

10 DICEMBRE 2014

Il modello dei Piani di rientro dal  
disavanzo sanitario dal punto di vista  
dell'equilibrio di bilancio

di Simone Calzolaio  
Ricercatore di Diritto costituzionale  
Università di Macerata



# Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio\*

di **Simone Calzolaio**

Ricercatore di Diritto costituzionale  
Università di Macerata

**Sommario:** **1.** Oggetto dell'indagine: la sostenibilità del finanziamento della sanità dal punto di vista dei Piani di rientro; **2.** All'origine. *Representation without taxation, path dependence* e costi di *switching*: il caso serio della spesa sanitaria; **3.** Evoluzione e struttura normativa dei Piani di rientro. La prima fase: responsabilità, condizionalità, «anno zero» (2000-04); **3.1.** Istituzione e affinamento della disciplina normativa dei Piani (2004-2009). La (apparente) conferma del *soft budget constraint*; **3.2.** La stabilizzazione normativa dei piani (2009-10); **3.3.** Piani e percorsi di armonizzazione dei bilanci e digitalizzazione delle informazioni sanitarie (2011-14); **4.** Lo statuto costituzionale dei Piani. Le premesse giurisprudenziali; **4.1.** I Piani; **4.2.** Il Commissario *ad acta*; **4.3.** I (pochi) limiti; **4.4.** segue: azioni esecutive e debiti sanitari. Una postilla normativa: i debiti sanitari al tempo della *spending review*; **5.** La «salute» al tempo dei Piani; **6.** Efficacia e limiti del modello: *after the soft budget constraint?*; **7.** La via procedurale all'equilibrio di bilancio: sistema dei Piani e coordinamento finanziario «statico»; **8.** «Pieni di piani» ovvero pregi e difetti della «politica statistica».

## **1. Oggetto dell'indagine<sup>1</sup>: la sostenibilità del finanziamento della sanità dal punto di vista dei Piani di rientro.**

La presente ricerca si occupa di osservare i Piani di rientro (in seguito, PDR) dal punto di vista dell'esigenza dello Stato di garantire l'equilibrio di bilancio e, in tale ambito, la sostenibilità della spesa sanitaria organizzata a livello regionale<sup>2</sup>.

---

\* Articolo sottoposto a referaggio.

<sup>1</sup> Nel presente contributo si utilizzano ampiamente sigle ed abbreviazioni, al fine di alleggerire il testo. Qui di seguito si offre una legenda delle medesime. PDR: Piano/i di rientro; PO: programma/i operativo/i di prosecuzione; CAA: Commissari/o *ad acta*; SSN: Servizio sanitario nazionale; SSR: Servizio sanitario regionale; GSA: gestione sanitaria accentrata; CFP: coordinamento della finanza pubblica; MEF-RGS: Ministero dell'economia e delle finanze – Ragioneria generale dello Stato; CAD: Codice dell'amministrazione digitale; ANA: Anagrafe nazionale degli assistiti; FSE: Fascicolo sanitario elettronico; TS: Tessera sanitaria; SBC: *soft budget constraint*.



L'istituto dei PDR è stato oggetto di numerosi e pregevoli studi giuridici<sup>3</sup>, che principalmente pongono in luce l'aspetto – in vero, eclatante – della menomazione dell'autonomia delle Regioni che vi sono sottoposte.

In qualche modo questo studio intende lasciare, almeno inizialmente, in secondo piano il problema dei rapporti fra Stato e Regioni e della tutela della autonomia regionale, in quanto tale, per osservare il tema dei PDR dal punto di vista dello Stato, della sua capacità di garantire un assetto equilibrato della spesa sanitaria e degli istituti giuridici predisposti a tal fine.

Ne emerge, in particolare dalla fine degli anni novanta, uno sforzo corale del sistema statale (a partire dal Ministero dell'Economia<sup>4</sup>) per garantire, indirizzare, conoscere e controllare la spesa sanitaria come voce decisiva del bilancio statale, in particolare al fine di conseguire il rispetto del Patto di stabilità e crescita europeo<sup>5</sup>. Ne emerge altresì un ruolo ambivalente del sistema regionale, che si incrocia col tentativo di introdurre ed attuare il cd. «federalismo fiscale».

In ultima analisi, il tema dei PDR precorre e lascia emergere una dialettica ormai sempre più evidente fra le regole dell'equilibrio di bilancio e il problema della tutela del diritto fondamentale alla salute del cittadino e della persona, che non si riduce al profilo della distribuzione delle competenze e che, invece, introduce ad una domanda – che questo lavoro tenta di approfondire – su come bilanciare in concreto questo (nuovo?) principio fondamentale<sup>6</sup> e i diritti costituzionali fondamentali, come quello alla tutela della salute.

In questo contesto, il progressivo affermarsi nell'ordinamento del principio (costituzionale) dell'equilibrio di bilancio radicalizza i termini dei rapporti fra Stato e Regioni: non è più sufficiente fondare l'esigenza del decentramento regionale su una prospettiva di riforma (cioè, di alleggerimento) dello Stato, che non si è in realtà conseguita né prima, né dopo la riforma del Titolo V<sup>7</sup> e che, tutto sommato, si dimostra inadeguata rispetto al fine.

---

<sup>2</sup> Cfr. G. Carpani, *I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea*, in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2010, p. 25 ss.

