

SANITÀ E FEDERALISMO (FISCALE)
(BREVI RIFLESSIONI SU UNA QUESTIONE CRUCIALE A MARGINE
DELLA PIÙ RECENTE GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE)*

di

Matteo Barbero

*(Funzionario della Regione Piemonte e dottorando
di ricerca in diritto pubblico presso l'Università degli studi di Torino).*

24 marzo 2004

SOMMARIO. 1. PREMESSA: LA SANITÀ COME BANCO DI PROVA DEL FEDERALISMO; 2. LE ATTUALI REGOLE DI FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ NELLA GIURISPRUDENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE; 2.1. L'ACCORDO DELL'8 AGOSTO 2001 E...; 2.2. ... IL SUO FALLIMENTO; 2.3. LA PAROLA ALLA CORTE COSTITUZIONALE. 3. RIFLESSIONI CONCLUSIVE: QUALI PROSPETTIVE PER (IL FINANZIAMENTO DEL)LA SANITÀ PUBBLICA?

1. PREMESSA: LA SANITÀ COME BANCO DI PROVA DEL FEDERALISMO

Come la dottrina più avveduta sottolinea da tempo, la sanità rappresenta un fondamentale e formidabile “banco di prova” per il federalismo (fiscale) italiano¹.

In primo luogo, perché la necessità di ridefinire la struttura e le regole di finanziamento del sistema sanitario nazionale per adeguarle alla rinnovata cornice costituzionale ripropone, con la forza dell'attualità e dell'urgenza di provvedere, la tradizionale questione relativa alla dialettica fra uniformità e differenziazione che caratterizza ogni processo di decentramento istituzionale.

In secondo luogo, perché la rilevanza dimensionale della spesa sanitaria (che da sole assorbe più del 70 per cento della spesa complessiva delle Regioni) rende il tema della (revisione

* Le opinioni espresse nel presente lavoro costituiscono esclusivamente il frutto di elaborazioni personali e non possono, dunque, impegnare in alcun modo l'amministrazione di appartenenza dello scrivente.

¹ Cfr N. DIRINDIN, *Federalismo e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle Regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?*, in N. DIRINDIN - E. PAGANO (a cura di), *Governare il federalismo*, Roma, 2002.

della) sua disciplina ineludibile ai fini dell'implementazione tanto di una compiuta e reale autonomia finanziaria regionale quanto di idonee garanzie di stabilità della finanza pubblica allargata.

In effetti, tutta la vicenda relativa all'evoluzione del sistema sanitario nazionale può essere guardata alla stregua della progressiva, difficile ricerca di un equilibrio efficiente fra le esigenze di fissazione e di garanzia (territorialmente) uniforme di determinati *standards* nell'erogazione delle prestazioni, da una parte, e le ragioni sottese al rafforzamento dell'autonomia (politica, organizzativa e, quindi, finanziaria) delle Regioni, dall'altra².

In questa prospettiva, indubbiamente la responsabilizzazione dei livelli di governo intermedi, tanto sul piano della definizione delle regole quanto su quello più prettamente gestionale, è risultata indispensabile per ovviare alle patologie prodotte dal vecchio modello di sanità basato sull'accentramento nel reperimento delle risorse e sul decentramento dei poteri di spesa, modello che aveva posto non solo enormi difficoltà di stabilità finanziaria, ma anche rilevanti problemi di uniformità territoriale.

Allo stesso tempo, tuttavia, neppure il decentramento può andare a discapito delle necessità di governo della finanza pubblica e di tutela dell' "interesse nazionale" alla conservazione di un sistema sanitario (almeno tendenzialmente) unitario.

La medesima "tensione" fra forze centripete e forze centrifughe caratterizza anche la riforma del Titolo V della seconda Parte della Costituzione operata dalla legge cost. n. 3/2001; essa, da un parte, esalta il ruolo delle Autonomie (soprattutto regionali, ma anche locali e funzionali, sulla base del principio di sussidiarietà) tanto sul versante normativo (art. 117, comma 3, Cost.), quanto su quello amministrativo e finanziario (artt. 118 e 119 Cost.); dall'altra, rafforza il ruolo di garanzia del livello di governo statale, attribuendogli la prerogativa di definire non solo i principi fondamentali della materia, ma soprattutto (e in via esclusiva) i c.d. LEP, ovvero i livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lettera m, Cost.), e di vigilare circa il loro puntuale rispetto (art. 120, comma 2, Cost.).

