la base imponibile effettiva della i -esima regione, $P\beta$ è il coefficiente di aggiustamento della capacità fiscale, s_i è il fabbisogno sanitario standard regionale, s è il fabbisogno sanitario standard nazionale, p_i è la spesa non sanitaria effettiva della regione, p è la stessa spesa a livelli standard, y è un coefficiente di aggiustamento dimensionale e $CIVA$ è l'importo della compartecipazione Iva.

La (1) contiene tutte le variabili che incideranno sulla redistribuzione delle risorse tra le regioni, non essendoci più, a seguito del d.lgs. 56/00, differenze tra contenuto generico e specifico della perequazione. Nella (1), il primo membro del termine di destra è la quota di popolazione regionale sul totale nazionale; in aggregato questa quota deve quindi sommare a 1.

⁸⁰ Sul piano dei principi la struttura delineata dal d.lgs. 56/00 è coerente con l'idea che le risorse che affluiscono alle regioni a titolo di compartecipazione debbano essere in relazione ai livelli di ricchezza territoriali, nel caso specifico approssimati dai consumi delle famiglie. Tuttavia, nel funzionamento effettivo del sistema di finanziamento, il riferimento ai consumi delle famiglie non determina le quote effettivamente percepite dalle regioni. Infatti, se una regione aumentasse, i suoi consumi e un'altra regione subisse una riduzione dei propri tale da mantenere inalterato il volume complessivo dei consumi (e il gettito Iva sottostante), *ceteris paribus* la prima regione non otterrebbe alcun incremento di risorse. Su questi specifici aspetti sia consentito il rimando a LIBERATI P., *Compartecipazione o trasferimento perequativo? Il ruolo dell'Iva nel nuovo sistema di finanziamento regionale*, *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, vol. 59, n. 4, 598-617. (2000).

⁸¹ Si ricorda che il sistema perequativo sarà soggetto ad un lungo regime transitorio (fino al 2013) in cui la spesa storica continuerà ad esercitare un'incidenza decrescente nella ripartizione dei fondi derivanti dalla compartecipazione Iva

Il secondo membro rappresenta la perequazione della capacità fiscale. Date k fonti di entrata, si calcola, per ciascuna regione e per ciascuna fonte di entrata, la differenza pro capite tra il gettito standard nazionale ($tKxk$)⁸² la cui base imponibile è ottenuta come media ponderata delle singole basi imponibili standard regionali⁸³, e il gettito standard regionale ($tk Xk$)⁸⁴. La sommatoria degli scostamenti pro capite viene moltiplicata per la popolazione regionale (n_i), al fine di ottenere l'importo complessivo spettante a ciascuna regione. Il coefficiente β , invece, che varia tra zero ed uno, costituisce la misura della differenza pro capite complessiva di risorse che si desidera perequare⁸⁵. Poiché la sommatoria si riferisce agli scostamenti dalla media, in aggregato essa deve essere pari a zero. Si tratta, quindi, di un fattore puramente redistributivo. Il che implica che regioni con gettiti standard effettivi inferiori a quello medio nazionale, beneficeranno di un maggiore ϕ ; viceversa per le regioni con gettiti standard effettivi superiori a quello medio nazionale⁸⁶.

Il terzo termine riguarda la perequazione del fabbisogno sanitario. C'è qui un obiettivo specifico: fare in modo che tutte le regioni siano in grado di provvedere al finanziamento di un livello standard di fabbisogno pro capite (s). Senza entrare nel merito di questo vincolo, si può osservare che un fabbisogno $si > s$ determina un maggiore ϕ . Viceversa nei casi in cui $si < s$. Poiché il fabbisogno sanitario standard nazionale è determinato come media ponderata dei singoli fabbisogni regionali⁸⁷ la sommatoria aggregata del terzo termine deve nuovamente essere zero. Anche in questo caso, quindi, si tratta di un'azione puramente redistributiva.

Infine il quarto termine, che determina la perequazione della spesa extra sanitaria. Esso funziona in modo del tutto analogo al terzo, salvo il fatto che p rappresenta la spesa

⁸² Le entrate considerate ai fini del calcolo della capacità fiscale regionale sono: Irap, addizionale Irpef, compartecipazione all'accisa sulla benzina e tassa automobilistica. Come si può notare, la compartecipazione Iva, al contrario di quella sull'accisa benzina, non contribuisce a determinare la capacità fiscale delle regioni.

⁸³ Cioè: $xK = (\text{sommatoria } n, xk, 1 \text{ li } n_i)$.