<sup>3</sup> Cfr., in particolare, T. Cerruti, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in «Rivista Aic», n. 4/13; E. Griglio, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in «Rivista AIC», n. 3/12; Id., *Il legislatore «dimezzato»: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in «Le regioni», 3/2012, p. 455 ss.

<sup>4</sup> E. Caruso, N. Dirindin, *Sanità: un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità*, in M.C. Guerra, A. Zanardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2010*, Bologna, Il Mulino, 2010, p. 208.

<sup>5</sup> G. Tesauro, *Diritto dell'unione europea*, Padova, Cedam, 2012, 592.

<sup>6</sup> Cfr. A. Longo, *Alcune riflessioni sui rapporti tra l'interpretazione conforme a diritto comunitario e l'utilizzo del canone di equilibrio finanziario da parte della Corte costituzionale*, 12.12.2011, in <http://www.giurcost.org/>.

<sup>7</sup> ... semmai è avvenuto il contrario: le Regioni, almeno molte di esse, hanno replicato su scala territoriale i difetti addebitati allo Stato.

Il nodo giuridico-costituzionale, cui è legato il senso stesso della sopravvivenza della articolazione regionale della Repubblica, senz'altro per quanto concerne le competenze in materia di tutela della salute, consiste nel grado di compartecipazione della Regione, e del sistema regionale, alla tutela dei diritti la cui soddisfazione è legata all'organizzazione (efficiente ed efficace) su base territoriale di un servizio<sup>8</sup>: il servizio sanitario costa e, pertanto, per poter essere garantito nel tempo, deve essere sostenibile, cioè in equilibrio di bilancio.

Il tentativo di questo studio è verificare se l'indagine sui PDR sia – come sembra – un osservatorio privilegiato delle dinamiche costituzionali, ed epocali, cui si è appena fatto cenno: l'obiettivo, pertanto, non è fornire improbabili risposte definitive, quanto focalizzare le nuove domande che tali dinamiche sembrano porre, e lasciare, sul tappeto dell'indagine giuridica.

## **2. All'origine. *Representation without taxation, path dependence* e costi di *switching*: il caso serio della spesa sanitaria**

Alla base dell'esigenza di istituire i PDR vi è senz'altro il modello italiano di finanziamento della spesa sanitaria e la sua evoluzione.

Un noto ed acuto studio svolto dopo alcuni anni dalla istituzione delle Regioni ordinarie rilevava con una certa sorpresa che il modello di decentramento regionale italiano aveva dato luogo a sistemi rappresentativi regionali non dotati di una effettiva capacità impositiva e, in tal senso, non pienamente responsabili della spesa pubblica regionale: si coniò una espressione efficace – *representation without taxation*<sup>9</sup> – a simboleggiare il circolo vizioso in cui la struttura della finanza regionale collocava le classi politiche regionali, che – non dovendo rispondere direttamente al «proprio» corpo elettorale delle somme trasferite dallo Stato e, poi, spese sul territorio – finivano per porsi prevalentemente il problema della redistribuzione a livello regionale delle somme riscosse, stanziare, veicolate e vincolate dal livello centrale.

La spesa sanitaria, e i suoi problemi, incarnano perfettamente e sin dall'inizio questa descrizione: si tratta – in sintesi – del modello della «finanza derivata»<sup>10</sup> da cui è discesa, quasi

---

<sup>8</sup> Cfr. D. Tega, *Welfare e crisi davanti alla Corte Costituzionale*, in «Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali», 2014, p. 303 ss.; E. Longo, *Le relazioni giuridiche nel sistema dei diritti sociali. Profili teorici e prassi costituzionali*, Padova, Cedam, 2012, in particolare p. 302 ss. in riferimento alla «salute».

<sup>9</sup> R. Putnam, R. Leonardi, R. Nanetti, *L'istituzionalizzazione delle Regioni in Italia*, in «Le Regioni», 1982, p. 1078 ss.

<sup>10</sup> S. Piperno, *La finanza decentrata in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2013, spec. 13 ss. e 61 ss.

necessariamente, l'applicazione del criterio della «spesa storica»<sup>11</sup> per la programmazione della risorse da destinare al settore sanitario<sup>12</sup>.

Questo modello di finanziamento ha costantemente prodotto disavanzi (cioè una spesa sanitaria maggiore rispetto a quella programmata e coperta) e la connessa costante esigenza di ripiano dei medesimi a piè di lista da parte dello Stato<sup>13</sup>.