Che, peraltro, si tratti di una tensione tuttora in gran parte irrisolta risulta evidente laddove si consideri che, in un contesto nel quale la tutela della salute rimane prevalentemente a carico delle casse regionali, l'attribuzione della tutela del LEP alla competenza esclusiva dello Stato

² *Mutatis mutandis*, considerazioni analoghe potrebbero svolgersi a proposito di altre "materie" (si pensi, ad esempio, all'assistenza) che in questi anni sono state al centro di processi di decentramento di funzioni ma che continuano a presentare forti esigenze di regolazione uniforme.

non si accompagna alla previsione di precise modalità di finanziamento a carico del relativo bilancio.

Ciò, unitamente all'intrinseca ambiguità dell'espressione "livelli essenziali" comporta due ordini di rischi, entrambi legati al ricordato *trade off* fra garanzia territorialmente uniforme dei diritti e valorizzazione della capacità di autogoverno delle comunità locali.

Da un lato, laddove l'essenzialità venisse interpretata come "contenuto minimo", i persistenti squilibri nella distribuzione della ricchezza fra le diverse aree del nostro Paese (con le conseguenti, significative differenze nei livelli di capacità fiscale fra le diverse Regioni) produrrebbero fatalmente una sanità ancor più "a macchia di leopardo" di quanto già non accada oggi³, con disparità di trattamento territoriali difficilmente conciliabili con il principio-valore dell'unità (giuridica ed economica) dell'ordinamento.

Dall'altro lato, qualora si accogliesse l'interpretazione che della clausola di cui all'art. 117, comma 2, lettera m, ha fornito la dottrina maggioritaria⁴, la quale propende per una lettura dell'essenzialità più ampia e non riducibile al contenuto minimo dei diritti, si potrebbe determinare una evidente dissociazione fra il potere di fissazione degli *standards* (di pertinenza statale) e l'onere di individuare i relativi mezzi di copertura finanziaria (gravante sulle Regioni), con altrettanto evidenti pericoli per la stabilità dei bilanci regionali (e per l'intero sistema finanziario pubblico, essendo illusoria la prospettiva di una sorta di "irresponsabilità finanziaria" dello Stato al riguardo, anche alla luce degli stringenti vincoli comunitari) e (presumibilmente) senza sostanziali guadagni in termini di livellamento (verso l'alto) delle prestazioni.

Finora, peraltro, la richiamata revisione costituzionale non ha minimamente inciso né sull'organizzazione né sulle modalità di finanziamento della sanità pubblica, se non generando una notevole confusione di ruoli istituzionali (*rectius* incrementando quella già esistente) e, quindi, un deciso incremento della conflittualità interistituzionale, complice anche la logica per lo più "emergenziale" della prevalente legislazione.

³ Finora il decentramento non pare avere eccessivamente allargato la (peraltro già significativa) forbice fra gli *standards* delle prestazioni sanitarie garantiti nelle diverse Regioni. Come rileva l'ISAE, *Rapporto sull'attuazione del federalismo 2004*, Roma, Febbraio 2004, tuttavia, gli effetti combinati della devoluzione di poteri e della differente capacità fiscale delle singole realtà regionali cominciano a manifestarsi sui contenuti delle strategie di razionalizzazione della spesa sanitaria, con le Regioni "ricche" inclini ad "operare dal lato degli introiti" (ovvero con misure di carattere tributario) e quelle più "povere" costrette a "rivedere il livello dell'erogazione dei servizi". Tale *trend* potrebbe, in effetti, mettere a rischio la tutela uniforme dei LEP.

⁴ Cfr S. GAMBINO, *Federalismo e salute*, in *Federalismi.it* n. 4/2005. Sul tema, cfr anche L. CASTELLI - P. GAMBALE - E. MENICETTI - M. PROCACCINI, *Il nuovo Welfare State dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto*, in www.amministrazioneincammino.luiss.it.

Per dimostrare questo assunto, ci si concentrerà in questa sede sugli aspetti finanziari (i quali peraltro, come visto, si riflettono direttamente sul piano della tutela dei diritti), analizzando brevemente lo *status quo* della normativa ed i suoi possibili sviluppi futuri alla luce delle più recenti pronunce della Corte Costituzionale sul punto.

Come si cercherà di argomentare, nella materia *de quo* anche la giurisprudenza della Consulta, che ha finora ha rappresentato l'unico, autentico "faro" per gli interpreti nella presente fase di transizione istituzionale, risulta non priva di contraddizioni e lacune.

2. LE ATTUALI REGOLE DI FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ NELLA GIURISPRUDENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE.

2.1. L'ACCORDO DELL'8 AGOSTO 2001 E...

Il finanziamento della sanità si basa tuttora prevalentemente su meccanismi di negoziazione fra Stato e Regioni.