⁸⁴ Entrambi valutati ad aliquote standard t . Non si entrerà qui nel merito di una questione che pure meriterebbe un approfondimento, quella di come si determinerà la base imponibile potenziale dell'Irap e del necessario carattere di trasparenza che tali quantificazioni dovrebbero assumere. Nell'allegato tecnico al decreto, parte I, si afferma che « le basi imponibili potenziali dell'Irap e della tassa automobilistica sono rese disponibili dal Ministero delle finanze che le determina sulla base delle dichiarazioni dei redditi, delle risultanze di bilancio e dei dati relativi al pubblico registro automobilistico, tenendo conto, possibilmente, del valore della base imponibile evasa ». Il prodotto tra queste basi imponibili e le aliquote standard (per il momento, 4,25 per cento per l'Irap e valore medio ponderato delle aliquote per la tassa automobilistica) produrrà il gettito potenziale dei due tributi. Mentre per addizionale Irpef e accisa sulla benzina, pare di capire che il gettito potenziale verrà calcolato come prodotto tra aliquote base (0,9 per cento e 250 £/1, rispettivamente) e basi imponibili effettive.

⁸⁵ Il valore di β è stato fissato a 0,9. Quindi, la capacità fiscale sarà perequata al 90 per cento.

⁸⁶ Nel caso dell'Irap, ad esempio, i gettiti effettivi standard pro capite (valutati all'aliquota del 4,25 per cento) sono generalmente più elevati della media nelle regioni settentrionali e più bassi della media nelle regioni meridionali. Quindi, a parità di popolazione regionale, nell'esempio, una regione settentrionale avrebbe un minore ϕ rispetto ad una regione meridionale.

⁸⁷ Cioè: $s = (\text{sommatoria } i \text{ ni } si / \text{sommatoria } in)$.

standardizzata extra sanitaria e y un fattore di aggiustamento per le dimensioni territoriali⁸⁸. Poiché lo standard nazionale è nuovamente la media ponderata dei singoli fabbisogni di spesa extra sanitaria⁸⁹ la sommatoria aggregata tra le regioni sarà ancora zero. Quindi, anche questo termine esercita un'azione puramente redistributiva, nella stessa direzione espressa dalla perequazione del fabbisogno sanitario.

Come si può agevolmente rilevare, il sistema di perequazione introdotto con la formula (1) fa perno sulla popolazione regionale, come fattore di redistribuzione verticale (cioè dal governo centrale alle regioni); agli altri parametri, invece, è implicitamente assegnato il ruolo di aggiustamento interregionale. Ciò contribuisce a determinare un sistema di perequazione centrato su un indicatore «pro, capite corretto». Tra i fattori di aggiustamento compare anche il fabbisogno sanitario. Nello schema generato dal d.lgs. 56/00, tale fabbisogno continuerà ad essere determinato in funzione della quota capitaria, presumibilmente con riferimento ai livelli «essenziali ed uniformi»; inoltre, alla perequazione implicita nella determinazione della quota capitaria, si aggiungerà un'ulteriore perequazione, contenuta nella formula (1), rivolta a compensare i differenziali di fabbisogno pro capite.

Quanto di questo processo di perequazione sarà in effetti sotto il controllo o l'influenza delle regioni? A questo riguardo, il d.lgs. 56/00, all'art. 2, prevede che gli importi assegnati alle regioni a titolo di compartecipazione Iva siano stabiliti annualmente su proposta del Ministro del tesoro, sentito il Ministero della sanità, e d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni. C'è quindi da attendersi che le regioni, attraverso l'organo di rappresentanza, possano in qualche misura «trattare» la dimensione delle risorse a loro destinate⁹⁰. Tuttavia, l'effettivo bilanciamento dei poteri potrà essere valutato solo caso per caso, indipendentemente dalla formale partecipazione della Conferenza Stato – Regioni nel processo decisionale. Comunque è opportuno ricordare che l'intesa con la Csr è prevista in molte parti del d.lgs. 56/00 anche al fine di governare il regime transitorio. Oltre all'art. 2 comma 4, l'intervento della Csr è previsto all'art. 5 comma 1 (rideterminazione di aliquote e compartecipazioni); all'art. 6 (ulteriori risorse per nuove funzioni conferite); all'art. 9 comma 1 (sistema di garanzia); all'art. 9 comma 3 (eventuali raccomandazioni per anomalie riscontrate dal sistema di monitoraggio); all'art. 10 (partecipazione delle Rso all'attività di accertamento).