Non sempre si sottolinea con sufficiente chiarezza che la storia delle riforme sanitarie è largamente motivata e talvolta perfino coincide con l'obiettivo di razionalizzare, controllare la spesa pubblica del settore e *ripianare* i disavanzi<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Come efficacemente sintetizzato da P. Giarda, *La favola del federalismo fiscale*, Quad. n. 35, Associazione per lo sviluppo degli studi di banca e borsa, 2009, in <http://www.assbb.it/>, per quanto concerne il livello regionale “la spesa tira l'entrata”, cioè “le decisioni sulla spesa trainano e determinano le decisioni sul *quantum* e sui mezzi di finanziamento” e, se si osservano i bilanci regionali, si può facilmente constatare, da un lato, che la spesa sanitaria copre oltre i 2/3 dei medesimi e, dall'altro che le entrate necessarie a provvedervi consistono prevalentemente in trasferimenti dello Stato, nel senso che ancora oggi “la compartecipazione al gettito del tributo statale, anziché essere il motore del finanziamento, diventa un fatto residuale: l'intervento statale è dato dalla differenza tra il «fabbisogno di spesa» e il gettito regionale dei tributi assegnati allo scopo. Il gettito dei principali tributi propri regionali (l'IRAP e l'addizionale IRPEF) non genera risorse correlate al soddisfacimento di bisogni determinati a livello decentrato, ma costituisce solo «un acconto» rispetto a un fabbisogno di spesa che per la singola regione è predeterminato”. L'illustre studioso ne fa discendere una preposizione generale: “elevati e crescenti gettiti tributari non esprimono – quando vincolati nella spesa dai criteri di perequazione dei fabbisogni – riduzioni significative nel grado di dipendenza delle regioni dalle regole del centralismo” (cfr. p. 11 ss., ma v. spec. 26 ss., da cui sono tratte le citazioni, e tab. 3).

<sup>12</sup> N. Viceconte, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in R. Balduzzi, G. Carpani, *Manuale di diritto sanitario*, il Mulino, Bologna, 2013, p. 371 ss.

<sup>13</sup> Alcune vicende che si tratteranno in seguito – ci si riferisce agli accordi analizzati nel par. 3 – lasciano emergere una sorta di strategia della programmazione e del ripiano della spesa sanitaria, di cui erano parte integrante i disavanzi sanitari: i protagonisti – in particolare a livello statale – della spesa sanitaria tendevano a ridurla in modo non realistico in sede di programmazione, attribuendosi pertanto anche la *regia* del ripiano *ex post*.

<sup>14</sup> Così è accaduto nei primi anni settanta ove proprio la regionalizzazione della sanità coincise con l'esigenza di coprire i disavanzi delle gestioni mutualistiche – cfr. l. n. 264/1974, recante proprio “Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria”: per l'inquadramento dei provvedimenti legislativi che vanno dalla cd. legge Mariotti (n. 132/1968) alla l. 833/1978, in particolare sotto i profili del finanziamento della sanità, v. il contributo chiarificatore di E. Jorio, *Il finanziamento della salute e il patto di stabilità*, in «Sanità pubblica e privata», n. 2 del 2005, spec. p. 6-7; v. anche A. Sereni, *Il servizio sanitario nazionale*, Firenze, 1979, 14 ss., 53 ss.; D. Buttinelli, *Il Servizio sanitario nazionale. Una riforma indispensabile ed urgente*, Milano, Franco Angeli, 1977, 131. Così è accaduto con la l. n. 833/78 e con le successive riforme del 1992 e del 1999 (che hanno introdotto la cd. «aziendalizzazione»; cfr. in generale il volume curato da N. Falcitelli, M. Trabucchi, *Rapporto Sanità '99. Livelli di governo e di responsabilità nel Servizio sanitario nazionale*, Bologna, Il Mulino, 1999), non meno che dopo la riforma del Titolo V, in particolare proprio con l'articolato strumentario dei PDR e con il tentativo di armonizzare i bilanci sanitari (aziendali e regionali), anche attraverso la progressiva digitalizzazione delle «informazioni» sanitarie.



In altri termini, l'«albero storto»<sup>15</sup> della finanza decentrata italiana sin dall'inizio conduce ad un modello di spesa regionale che facilmente, se non proprio strategicamente, produce disavanzi sanitari<sup>16</sup>.

Per quanto qui interessa, il dato di fatto è che il problema dei disavanzi sanitari precede e precorre ampiamente l'istituto dei PDR.

Questa osservazione conduce a dover introdurre due questioni.

La prima concerne l'evoluzione (mancata) del finanziamento della spesa sanitaria: posto che il modello di finanza territoriale derivata (in generale, ma in questa sede nello specifico del settore sanitario) non è efficiente, perché ancora oggi, perfino in seguito alla riforma del Titolo V, è di fatto vigente<sup>17</sup>?

Molti studi hanno descritto, con analisi che qui è impossibile riprodurre, i passaggi in forza dei quali sul piano normativo e finanziario non si è riusciti a modificare il paradigma della finanza derivata anche in materia sanitaria<sup>18</sup>.

Va rilevato che, con l'approvazione del noto d.lgs. 56/00<sup>19</sup>, tutto era pronto per il passaggio al nuovo sistema: perfino il testo costituzionale, considerato che la riforma del Titolo V – con le nuove disposizioni dell'art. 119, Cost. – è entrata in vigore l'8.11.2001.

A fraporsi all'attuazione si inserisce il problema dei disavanzi sanitari: esistenti e generati nei primi anni 2000 in qualche modo hanno reso inattuale (e inattuabile) il sistema, ancor più che le previsioni, del d.lgs. 56/00<sup>20</sup>.

Comunque, di lì a poco, col consenso sia dello Stato sia delle Regioni<sup>21</sup>, si afferma il cd. «modello pattizio», fondato sui cd. «Patti per la salute» fra Stato e regioni, nel cui ambito, per quanto qui interessa, si determina la entità del «concorso» dello Stato al finanziamento del SSN. Tali patti

---

<sup>15</sup> S. Piperno, *op. ult. cit.*, 9 ss. e 261 ss.

<sup>16</sup> Cfr. Corte cost. 283/1991, su cui M. Ventura, *La Corte avalla nuove regole per il ripiano del disavanzo sanitario*, in «Le Regioni», n. 3/92, p. 815 ss.