Ci si riferisce, in particolare, alla procedure relative alla determinazione dei fabbisogni di spesa (sanitaria) ed alla loro ripartizione fra i livelli di governo coinvolti⁵.

Finora, infatti, tutti i tentativi di prevedere, in questo ambito, degli "automatismi di finanziamento", ovvero dei meccanismi basati sull'individuazione di fonti di entrata determinate e non "contrattabili" se non entro limiti predeterminati (si pensi a forme di devoluzione o di autentica "cessione" di alcune tipologie di tributi erariali, con tutti i poteri connessi, alle autonomie, secondo il modello spagnolo⁶), si sono scontrati con una dinamica della spesa sanitaria di gran lunga superiore a quella del PIL, con conseguente tendenza al

⁵ Tale questione si colloca, per così dire, "a monte" rispetto a quella relativa alla individuazione di coerenti fonti di finanziamento. In questo secondo ambito, non si può, peraltro, non richiamare la recentissima vicenda dell'IRAP, per la quale pare ormai inevitabile una pronuncia di incompatibilità con il diritto comunitario (si vedano, nell'ambito della causa C-475/03 pendente avanti la Corte di Giustizia delle Comunità europee, le conclusioni dell'Avvocato Generale Jacobs, disponibili anche su questa *Rivista*). In effetti, l'eliminazione dell'IRAP (che, come noto, costituisce una delle principali fonti di finanziamento della sanità pubblica) comporterà la necessità di reperire altrimenti i circa 24 miliardi di euro annui di gettito (i *mass media* hanno parlato di circa 33 miliardi, ma un terzo di questi, essendo pagati dal settore pubblico, rappresentano una sorta di "partita di giro").

⁶ Sui recenti sviluppi del federalismo fiscale spagnolo sia consentito un rinvio a L. ANTONINI – A. PIN – M. BARBERO, *La finanza delle Comunità autonome spagnole: Un modello per il federalismo fiscale italiano?*, in corso di pubblicazione in *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*.

sottofinanziamento dei relativi fabbisogni (specie nelle Regioni a minore capacità fiscale) ed alla conseguente, sistematica richiesta di risorse integrative⁷.

In particolare, viene in rilievo l'accordo fra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dell'8 agosto 2001, noto come "Patto di stabilità sanitario".

Tale accordo si propone di garantire, relativamente al suo periodo triennale di applicazione, "un quadro stabile di evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del servizio sanitario nazionale che, tenendo conto degli impegni assunti con il Patto di stabilità e crescita, consenta di migliorarne l'efficienza razionalizzando i costi".

Ciò attraverso "l'assunzione di responsabilità reciproche fra Governo e Regioni, tesa sia ad attivare comportamenti regionali <<virtuosi>>, finalizzati al controllo della spesa, sia ad impegnare il Governo a fornire una soluzione definitiva al problema del <<sottofinanziamento>> della sanità"⁸.

In questa prospettiva, da un lato, il Governo ha acconsentito ad incrementare il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, prevedendo, per l'anno 2001, risorse aggiuntive rispetto a quelle individuate dal precedente accordo del 3 agosto 2000; su questa base, è stato, inoltre, definito il quadro finanziario complessivo ed esaustivo delle risorse statali utilizzabili per finanziare la spesa sanitaria pubblica per il triennio 2002-2004, che si basa, per ciascun anno, sulla quota (maggiorata come sopra e) relativa al 2001, incrementata in relazione all'andamento del PIL.

Dall'altro lato, oltre a ribadire il principio dell'attribuzione delle responsabilità degli eventuali "sfondamenti" al singolo Ente (Regione o Provincia autonoma) che li avesse provocati, l'accordo e la successiva normativa (statale) di recepimento hanno individuato una serie di adempimenti (presidiati da stringenti meccanismi di monitoraggio) al cui rispetto è condizionato l'accesso alle risorse statali aggiuntive da parte delle Regioni.