⁸⁸ Il valore di y è stato fissato a 0,7. Non si tratta di una correzione specifica, ma generalizzata, rivolta a ridurre gli svantaggi delle regioni piccole e i vantaggi delle regioni grandi nella stessa misura. La spesa standardizzata, inoltre, sarà stimata attraverso tecniche di regressione mettendo in relazione le spese pro capite delle regioni con il logaritmo naturale della popolazione regionale.

⁸⁹ Cioè: $p_i = (\text{sommatoria } i \text{ ni } p_i + 1 \text{ sommatoria } i \text{ n}_i)$.

⁹⁰ La recente determinazione del Fsn per il 2001 costituisce in effetti un esempio del risultato dell'attività negoziale delle regioni.

4.5. Conclusioni.

Le questioni sinora analizzate non consentono evidentemente di dare una risposta conclusiva sull'assetto che il sistema sanitario assumerà una volta avviato il processo di decentramento delle relative funzioni. Anche un giudizio sintetico complessivo sulle recenti riforme in senso federalista risulta di difficile elaborazione. A questo riguardo, di un certo ausilio può essere la tecnica di distinguere due gradi di valutazione. Ad un livello relativamente più generale, si potrebbe ritenere che con il processo di federalismo si sia tentato di affrontare il nodo strutturale della gestione regionale delle spese sanitarie, cioè quello della formazione dei deficit e del successivo ripiano da parte del governo centrale. E' forse questa la fase di più intensa attività, relativamente all'idea che le risorse in tale settore debbano essere correttamente impiegate, idea che non può che essere condivisa sul piano dei principi. Ad un livello più microeconomico, tuttavia, alcune scelte tecniche operate in sede di attuazione dei principi appaiono discutibili e, in una certa misura, riconducibili alla profonda incertezza che, ancora a seguito del d.lgs. 56/00, caratterizza la suddivisione di competenze tra governo centrale e regioni.

Costituisce senza dubbio un principio condivisibile che le regioni siano poste nella condizione di spendere con responsabilità, evitando cioè *soft budget constraints*; potrebbe essere altrettanto condivisibile, però, l'idea che il permanere di interessi centrali su funzioni di spesa delegate alle regioni siano chiaramente specificate e opportunamente finanziate, anche al di fuori dei normali canali di erogazione delle risorse regionali. La presenza di regioni contemporaneamente autonome e agenti del governo centrale rispetto al servizio sanitario, e l'annessa questione dei livelli essenziali⁹¹ ed uniformi, costituiscono punti di rilevante incertezza nell'evoluzione dell'intero sistema di finanziamento e nella percezione regionale del vincolo di bilancio.

Sotto questo profilo, è opportuno ricordare due aspetti. Il primo, che altre forme di assistenza, in particolare quelle incluse nel sistema integrato di interventi e servizi sociali (l. 328/00) rivolto a superare situazioni di bisogno e di difficoltà mantengono al governo centrale competenze nella determinazione dei principi e degli obiettivi, ma soprattutto, analogamente al Ssn, competenze nella determinazione degli standard sociali da ritenersi essenziali ed uniformi. Tuttavia, coerentemente con l'impostazione, ma in apparente contraddizione con le modalità di finanziamento della spesa sanitaria, è previsto in questo caso che sia il governo centrale a definire e ripartire un Fondo nazionale per le politiche

⁹¹ Cfr. A. D'Atena, *La Consulta parla*, cit., 2027 ss.

sociali (Fnps) lasciando alle regioni un mero ruolo di esecuzione nella distribuzione dei fondi per obiettivi ed interventi di settore.

Il secondo aspetto riguarda il sostanziale potere di intervento che il governo centrale mantiene con riferimento al Ssn. La questione della definizione dei livelli essenziali ed uniformi porta con sé, infatti, la necessità di attivare procedure di controllo ex post sul comportamento delle regioni. L'attività di monitoraggio sarà quindi *condicio sine qua non* per separare le responsabilità del governo centrale da quelle delle regioni; ed è coerente con l'idea che il governo centrale mantenga degli interessi sul livello di prestazioni sanitarie. In particolare, sarà importante rovesciare gli esiti negativi che forme analoghe di controllo hanno manifestato nelle passate esperienze, sia per l'assenza di una precisa divisione di competenze tra governo centrale e regioni, sia per la presenza di una ambiguità di fondo dei relativi sistemi di finanziamento che, soprattutto nel d.lgs. 56/00, non incorporano l'idea che il finanziamento delle spese sanitarie «obbligatorie» debba in qualche modo distinguersi da quello relativo alle spese su cui le regioni possono autonomamente decidere.