<sup>17</sup> Cfr., da ultimo, art. 1, del Patto per la Salute 2014-2016, sottoscritto nel luglio 2014.

<sup>18</sup> Si vedano, *ex multis*, N. Viceconte, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 371 ss.; Id., *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in S. Mangiameli (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma – Raccolta di papers di diritto regionale*, Milano, Giuffrè, 2012, Vol. II, p. 595 ss.; ma v. anche E. Caruso, N. Dirindin, *Sanità: un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità*, cit., p. 205 ss.

<sup>19</sup> ... che aveva introdotto e disciplinato un modello di federalismo fiscale, dedicato anche al finanziamento della sanità: cfr. A. Catelani, *La sanità pubblica*, in G. Santaniello (diretto da), *Trattato di diritto amministrativo*, Padova, Cedam, vol. XL, 2010, 264 ss.

<sup>20</sup> Su questo aspetto v., con chiarezza, S. Mangiameli, *Il federalismo fiscale e l'evoluzione del regionalismo italiano*, in <http://www.issirfa.it> (Ottobre 2011).

<sup>21</sup> Cfr. Accordo Stato-Regioni del 8.8.2001; d.l. n. 347 del 19.9.01.

sono di regola trasfusi nelle leggi finanziarie e, in tal modo, divengono – sotto il profilo delle risorse – il quadro finanziario della sanità italiana.

Ne rimane assolutamente confermato il criterio della spesa storica: è sufficiente scorrere i patti che si sono succeduti<sup>22</sup> per verificare che il livello di spesa corrisponde, in sede di programmazione pattizia, a quello dell'anno precedente aumentato di un *tot* per anno.

Ne rimane altresì confermato il *trend* di aumento, al di là della spesa programmata, della spesa sanitaria, con un disavanzo che fra il 2002 ed il 2012 ammonta a circa 35 miliardi di euro (per lo più, ma non esclusivamente, riferibili al disavanzo sanitario regionale).

### Andamento 1992-2012 - dati di sintesi (totale Regioni, Prov. Aut. e altri Enti del SSN)<sup>23</sup>

Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e Pil (miliardi di euro)							
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Pil	Spesa/Pil	Finanz/Pil	Disavanzo/Pil
1992	49,637	48,049	-1,588	783,774	6,33%	6,13%	0,20%
1993	48,939	45,376	-3,563	807,362	6,06%	5,62%	0,44%
1994	49,041	45,179	-3,862	853,911	5,74%	5,29%	0,45%
1995	48,465	47,427	-1,038	923,05	25,25%	5,14%	0,11%
1996	52,585	50,438	-2,147	982,443	5,35%	5,13%	0,22%
1997	57,014	51,975	-5,039	1.026,285	5,56%	5,06%	0,49%
1998	59,640	55,065	-4,575	1.073,019	5,56%	5,13%	0,43%
1999	63,134	59,404	-3,730	1.107,994	5,70%	5,36%	0,34%
2000	70,173	66,945	-3,228	1.166,548	6,02%	5,74%	0,28%
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,535	6,24%	5,90%	0,34%
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,1%	5,9%	0,22%
2003	82,290	79,967	-2,323	1.335,354	6,2%	6,0%	0,17%
2004	90,528	84,738	-5,790	1.390,539	6,5%	6,1%	0,42%
2005	96,785	91,060	-5,725	1.423,048	6,8%	6,4%	0,40%
2006	99,615	95,131	-4,483	1.479,981	6,7%	6,4%	0,30%

<sup>22</sup> Cfr. in <http://www.salute.gov.it/>, i patti 2002-04; 2007-2009; 2010-2012 ed ora 2014-2016.

<sup>23</sup> La tabella è tratta dal sito del Ministero della Salute ed è consultabile in <http://www.salute.gov.it/> nella sezione dedicata a «Piani, finanziamenti e monitoraggio del SSN».





Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e Pil (miliardi di euro)

Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Pil	Spesa/Pil	Finanz/Pil	Disavanzo/Pil
2007	103,805	100,095	-3,709	1.546,177	6,7%	6,5%	0,24%
2008	107,141	103,483	-3,658	1.575,144	6,8%	6,6%	0,23%
2009	110,210	106,846	-3,364	1.519,695	7,3%	7,0%	0,22%
2010	111,331	109,135	-2,196	1.551,886	7,2%	7,0%	0,14%
2011	112,809	111,548	-1,261	1.578,497	7,1%	7,1%	0,08%
2012	113,683	112,641	-1,043	1.565,916	7,3%	7,2%	0,07%

Per quanto momentaneamente interessa, si deve sottolineare che il mancato cambio di paradigma del sistema di finanziamento della sanità – di cui sono più che noti i guasti – non deve sorprendere più di tanto.

Per buona parte delle Regioni, segnatamente quelle meno efficienti, questo modello di finanziamento ha garantito la possibilità di aumentare costantemente la spesa, nel primo decennio del millennio, laddove una qualunque forma di effettiva autonomia fiscale di entrata e di spesa per il finanziamento della spesa sanitaria avrebbe comportato un doloroso percorso di riorganizzazione e razionalizzazione dei SSR in disavanzo.