Fra l'altro, queste ultime sono tenute ad individuare idonei mezzi di copertura degli eventuali ulteriori disavanzi rispetto al nuovo livello di finanziamento e ad adottare precise misure di

⁷ Emblematica, sotto questo profilo, la vicenda, molto nota, del d. lgs. n. 56/2000 - con il quale è stato attuato il primo, autentico esperimento di attuazione in Italia di un modello di federalismo fiscale - la cui applicazione è stata, di fatto, ostacolata dai ripetuti accordi Stato-Regioni in materia (di spesa) sanitaria (sui quali cfr subito *infra* nel testo). Tali accordi hanno, infatti, comportato il sostanziale superamento delle risorse implicitamente calcolate ai fini della definizione del suddetto decreto. Sul punto, cfr ISAE, *Rapporto sull'attuazione del federalismo 2004*, cit., nonché *Rapporto sull'attuazione del federalismo 2005*, Roma, Febbraio 2005. Sulla controversa attuazione del d. lgs. n. 56/2000 si vedano i recenti lavori di F. MORO, *Problemi di finanziamento della spesa sanitaria in attuazione del decreto 56/2000: un'ipotesi di soluzione*, in *Rivista economica del Mezzogiorno* n. 1-2/2004, M. BORDIGNON, *Una nota sul decreto 56/2000 e sulla perequazione prossima ventura*, in *Rivista economica del Mezzogiorno* n. 3/2004, M. BORDIGNON - P. GIARDA, *Riflettendo sul decreto 56/2000 e L'attuazione del decreto*, entrambi in www.lavoce.info.

⁸ Così ISAE, *Rapporto sull'attuazione del federalismo 2004* cit..

controllo, razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, in particolare attraverso forme di compartecipazione alla spesa sanitaria, variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF ovvero altre misure fiscali previste nella normativa vigente.

Particolare attenzione è posta, poi, sulla questione dei LEA.

Da una parte, il Governo si è impegnato ad adottare, entro il 30 novembre 2001, un provvedimento d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e a stralcio del piano sanitario nazionale, per la definizione dei livelli essenziali di assistenza; tale provvedimento è stato effettivamente emanato con DPCM del 29 novembre 2001. Dall'altra, le Regioni hanno sottoscritto l'impegno a mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, fermo restando l'impegno del Governo ad accompagnare eventuali variazioni in incremento dei livelli essenziali di assistenza, decise a livello centrale, con le necessarie risorse aggiuntive.

2.2. ... IL SUO FALLIMENTO

L'accordo dell'8 agosto 2001 ha sostanzialmente mancato i suoi obiettivi⁹.

Il forte rallentamento della crescita del PIL e l'incidenza di altri fattori non preventivati hanno generato una notevole incoerenza fra le previsioni e l'andamento dei costi reali.

Ciò ha generato rilevanti difficoltà finanziarie in capo alle Regioni, in particolare per quanto concerne il finanziamento dei LEA, degli oneri contrattuali e dei disavanzi pregressi relativi agli IRCSS, alle aziende miste e ai policlinici universitari.

Oltre alla distanza fra spesa e finanziamenti, hanno pesantemente inciso i ritardi nel ripiano degli inevitabili disavanzi da parte delle Regioni e nella erogazione delle risorse integrative da parte dello Stato.

Tali ritardi, in particolare, hanno reso estremamente problematica la gestione di cassa, con conseguente allungamento dei tempi di pagamento dei fornitori e connesso peggioramento delle condizioni di mercato per l'acquisto di beni e servizi¹⁰.

D'altra parte, l'accordo ha solo limitatamente contribuito a migliorare la capacità delle Regioni di controllo della spesa sanitaria¹¹.

Le leggi finanziarie statali successive hanno cercato di correre ai ripari, da un lato prevedendo l'erogazione di ulteriori risorse statali destinate al finanziamento della spesa sanitaria, ma, allo

⁹ Cfr CORTE DEI CONTI, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni 2003*.

¹⁰ Cfr ISAE, *Rapporto sull'attuazione del federalismo 2004* cit..

¹¹ Cfr E. GRANAGLIA, *Sistema sanitario tra sottofinanziamento e sprechi*, in *www.lavoce.info*.

stesso tempo, integrando la lista degli adempimenti cui le Regioni sono tenute pena la sanzione della riduzione dei trasferimenti.

Tuttavia, sono stati adottati anche provvedimenti in aperto contrasto con la filosofia sottesa al Patto di stabilità sanitario.

Il già ricordato intervento della riforma costituzionale del 2001 ha ulteriormente complicato il quadro (delle competenze), rendendo inevitabile il coinvolgimento della Corte Costituzionale. Nell'esaminare la posizione della Consulta ci si concentrerà, nel paragrafo successivo, su alcune pronunce specificamente concernenti il finanziamento delle funzioni sanitarie.

Nel paragrafo conclusivo si cercherà, viceversa, di offrire un quadro più generale (anche se necessariamente sintetico) della materia, valutandone la prevedibile evoluzione sulla base della (ormai copiosa) giurisprudenza costituzionale in materia di federalismo fiscale.

2.3. LA PAROLA ALLA CORTE COSTITUZIONALE.

Due recenti pronunce della Corte Costituzionale meritano di essere brevemente analizzate in questa sede.