A ciò si collegano gli interrogativi di carattere generale sulla trasformazione del finanziamento regionale introdotta con il d.lgs. 56/00, ovvero la formale abolizione del Fsn e l'introduzione di una compartecipazione Iva. Si è infatti rilevato, nel testo, come questa nuova forma di finanziamento assuma i connotati di un trasferimento perequativo pro capite di natura verticale, che entrerà a regime soltanto nel 2013. Divengono allora meno chiare le ragioni che hanno indotto all'abolizione di un trasferimento vincolato (quello del Fsn) in favore di un trasferimento perequativo che dovrà comunque tenere conto di variabili sanitarie, sia direttamente (attraverso il parametro perequativo), sia indirettamente (attraverso la definizione dei livelli essenziali ed uniformi).

Al solo fine di proporre spiegazioni alternative a quelle prevalenti, e tracciare una linea di indagine che potrebbe riguardare una parte significativa dei rapporti tra governo centrale e regioni, si può ipotizzare il perseguimento della separazione tra *controllo percepito* e *controllo effettivo*. Tra il nuovo e il precedente sistema di finanziamento regionale, infatti, le differenze di forma appaiono a tratti maggiori di quelle di sostanza, ma una diversità sostanziale riguarda l'aspetto contabile della riforma. Infatti, l'abolizione del Fsn elimina, nel bilancio dello Stato, un'importante voce di spesa spostando l'onere del finanziamento regionale sul lato delle minori entrate derivanti da Iva (nonché accisa sulla benzina); nello stesso tempo, il governo centrale intende mantenere, come si è visto, un controllo significativo sui risultati della spesa sanitaria. Si potrebbe allora avanzare l'ipotesi che il governo centrale stia percorrendo un modello di shift *the responsibility*). La premessa di

questi modelli consiste nell'esistenza di una percezione alterata dei benefici e dei costi di una specifica attività, attraverso la quale si crea una separazione tra controllo percepito, che nel caso specifico potrà essere quello regionale, e controllo effettivo, che almeno in parte rimarrà nelle mani del governo centrale.

Supporto a questa interpretazione potrebbe derivare dalla configurazione ibrida che le competenze in materia sanitaria vanno assumendo, con le regioni che non si inquadrono esattamente all'interno di uno schema tradizionale principale, che appare sottodimensionato rispetto all'autonomia regionale, né all'interno di un puro rapporto fiduciario, che appare invece sovradimensionato data la permanenza di forti interessi centrali sull'attività sanitaria. Certamente ambizioso pensare che all'interno di sistemi così strutturati si possa giungere ad una precisa attribuzione di responsabilità; se la struttura che si va delineando è quella oggetto di interpretazione in questo capitolo, sia il governo centrale sia le regioni dovranno probabilmente abbandonare l'idea di raggiungere una rigorosa *accountability* del loro operato. Dal lato della domanda, ciò costituirà un elemento negativo; se lo sarà dal lato dell'offerta, dipenderà dal bilanciamento dei rispettivi poteri su un piano strettamente politico.

Dr. Raffaele CARDILLO

Dirigente del COMUNE DI LUCERA

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

ANZON A., *I poteri delle regioni dopo la riforma del Titolo V*, Torino, 2002, 130 – 13.

ANZON A., *I poteri delle regioni*, cit., 14/16.

ANZON A., *Leale collaborazione tra Stato e Regioni, modalità applicative e controllo di costituzionalità*, 3531 ss. in *Le Regioni*, 1999, 383, con nota di R. BIN, *L'indirizzo e coordinamento nella Bassanini: ritorno alla legalità*, 406 ss.

ARACHI G., GRECO L., ZANARDI A. (1999), *Perequazione regionale e finanziamento della sanità: prospettive dopo la riforma Irap*, in Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie «G. Prato» (a cura di), *Autonomia regionale e sistema sanitario: atti del IV workshop di economia sanitaria, Torino, 4-5 giugno 1998*, Torino, Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie «G. Prato», Quaderno n. 39, 265 – 301.

ARACHI G., ZANARDI A. (1998), *Federalismo e perequazione regionale: lavori in corso*, in L. Bernardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana - rapporto 1998*, Bologna, Il Mulino, 135 – 158.

ARCANGELI L. (1991), *La spesa sanitaria programmata: determinazione e ruolo del Fondo sanitario nazionale*, in R. Brunetta, L. Tronti (a cura di), *Welfare state e redistribuzione*, Milano, Franco Angeli, 221 - 270 (1991).