Ma non si deve sottovalutare che, anche per lo Stato, questo sistema di per sé (apparentemente) inefficiente garantisce almeno tre capisaldi: a) evitare di dover attribuire direttamente alle Regioni quote cospicue delle entrate<sup>24</sup>; b) poter governare dal centro il livello delle risorse attribuite al SSN, senza doversene assumere la diretta responsabilità organizzativa, che significa poter addebitare alle Regioni l'intera «colpa» dei disservizi/disavanzi sanitari<sup>25</sup>; c) potere intervenire, a valle della creazione di disavanzi sanitari, con strumenti (i PDR) che sottopongono alla regia di apparati statali il regime delle competenze (e delle risorse) regionali in materia sanitaria.

<sup>24</sup> La spesa sanitaria vale il 15% della spesa pubblica: cfr. Corte dei Conti, *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, maggio 2014, p. 222, in <http://www.corteconti.it/>; Unioncamere Veneto, *Il federalismo in tempo di crisi. Analisi della spesa pubblica italiana tra riforme inattuata e politiche di riaccentramento*, 2013, p. 37, in <http://www.osservatoriofederalismo.eu/>.

<sup>25</sup> Cfr., ad es., art. 2, d.lgs. 149/11, su cui si tornerà.



Questa dinamica inerziale, che perpetua un modello ritenuto o rivelatosi inefficiente, in luogo di modelli maggiormente efficienti, è stata studiata dalla dottrina economica e prende il nome di *path dependence*<sup>26</sup>.

La teoria si fonda sul caso della tastiera QWERTY<sup>27</sup>. In sostanza, David rilevava che la tastiera QWERTY non si era affermata come *standard* perché migliore di altre, ma in quanto, una volta affermata, i costi di *switching* verso altre tipologie di tastiera erano troppo elevati per scaltarla, ancorché esistessero modelli di tastiera più performanti: il sistema pertanto resta *incastrato* – *lock-in*, cioè «chiuso dentro» - nella *inefficienza*.

La «teoria della dipendenza dal percorso» sembra potersi facilmente applicare alla vicenda della mancata riforma del sistema di finanziamento della sanità italiana: nonostante un d.lgs. *ad hoc* ed addirittura una «compiacente» riforma costituzionale, i costi ed i rischi di *switching* si sono sempre rivelati troppo alti per i protagonisti del finanziamento e della organizzazione sanitaria e ciò ha condotto al *lock-in* istituzionale del sistema di finanziamento della sanità.

In realtà, la teoria della «*path dependence*» è utile ad introdurre una seconda domanda: considerato che il problema dei disavanzi sanitari precorre di decenni l'invenzione dei PDR, e quindi può essere l'occasione, ma non l'unica ragione, della loro genesi, quali sono i fattori istituzionali e giuridici che hanno condotto alla nascita dei PDR? In altri termini: perché i PDR?

Sul piano normativo è abbastanza evidente l'origine dei PDR<sup>28</sup>. L'art. 28 della l. 448/98 introduce il cd. «Patto di stabilità interno», al fine di garantire il concorso degli enti territoriali «alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica che il paese ha adottato con l'adesione al Patto di stabilità e crescita» europeo, varato nel 1997<sup>29</sup>.

I commi 10-12 si occupano specificamente di disciplinare la verifica dell'esistenza di disavanzi sanitari, la procedura per identificare le relative cause e le «azioni di rientro» richieste alle Regioni

---

<sup>26</sup> La teoria è stata elaborata da Arthur negli anni 80 (v. ora W. B. Arthur, *Increasing returns and path dependence in the economy*, University of Michigan Press, Ann Arbor, 1994) e resa celebre da P.A. David, *Understanding the Economics of QWERTY: The Necessity of History*, in W. N. Parker (a cura di), *Economic History and the Modern Economist*, Basil Blackwell, 1986, p. 30 ss. E' contestata anche aspramente: S.J., Liebowitz, S.E. Margolis, *The Fable of the Keys*, in «Journal of Law and Economics», 33(1), 1990, p. 1 ss. Per una ricostruzione efficace, v. F. Virili, *Cosa resta della path dependence. Standardizzazione e innovazione*, Contributo al Workshop «L'organizzazione fa la differenza», Venezia Ca' Foscari, 7-8 settembre 2008.

<sup>27</sup> Nulla di strano: è la tastiera universale che tutti, da sempre, utilizziamo per scrivere al computer.

<sup>28</sup> R. Balduzzi, (2011), *Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema*, in «Monitor», n. 27/11, p. 3 ss.

<sup>29</sup> Su cui v. R. Basso, *L'unione economica e monetaria e l'Euro: principi di base e misure di attuazione*, in G.L. Tosato, *L'unione economica e monetaria e l'euro*, Giappichelli, Torino, 1999, p. 93 ss.



in disavanzo, tutti passaggi scanditi dal coinvolgimento della Conferenza Stato-Regioni e generalmente fondati sull'accordo<sup>30</sup>.

A queste disposizioni si aggiungono, qualche mese dopo, quelle introdotte dal d.lgs. 229/1999 nel d.lgs. n. 502/1992. Il nuovo art. 19-ter disciplina una embrionale procedura di rientro e, soprattutto, nella sua rubrica mette esattamente in fila i temi che, nel decennio successivo, emergeranno con particolare virulenza: “Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell’efficienza del Servizio sanitario nazionale”.