Si tratta della sentenza n. 381/2004 e della successiva **sentenza n. 36/2005**.

Seguendo un ordine cronologico inverso si partirà dall'analisi di quest'ultima.

Si tratta di un precedente estremamente significativo dal momento che la questione sottoposta all'esame della Corte riguarda direttamente la compatibilità di alcune norme applicative dell'accordo dell'8 agosto 2001 con il rinnovato quadro costituzionale.

Le ricorrenti avevano, infatti, impugnato gli artt. 52, comma 4, della legge finanziaria statale per il 2003 (legge n. 289/2002), e 3, comma 32, della legge finanziaria statale per il 2004 (legge n. 350/2003), in quanto tali norme, subordinando a specifici adempimenti e condizioni l'accesso, da parte delle Regioni, al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale previsto dall'accordo dell'8 agosto 2001 per gli anni 2003, 2004 e 2005, avrebbero leso l'autonomia regionale determinando, in violazione dell'art. 119, comma 4, Cost., uno "squilibrio strutturale" tra risorse finanziarie ed obbligazioni di spesa incompatibile con il principio dell'integrale finanziamento delle funzioni pubbliche attribuite alle Regioni medesime.

La Consulta si pronuncia per l'infondatezza della questione.

Essa rileva innanzitutto che i predetti *“adempimenti vanno considerati nel quadro della competenza legislativa regionale concorrente in materia di tutela della salute e specialmente nell'ambito di quegli obiettivi di finanza pubblica e di contenimento della spesa, al cui*

rispetto sono tenute Regioni e Province autonome, ai sensi di una lunga serie di disposizioni di carattere legislativo e pattizio tra Stato e Regioni, le quali stabiliscono progressivi <<adeguamenti>> del concorso statale nel finanziamento della spesa sanitaria a fronte della realizzazione da parte delle Regioni di determinati impegni di razionalizzazione nel settore in oggetto¹²” e prevedono, per le Regioni eventualmente inadempienti, il ripristino del precedente (più basso) livello di finanziamento.

Poste queste premesse, “al rigetto della censura si perviene attraverso un’interpretazione (...) che tenga essenzialmente conto, nella valutazione del rispetto del riparto di competenze in materia di tutela della salute, del complessivo quadro normativo e delle relazioni tra Stato e Regioni ai fini del contenimento della spesa sanitaria e degli oneri a carico del servizio sanitario nazionale¹³”, ed, in particolare, dei contenuti dell’accordo dell’8 agosto 2001 e delle norme ad esso collegate.

Le disposizioni impugnate vanno, quindi, inserite “in questo articolato quadro normativo, dal quale emerge costante il carattere <<incentivante>> del finanziamento statale ai fini del conseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e del connesso miglioramento del livello di assistenza. (Esse risultano, pertanto) in conformità al consolidato schema di regolazione finanziaria tra Stato e Regioni nel settore sanitario, cosicché non risulta, sotto questo profilo, alcun contrasto¹⁴” con gli invocati parametri costituzionali.

Tale conclusione, precisa la Corte, è valida “perdurando l’attuale regime transitorio di applicazione dell’art. 119 della Costituzione¹⁵.

Rilevando incidentalmente che parrebbe più corretto parlare di regime transitorio di mancata applicazione del novellato art. 119 Cost., si possono trarre alcune conclusioni provvisorie:

- 1) la Corte non esamina la costituzionalità delle norme impugnate (e del sistema che esse presuppongono e nel quale sono inserite) rispetto al nuovo art. 119 Cost., il quale viene sostanzialmente “disapplicato” in attesa della sua (futura?) attuazione.*
- 2) Neppure la Corte fornisce indicazioni in merito alla possibile struttura che il finanziamento della sanità pubblica potrà avere nella fase a regime.*
- 3) Semplicemente, essa si limita a constatare, nell’attuale fase di transizione, l’esistenza di un “consolidato schema di regolazione finanziaria fra Stato e Regioni”, basato su “disposizioni di carattere legislativo e (soprattutto) pattizio”, fra cui, in particolare, emerge l’accordo dell’8 agosto 2001, di cui la Corte enfatizza contenuti ed obiettivi.*

¹² Punto 3 del considerato in diritto.

¹³ Punto 3.1 del considerato in diritto.

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ *Ibidem* (la sottolineatura è aggiunta)..

L'ultima considerazione consente di svolgere alcune considerazioni critiche in relazione alla seconda pronuncia su cui ci si intende soffermare in questa sede, ovvero la già citata **sentenza n. 381/2004**.