BALDASSARRE A. *La riforma del governo locale in Italia*, *ibidem* 1997, 1067 ss.

BARBERA A., in *Del lavare la testa all'asino*.

BIANCO G., 2400 ss. in *Le Regioni*, 2002.

BORDIGNON M., EMILIANI N. (1997), *Federalismo e perequazione: un modello per la redistribuzione interregionale delle risorse*, Roma, Ministero del Tesoro e della Programmazione Economica, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, Ricerca n. 2. (1997).

BUGLIONE e FRANCE, *SKEWED fiscal federalism in Italy: implications for public expenditure control*, *Public budgeting and finance*, vol. 3, n. 3, 43-63, 1983.

BUGLIONE e PATRIZII V. (a cura di) (1988), *Governo e governi*, Milano, Giuffrè.

BURATTI C., *Il Servizio sanitario nazionale fra decentramento istituzionale e controllo centrale della spesa*, in G. Muraro (a cura di), *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, Milano, Franco Angeli, 131-179. 1987.

CAMERLENGO Q., *Pubblica sicurezza statale e polizia amministrativa locale tra ordine pubblico e sviluppo economico*, 202 ss.

CAMMELLI M., *Dopo il Titolo V, quali poteri locali?* in *Le Regioni 1/2001*, 3-7 ed ancora in *Amministrazioni (ed interpreti) davanti al nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, 1273 ss., in particolare 1278 – 1281.

CAPUTI JAMBRENGHI V., Commissario ad acta, voce dell'Enciclopedia del diritto, Milano, 2002, aggiornamento VI, pagg. 15, 16.

CARINGELLA F., *Il nuovo volto della pubblica amministrazione tra federalismo e semplificazione: commento organico alle leggi Bassanini 15-3-1997, n. 59 e 15-5-1997, n. 127, ai decreti delegati attuativi ed alle circolari interpretative*, Napoli, 1997.

CARLI A. G., *Stato e regioni nel processo di attuazione della legge n. 59/1997*, cit., 88 ss.

CARLI A.G., *Stato e regioni nel processo di attuazione della legge n. 59/1997*, cit. 91 ss.

CARLI, *Stato e regioni nel processo di attuazione della legge n 59/1997: cronache di un decentramento ancora in gran parte virtuale*, in *Quad. reg.*, 1998, 83.

CAVAZZUTI e GIANNINI, *La riforma malata*, Bologna, 1982, 112 ss.

CELOTTO A., 2426 ss. e in *Le Regioni*, 2000, 1149.

CIARLO P., *Federalismo amministrativo e regioni speciali*, in *Quad. cost.*, 2000, 129 ss.

COLPI A. M., *Stato federale e Stato regionale*, cit., 367 ss.

COVINO E (2000), *La finanza regionale e locale nelle politiche dei governi della XII Legislatura*, mimeo.

CROISAT M., *Le federalisme dans les democraties contemporaines*, Paris, 1992, 38.

D'ALESSANDRO G., 751 ss. in *Le Regioni*, 2001, 880 – 88.;

DI MARCO C., *I rapporti Stato-Regioni-Enti locali nel sistema dell'amministrazione pattizia*, *ibidem*, 1999, 471 ss.

F. BASSANINI (cur.), *I nuovi poteri delle regioni e degli enti locali*, Bologna, 1978, 10.

FALCON G. (cur.), *Lo Stato autonomista. Funzioni statali, regionali e locali nel d.lgs. n. 112 del 1988 di attuazione della legge Bassanini n. 59 del 1997*. Bologna, 1998.

FALCON G.D. , *Commentario al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*, in *Le Regioni*, 3-4, 1998.

FERRARA R., FRACCHIA F., OLIVETTI RASON N., *Diritto dell'ambiente*, Roma-Bari, 1999, 61 ss.

FLETCHER C., *Federalism, subsidiarity, regionalism and decentralisation: principles and practices in European integration*, Torino, 1999, International Centre for Economic Research, Working paper 14/99.)

FRANCE G., *Cost containment in a public-private health care system: the case of Italy*, *Public budgeting and finance*, vol. 11, 63-74 (1991)

GIARDA P. (2000), *Il federalismo fiscale in attuazione della l. 133/99: aspetti tecnici, ragioni e problemi aperti*, *Economia pubblica*, vol. 30, n. 5, 5-45.