L’origine dei PDR si situa esattamente al punto di contatto – o di contraddizione – fra «federalismo sanitario» e «patto di stabilità»: la sostenibilità della spesa sanitaria della Repubblica.

Si tratta di una chiave di lettura decisiva ai fini di questo lavoro: i PDR sono un istituto di diritto interno volto a risolvere il problema dei singoli disavanzi sanitari regionali.

In realtà, tuttavia, essi sono una valvola di sicurezza da contestualizzare nel modello di finanziamento della spesa sanitaria intesa come componente fondamentale della spesa pubblica, nell’ottica del rispetto, da parte della Repubblica, del patto di stabilità e crescita europeo.

Essi consentono una programmazione della spesa sanitaria – in qualche modo – credibile, in quanto corredata di strumenti volti a garantire la tutela dai disavanzi ed il loro «automatico» ripiano senza la necessità – in teoria – di interventi d’emergenza dell’erario, che ovviamente pesano sui conti pubblici nazionali e sulla loro rilevazione statistica interna ed europea.

Questo profilo, che è alla base dell’istituto, costituisce un altro e decisivo aspetto della *path dependence*, che assume le forme della dipendenza dal percorso dell’integrazione (monetaria) europea.

E’ opportuno osservare, quindi, che la forza inerziale del modello di finanziamento della spesa sanitaria – *path dependence* interna – viene scalfita solo quando si incrocia con un’altra forza d’inerzia, la *path dependence* europea.

Dall’incontro fra queste due forze origina il modello dei Piani di rientro, che trattiene alcuni caratteri dell’una e dell’altra.

In particolare, da un lato, l’affermazione dei PDR coincide con la conferma ed accentuazione del modello di finanziamento sanitario basato sull’accordo fra Stato e Regioni (e con il fallimento del federalismo fiscale del 2000<sup>31</sup>).

---

<sup>30</sup> In seguito la spesa sanitaria sarà esclusa dal patto di stabilità interno, ma non per allentare i vincoli finanziari, quanto per seguire un percorso specifico, che andiamo, in buona parte, ad analizzare: cfr. E. Caruso, N. Dirindin, *op.cit.*, 218.

<sup>31</sup> Questa condizione evolutiva del sistema finanziario della sanità conduce ad osservare che l’attuale vasto ed articolato tentativo volto ad introdurre il cd. «federalismo fiscale» corre rischi seri (A. Zanardi, *La*



Dall'altro, proprio perché i PDR nascono per consentire il rispetto di vincoli finanziari europei da parte della Repubblica, il profilo dell'equilibrio di bilancio prende il (sostanziale, non formale) sopravvento sulla garanzia dei livelli essenziali di assistenza<sup>32</sup>.

### **3. Evoluzione e struttura normativa dei Piani di rientro. La prima fase: responsabilità, condizionalità, «anno zero» (2000-04).**

Se l'origine e le cause dei PDR sono sufficientemente chiare, abbastanza tortuosa si rivela la loro evoluzione normativa<sup>33</sup>. Di seguito si propone una partizione temporale della evoluzione dei PDR, precisando immediatamente che sarà possibile passare in rassegna solo le principali disposizioni in materia<sup>34</sup>.

Poco dopo l'entrata in vigore del d.lgs. 56/00, Stato e Regioni concludono nel volgere di 12 mesi, in sequenza, ben 3 accordi (il primo del 3.8.2000, il secondo del 22.3.2001, il terzo del 8.8.2001), che di fatto implicano lo stallo o il superamento del modello di federalismo fiscale appena adottato<sup>35</sup>.

Con questa «triplice» si inaugura la stagione pattizia nei rapporti fra Stato e Regioni in materia sanitaria<sup>36</sup>.

L'accordo dell'agosto 2000 introduce il nuovo paradigma delle relazioni in materia sanitaria che deriva dal patto di stabilità interno (art. 28, c. 10-12, l. 448/98) e dall'art. 19-ter, d.lgs. 502/92.

Il primo elemento del paradigma è, con ogni evidenza, il fatto ed il metodo dell'accordo fra Stato e Regioni nella definizione della spesa sanitaria.

Il secondo elemento – evidentemente legato (alla lealtà) al primo – è costituito dal riconoscimento della espressa *responsabilità* delle (singole) Regioni per i disavanzi prodotti nell'anno 2000: ciascuna Regione deve provvedervi “mediante aumento delle imposte da

---

*finanza locale: riforma tradita e ricentralizzazione*, in A. Zanardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2013*, Bologna, Il Mulino, p. 135 ss.): il sistema dei costi e dei fabbisogni standard, infatti, può essere semplicemente un nuovo modello di ripartizione interna delle risorse stanziato dallo Stato, in accordo col sistema regionale, e potrebbe non tradursi mai in una effettiva autonomia regionale sul versante della espansione della autonomia di entrata (ed alla conseguente decisione politica di spesa).

<sup>32</sup> Sul tema v. ora L. Trucco, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, 2012, in <http://www.gruppodipisa.it/>

<sup>33</sup> N. Viceconte, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 375-77.

<sup>34</sup> Cfr., comunque, M. Bellentani, L. Bugliari Armenio, *La logica dei piani di rientro e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in R. Balduzzi, G. Carpani, *Manuale di diritto sanitario*, il Mulino, Bologna, 2013, p. 391 ss.

<sup>35</sup> La sequenza è ben narrata in <http://www.quotidianosanita.it> del 18.6.2014; cfr. p. B)-4 del primo accordo citato.