La Corte esamina, fra le altre, anche la questione di legittimità costituzionale sollevate da alcune Regioni nei confronti dell'art. 3, comma 1, lettera *a*, della legge n. 289/2002, nonché dell'art. 2, comma 21, della legge n. 350/2003.

Tali norme, come noto, hanno sospeso (l'efficacia de)gli aumenti delle addizionali regionali (e comunali) all'IRPEF, nonché (del)le maggiorazioni, da parte delle Regioni, dell'aliquota dell'IRAP fino al raggiungimento di un accordo interistituzionale sui meccanismi strutturali del federalismo fiscale e, comunque, fino al 31 dicembre 2004¹⁶.

Le ricorrenti avevano proposto numerose censure.

Nei ricorsi introduttivi, esse avevano perlopiù rivendicato la propria competenza esclusiva sulla materia, riconducendo, sulla base del nuovo testo dell'art. 119 Cost., le imposte incise dalla normativa impugnata nella categoria dei "tributi propri".

Smentita tale ricostruzione dalle numerose pronunce del Giudice delle Leggi intervenute *medio tempore*¹⁷, le successive memorie hanno lamentato il mancato rispetto della condizione di legittimità posta dalla medesima giurisprudenza e, precisamente, il divieto per lo Stato di procedere in senso inverso a quanto prescritto dal nuovo art. 119 Cost., sopprimendo, senza sostituirli, gli spazi di autonomia già riconosciuti dalle leggi statali, o configurando un sistema finanziario complessivo in contraddizione con il medesimo art. 119.

Solo la Regione Veneto aveva ipotizzato un possibile contrasto fra il "blocco" della fiscalità regionale e le previsioni del Patto di stabilità sanitario, il quale, come si è visto, non solo prevede il ricorso, da parte delle Regioni, a strumenti (anche) fiscali di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, ma lo rende addirittura necessario per accedere alle integrazioni del relativo finanziamento.

La Corte si pronuncia per l'infondatezza di tutte le questioni, richiamando, quanto al primo ordine di argomentazioni, i propri (ricordati) precedenti, e rilevando, quanto alla denunciata violazione del divieto di interventi finanziari statali in senso peggiorativo, che la sospensione del potere delle Regioni di utilizzare un proprio spazio di autonomia nel prelievo tributario *risulta giustificabile, sul piano della legittimità costituzionale, in base alla considerazione che essa si traduce in una temporanea e provvisoria sospensione dell'esercizio del potere*

¹⁶ Il blocco è stato prolungato fino al 31 dicembre 2005 dalla recente legge n. 311/2004 (cfr l'art. 1, comma 61). La stessa legge, peraltro, ha previsto al riguardo alcune significative deroghe, come si avrà occasione di sottolineare fra breve (cfr nota 19).

¹⁷ Come noto, si tratta, in particolare, delle sentenze nn. 296/2003, 297/2003, 311/2003 e (soprattutto) 37/2004.

*regionale in attesa di un complessivo ridisegno dell'autonomia tributaria delle Regioni, nel quadro dell'attuazione del nuovo art. 119 Cost. (...)*¹⁸

Nemmeno un cenno al terzo motivo di impugnazione.

La Consulta si limita a puntualizzare che non “*risulta dimostrato e nemmeno dedotto che la misura dia luogo ad una complessiva insufficienza dei mezzi finanziari a disposizione delle Regioni per l'adempimento dei loro compiti*”.

Tale (apodittica) conclusione presta il fianco a due rilievi critici:

- 1) la Corte trascura il peso delle argomentazioni sostenute dalla Regione Veneto. È evidente, infatti, che se l'impossibilità per le Regioni di utilizzare la leva fiscale si traduce nella mancata copertura dei disavanzi sanitari e, per questa via, comporta l'esclusione dai finanziamenti integrativi, non può non porsi un problema di congruità delle risorse in un settore di spesa, quale quello relativo alla sanità, frequentemente (per non dire sistematicamente) sottofinanziato.
- 2) La Corte attribuisce una rilevanza pressoché nulla a quell'insieme di “disposizioni di carattere legislativo e pattizio” che, in attesa del vero federalismo fiscale, continuano a regolare “transitoriamente” il finanziamento del settore sanitario, e che essa, nella successiva (ma qui già esaminata) sentenza n. 36/2005, utilizzerà quale autentico parametro di costituzionalità. In altri termini, poiché “il sostanziale blocco a qualsiasi possibilità di manovra sul versante delle entrate, ad eccezione di alcune tasse regionali, è in contrasto con il contenuto dell'accordo dell'8 agosto 2001”¹⁹, la riconosciuta centralità di quest'ultimo nell'assetto finanziario della sanità pubblica avrebbe forse dovuto condurre a conclusioni diverse da quelle cui la Corte è pervenuta. In questa prospettiva, il (parziale) sblocco della fiscalità regionale operato dalla legge finanziaria statale per il 2005 (legge n. 311/2004) non pare casuale²⁰.