GRANAGLIA E., *Per un nuovo intervento pubblico in sanità*, Milano, 1981, 180).

LIBERATI P., *Compartecipazione o trasferimento perequativo? Il ruolo dell'Iva nel nuovo sistema di finanziamento regionale*, *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, vol. 59, n. 4, 598-617. (2000).

MANGIAMELI S., *Brevi considerazioni sui meccanismi di conferimento e di sostituzione previsti dalla legislazione del c.d. "federalismo a Costituzione invariata"*, **733** ss. e in *Le Regioni*, 2001, 879.

MARINI F.S., *Il trasferimento della materia già delegata: i miracoli (incostituzionali) del D.P.R. n. 112 del 1998*, 1288 ss. in *Le Regioni*, 2001, 887-888.

MARTINES T., RUGGERI A. *Lineamenti di diritto regionale*, Milano, 2000, 297-299.

NICCO R., *il percorso delle autonomie - Le parcours de l'Autonomie*, Aosta, 1998, 102-105, in particolare 104.

PAJNO A., *L'attuazione del federalismo amministrativo*, in *Le Regioni*, 2001, 667.

PASTORI G., *Il conferimento delle funzioni amministrative fra Regioni ed enti locali*, in *Le Regioni*, 1999, 1003,

PETRETTO, *Economia della sanità*, Bologna 1997, pagg. 7-16.

POGGI, *La sussidiarietà nelle riforme amministrative: dal d.lgs. n. 112 del 1998 al T.U. sulle autonomie locali*, in *Quad. reg.*, 2001, 550 ss..

REPOSO, PEGORARO L., VOLPI M., *Diritto costituzionale italiano e comparato*, Bologna, 1997, 405-418.

REY *La gestione ed il finanziamento del Servizio sanitario nazionale nel quadro dei rapporti tra diversi livelli di governo*, in G. MURARO (a cura di), *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, Milano, 1987, 95-129.

RUGGERI, in *Neoregionalismo, dinamiche della normazione, diritti fondamentali*, Relazione al Convegno su *Regionalismo differenziato: il caso italiano e spagnolo*, Messina, 18-19 ottobre 2002, ora in *"Itinerari" di una ricerca sul sistema delle fonti VI*, 2, *Scritti dell'anno 2002*, Torino, 2003, 307 ss.

SAPORITO L., *L'ordinamento giuridico regionale dopo la legislazione Bassanini*, in *Cons. Stato*, 1999, 1 Il ss.

SORRENTINO F., *Legalità e delegificazione*, in *Dir. amm.*, 1999, 359 ss.

SORSO e SPANDONARO, *Finanziamento regionale del Ssn: alcune riflessioni in termini di tollerabilità ed equità*, in G. FRANCE, E. ATTANASIO (a cura di), *Economia sanitaria*, Milano, Giuffrè, 1993, 401-417 e PETRETTO *Introduzione*, in A. PETRETTO (a cura di),

Economia della sanità, Bologna, 1997, Il Mulino, 7-16 per il quale il disavanzo programmatico ha rappresentato una « tecnica di governo della spesa sanitaria pubblica ».

STIPO M. (cur.), *Commentario al d.lgs. n. 112/1998: il nuovo modello di autonomia territoriale*, Rimini, 1998, 33.

STIPO M. In cammino verso la seconda Repubblica, cit., 29.

STIPO M., *In cammino verso la seconda Repubblica: il nodo del nuovo modello di autonomia regionale*

TAGLIALATELA, *Autonomia finanziaria delle regioni e Ssn: proposte alternative di tributi*, in Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie «G. Prato » (a cura di), *Autonomia regionale e sistema sanitario: atti del IV workshop di economia sanitaria, Torino, 4-5 giugno 1998*, Torino, Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie « G. Prato », Quaderno n. 39, 187-218)

TARONI F. (2000), *Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia - 2000*, Bologna, Il Mulino, 27-91 e L. LORENZINI S., PETRETTO A., *Il finanziamento pubblico della sanità in una prospettiva di federalismo fiscale*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia - 2000*, Bologna, Il Mulino, 93-159.

VANDELLI L., *La Regione come centro propulsore e di coordinamento del sistema delle autonomie locali e le funzioni delle province*, 2738 ss.; *Le Regioni*, 1992, 1000 ss., in particolare 1017.

VOLPI M. *Forme di Stato e le forme di Governo*, in G. MORBIDELLI A.

VOLPI M. *Stato federale e Stato regionale: due modelli a confronti*, in *Quad. cost.*, 1995, 380 - 381.