<sup>36</sup> Per approfondire v. S. Parrilla, *Le risorse del servizio sanitario: dall'accordo del 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005*, in «Sanità pubblica e privata», n. 3/05, spec. 9 ss.



deliberare sui bilanci regionali 2002, contrazione di mutui con oneri a carico dei bilanci regionali, utilizzo di risorse proprie; inoltre in casi singoli, Governo e regioni stipulano accordi (...) diretti a rimuovere le cause strutturali dei disavanzi”<sup>37</sup>.

Il terzo elemento è costituito dal sistema di rendicontazione e monitoraggio della spesa, “ispirato a criteri (...) di piena utilizzabilità per il sistema dei conti pubblici”, che le Regioni si impegnano a “ridefinire ed attuare concretamente”<sup>38</sup>.

Da ultimo – ma come si capisce non ultimo – si affronta il problema dei disavanzi sanitari pregressi che lo Stato si accolla solo in parte e che restano, per il resto, a carico delle Regioni.

Su questi pilastri si addivene dopo un anno all’accordo dell’8 agosto 2001<sup>39</sup>, in cui si specifica che per garantire il rispetto del patto di stabilità e crescita il rapporto fra finanziamento del SSN e PIL deve attestarsi tendenzialmente “ad un valore del 6 per cento”.

L’accordo incrementa le risorse statali destinate alla sanità ed il 2001 viene espressamente qualificato come «*anno zero*» nel “rapporto fra Stato e Regioni per la prefissione dell’entità complessiva dei finanziamenti a carico dello Stato”<sup>40</sup>.

Riemerge il problema della copertura dei disavanzi pregressi, quantificati nell’accordo in 7.080 miliardi (di lire) e coperti dallo Stato, anche attraverso l’indebitamento, per 2.700 miliardi, subordinatamente alla copertura da parte delle Regioni del residuo<sup>41</sup>.

Quel che più conta è che l’incremento delle risorse viene *condizionato* nel patto ad una serie specifica di obblighi per le Regioni (cfr. p. 2 del medesimo), che forniscono la base su cui poi si innesteranno i PDR e che – in estrema sintesi – poggiano sui due pilastri che abbiamo già incontrato: da un lato, il monitoraggio della spesa, e, dall’altro, la copertura «autonoma» dei disavanzi attraverso tagli di spesa o incremento della tassazione (oltre ad una serie di misure volte alla razionalizzazione della spesa, come l’adesione alle convenzioni di acquisto di beni e servizi, ed

---

<sup>37</sup> Così il punto A)-2 dell’accordo; ma v. anche art. 83, c. 4 ss., l. n. 388/00.

<sup>38</sup> Punto C)-14) dell’accordo.

<sup>39</sup> ... che dirime una controversia – così viene definita – insorta fra Stato e Regioni in merito alla “congruità delle risorse finanziarie statali” destinate alla sanità, aumentando le risorse per l’anno 2001 (e per gli anni successivi, fino al 2004).

<sup>40</sup> ... al netto degli incrementi condizionati al rispetto degli obblighi: cfr. art. 40, l. 448/01 e art. 4, d.l. 63/02, che estende il medesimo principio agli anni 2002-04.

<sup>41</sup> ... anche attraverso “mutui con oneri a carico dei rispettivi bilanci” (art. 4, c. 4, d.l. 347/01), cioè altri debiti: appare ironico, almeno nei rapporti finanziari fra livelli istituzionali, consentire il ripiano dei debiti con l’accensione di mutui, e a quanto sembra anche con operazioni in derivati, con soggetti terzi. La vicenda si avvierà a conclusione in qualche modo con i cc. 46, 46-bis (aggiunto col d.l. 78/09 e riferito alle “operazioni derivate in essere”) e 47 della l. 244/07: lo Stato anticiperà oltre 9 miliardi di euro alle Regioni Lazio, Campania, Molise e Sicilia anche per “l’estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari” che le Regioni indicate sono tenute a restituire in un arco di trenta anni allo Stato. Forse si sarebbe risparmiato qualcosa seguendo sin dall’inizio questa strada.

all'impegno di "mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza").

Poco più di un mese dopo, il d.l. 347/01 traduce in norme di legge queste disposizioni pattizie (cfr., in particolare, artt. 2-4)<sup>42</sup>.

Nel frattempo – nonostante l'aumento del finanziamento – resta evidente il costante scostamento di alcune realtà regionali fra spesa programmata e spesa realizzata<sup>43</sup>: si continuano a creare cospicui disavanzi che "non interessavano in ugual misura tutto il Paese, ma erano concentrati in sette Regioni: Lazio, Molise, Campania, Abruzzo, Sardegna, Liguria e Sicilia"<sup>44</sup>.

### **3.1. Istituzione e affinamento della disciplina normativa dei Piani (2004-2009). Dalla responsabilità (apparente) alla (apparente) conferma del *soft budget constraint*.**

In coerenza con i principi esposti, con la l. 311/2004 (finanziaria 2005), nel momento in cui si decide l'entità del finanziamento statale della sanità in aggiunta ai livelli del 2001 («anno zero»), si vincola l'accesso al finanziamento integrativo alla stipula di una intesa Stato-Regioni volta a garantire – fra i diversi aspetti – il monitoraggio della spesa sanitaria regionale e l'obbligo in capo alle regioni di garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale (c. 173).