¹⁸ Punto 3.1 del considerato in diritto.

¹⁹ Così ISAE, *Rapporto sull'attuazione del federalismo 2004* cit..

²⁰ L'art. 1, comma 175, della succitata legge n. 311/2004 prevede che “per le finalità di cui al comma 174 (ovvero al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario in ambito regionale; N.d.R.) e per la copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario, (ciascuna) Regione, in deroga alla sospensione di cui al comma 61, primo periodo, può deliberare l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti degli aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito e delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, già disposti, oggetto della predetta sospensione. Ai sensi del primo periodo del presente comma e del comma 22 dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 2003, n. 350, l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti può concernere anche quelle maggiorazioni dell'aliquota IRAP che siano state deliberate dalle Regioni, antecedentemente al 31 dicembre 2003, in difformità rispetto a quanto previsto dalla normativa statale. Per le medesime finalità, le Regioni possono altresì, nei limiti della normativa statale di riferimento ed in conformità ad essa, disporre nuovi aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito o nuove maggiorazioni dell'aliquota IRAP ovvero modificare gli aumenti e le maggiorazioni di cui al primo periodo del presente comma”. Tale norma pare ripristinare il corretto funzionamento del Patto di stabilità sanitario, rimuovendo, almeno in parte, l'indebito “congelamento” delle potestà tributarie regionali.

3. RIFLESSIONI CONCLUSIVE: QUALI PROSPETTIVE PER (IL FINANZIAMENTO DEL) LA SANITÀ PUBBLICA?

La persistente inattuazione della novella costituzionale del 2001 (in particolare, ma non solo, per quanto concerne la revisione delle relazioni finanziarie fra i diversi livelli di governo) rende estremamente difficile qualunque valutazione in merito al suo possibile impatto sull'assetto del (finanziamento del) settore sanitario.

In effetti, il “diritto vivente” continua ad operare come se la Costituzione non fosse cambiata - come dimostrano le trattative in corso in queste settimane fra Stato e Regioni in merito al rinnovo del Patto di stabilità sanitario (quello sancito dall'accordo dell'8 agosto 2001 è, infatti, scaduto lo scorso 31 dicembre) – e fatica a risolvere le numerose criticità che via via emergono e che si sommano a quelle preesistenti (ed irrisolte).

La stessa giurisprudenza costituzionale risulta prevalentemente focalizzata sull'attuale fase di transizione e, per di più, non priva essa stessa di “vuoti” e di elementi di contraddittorietà.

Poiché, d'altra parte, pare modesto (almeno in questo ambito) l'impatto della c.d. “riforma della riforma” attualmente all'esame del Parlamento - essa, infatti, da una parte, non incide sui meccanismi di finanziamento, dall'altra non pare rivoluzionare il riparto delle competenze, operando, al contrario, una sorta di “*devolution mitigata*”²¹ – le questioni da risolvere “in prospettiva futura” sono tutte interne all'attuale Titolo V.

In particolare, pare fondamentale la definizione di un adeguato modello di finanziamento della sanità pubblica.

In tal senso, la questione va inquadrata nel tema, più ampio e generale, relativo all'implementazione del federalismo fiscale in attuazione del nuovo art. 119 Cost.. Nella fase a regime, per le Regioni dotate di una capacità fiscale più elevata, l'esercizio delle funzioni in materia sanitaria dovrebbe essere finanziato prevalentemente mediante risorse autonome (tributi propri e compartecipazioni al gettito di tributi erariali).

Per le altre Regioni, viceversa, la minore capacità fiscale dovrebbe essere compensata dai trasferimenti a carico del fondo perequativo, previa definizione di adeguati livelli di spesa *standard*.

Il modello dovrebbe essere sufficientemente elastico da consentire alle Regioni sufficienti margini di manovra per adeguare reciprocamente (entro i limiti delle proprie competenze) i livelli di entrata e le dinamiche della spesa.

²¹ Cfr E. MENICETTI, *La tutela della salute nella “riforma della riforma” del Titolo V della Costituzione: una “devolution mitigata”?*, in www.amministrazioneincammino.luiss.it.

Allo stesso tempo, esso dovrebbe risultare tendenzialmente stabile, con conseguente esclusione (o, quantomeno, limitazione) della possibilità di “contrattare” interventi finanziari integrativi a carico dello Stato all’infuori delle particolari fattispecie previste dal comma 5 del citato art. 119 Cost. (come noto, interpretato in maniera assai restrittiva dalla Corte Costituzionale²²).

In questo quadro, il vero *punctum crucis* riguarda il finanziamento (ordinario) dei LEP, a fronte, come evidenziato, del duplice pericolo della “deresponsabilizzazione” finanziaria del livello di governo centrale e della disparità di trattamento nel godimento di diritti fondamentali fra le diverse aree del Paese.

Molto dipenderà, naturalmente, da come verrà operata la definizione dei LEP: se dovesse prevalere la tesi del “contenuto minimo” (con tutti i rischi ad essa connessi) lo Stato, nella sua veste di garante dei LEP, potrebbe limitarsi a vincolare parte dei flussi perequativi al rispetto degli *standards*²³ e ad esercitare eventualmente i propri poteri sostitutivi; se, viceversa, dovesse essere accolta la tesi più “egualitaria” sostenuta dalla prevalente dottrina, sarebbe inevitabile prevedere strumenti di finanziamento a carico del bilancio dello Stato.

In questa seconda ipotesi, lo strumento da utilizzare potrebbe essere quello dei trasferimenti erariali condizionati.

In proposito, è necessario un breve approfondimento.

Apparentemente, infatti, il ricorso ai c.d. *matching grants* (ben noti e frequentemente utilizzati nell’ambito di consolidate esperienze federali, non solo di derivazione anglosassone) “non sembra praticabile nel quadro costituzionale italiano”²⁴, alla luce, soprattutto, della formulazione del pluricitato art. 119 Cost..

Tuttavia la Corte Costituzionale, parzialmente forzando la lettera della predetta disposizione, sembra aver ammesso la possibilità di interventi finanziari diretti e vincolati nella destinazione da parte dello Stato, non solo per perseguire le speciali finalità di cui al comma 5 del medesimo art. 119, ma anche nell’ambito dell’attuazione di discipline dettate dalla legge statale nelle materie di propria competenza esclusiva²⁵.

Tale ricostruzione, sotto molti profili problematica e certamente tale da comportare, laddove estesa alla generalità delle materie esclusive statali (ed, in particolare, a quelle c.d.

²² Cfr le sentenze nn. 370/2003, 16/2004 e 49/2004.

²³ Come suggerito da ISAE, *Rapporto sull’attuazione del federalismo 2004*, cit..

²⁴ Così ISAE, *op. ult. cit.*

²⁵ Cfr le già ricordate sentenze nn. 16/2004 e 49/2004.

trasversali), una forte compressione dell'autonomia finanziaria regionale (e locale)²⁶, potrebbe rivelarsi utile per rafforzare, con riferimento alla previsione di cui all'art. 117, comma 2, lettera m), Cost., il necessario collegamento fra poteri di fissazione degli *standards* sanitari e obbligo di reperire le corrispondenti risorse finanziarie²⁷.

Più in generale e conclusivamente, la definizione, (anche) nella materia *de quo*, di regole che consentano di individuare e di delimitare le responsabilità reciproche, tanto sul piano organizzativo quanto soprattutto su quello finanziario, fra i livelli di governo coinvolti pare essere l'unica soluzione in grado di garantire la necessaria *accountability* e di porre un freno alla crescita incontrollata della spesa sanitaria, favorendo l'adozione dei (sempre più indispensabili) provvedimenti strutturali di contenimento e razionalizzazione. In mancanza di ciò, difficilmente accordi e patti di stabilità potranno produrre risultati davvero soddisfacenti in termini di miglioramento del rapporto fra benefici e costi e di rafforzamento della stabilità della finanza pubblica²⁸.

²⁶ In proposito, sia consentito un rinvio a M. BARBERO, *Materie trasversali e federalismo fiscale: il caso della tutela della concorrenza (Brevi considerazioni critiche a margine di Corte Cost. 14/2004)*, in www.amministrazioneincammino.luiss.it.

²⁷ Può essere utile ricordare che la necessità di porre a carico del bilancio statale eventuali incrementi dei LEP al di sopra di una certa (ed invero non definita) soglia era già esplicito nell'accordo dell'8 agosto 2001 (cfr *supra*, paragrafo 2.1).

²⁸ Secondo gli ultimi dati a disposizione, il disavanzo della spesa sanitaria pubblica relativo al solo anno 2004 sarebbe pari a 3,5 miliardi di euro, con tre sole Regioni a poter vantare un saldo positivo.