Con il comma successivo, il 174, si introducono norme concernenti l'ipotesi in cui l'equilibrio economico-finanziario non sia raggiunto o sia concretamente a rischio: ove si prospetti, sulla base del monitoraggio trimestrale, una situazione di squilibrio, la regione adotta i provvedimenti necessari.

L'attività che, in tal caso, la Regione è tenuta a svolgere è disciplinata dal c. 180: "La regione (...) procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa

---

<sup>42</sup> ... e, successivamente, l'art. 52, l. 289/02 specifica gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al finanziamento integrativo rispetto a quello previsto nell'«anno zero». Cfr. S. Parrilla, *op.ult.cit.*, 10.

<sup>43</sup> Cfr. art. 1, c. 164, ultima parte, l. 311/2004; non da ultimo concorre ai disavanzi la spesa corrente per il personale in riferimento ai rinnovi contrattuali – v. art. 1, c. 52, l. 350/2003. Con l'art. 9, d.l. 203/05 fra le condizioni per accedere al maggior finanziamento rientra anche la costituzione di accantonamenti di bilancio per i rinnovi contrattuali.

<sup>44</sup> M.T. Loretucci, N. Nante, M. Giussani, S. Simonetti, G. Messina, F. Palumbo, *Evoluzione normativa dei piani di rientro dal deficit sanitario*, in «Organizzazione sanitaria», n. 2/08, p. 3 ss.



prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma"<sup>45</sup> (cfr. art. 1, c. 281, l. 266/05).

Come si può osservare, l'(avvenuto) accordo rientra fra gli elementi di condizionalità per l'attribuzione dei finanziamenti aggiuntivi, che sono erogati, in tutto o in parte, solo se la Regione attua l'accordo.

In mancanza di provvedimenti adeguati – prosegue il c. 174 – e qualora si confermi un disavanzo di gestione, il Governo diffida la regione a provvedervi entro il successivo 30 aprile. Se la regione non adempie “il presidente della regione, in qualità di commissario *ad acta*, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento”, ovvero aumento dell'addizionale IRPEF, maggiorazione dell'aliquota IRAP.

In seguito<sup>46</sup> il legislatore ha specificato che qualora neanche il commissario *ad acta* adotti i provvedimenti necessari al ripiano del disavanzo, nella regione interessata si applicano comunque: a) il blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso; b) il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo<sup>47</sup>; c) l'addizionale IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP nella misura massima prevista dalla vigente normativa.

---

<sup>45</sup> In questo contesto si iscrive un nuovo regime delle anticipazioni di liquidità (disciplinato nel c. 184 della l. 311/04, che trova specificazione nell'art. 12 dell'intesa del 23.3.2005), in forza del quale “tutte le Regioni percepiscono l'anticipazione del 95% del fabbisogno per cassa, ma solo le Regioni adempienti e in equilibrio percepiscono il restante 5%” (così E. Caruso, N. Dirindin, *op. cit.*, 219). Le A. segnalano altresì che, in seguito all'accordo del 2001, “la prima fase della responsabilità finanziaria delle Regioni si traduce in una grave «crisi di liquidità» del settore sanitario innescata da una molteplicità di cause concomitanti. In primo luogo, non si è voluto dar luogo alla disposizione del d.lgs. 56 che prevedeva il superamento del meccanismo delle anticipazioni mensili in dodicesimi. In secondo luogo, tra le risorse erogate non sono state ricomprese le somme da perequare secondo il «pasticcio» della formula del d.lgs. 56, in mancanza di intese e conseguenti d.p.c.m. di riparto. In terzo luogo, i tempi per il monitoraggio dei Lea (ancora poco organizzato), ovvero i contenimenti di spesa imposti, hanno prolungato ulteriormente i tempi dei trasferimenti. Tutto ciò ha bloccato a lungo le risorse presso il Ministero dell'economia e delle finanze. Le difficoltà in termini di liquidità finanziaria che le Regioni hanno affrontato in questa fase sono state poi aggravate dall'impossibilità di manovrare la propria leva fiscale” (pg. 218).

<sup>46</sup> Cfr. art. 1, c. 277, l. 266/05; art. 1, c. 796, l. 296/06 ; art. 2, c. 76, l. 191/09.

<sup>47</sup> Si prevede altresì che gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del *turn over* e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli.





La successiva intesa del 23 marzo 2005 stabilisce che le Regioni sono tenute a presentare un piano di rientro laddove si sia verificato un “disavanzo pari o superiore al 7%” (al netto, peraltro, delle spese sostenute per “arretrati di contratti e convenzioni per il personale”)<sup>48</sup>.

L’intesa disciplina dettagliatamente le «istituzioni del monitoraggio»: da un lato il NSIS (ovvero Nuovo sistema informativo sanitario) ed il Comitato permanente per la verifica della erogazione dei LEA, istituiti presso il Ministero della Salute<sup>49</sup>, dall’altro il Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, presso il MEF – RGS<sup>50</sup>. A questi si aggiungerà, con la finanziaria 2006, il SIVEAS<sup>51</sup> ovvero il Sistema nazionale di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria, con il compito di coordinare – sempre presso il Ministero della salute – “diversi organismi ed enti che concorrono alla attività di monitoraggio, valutazione e verifica del SSN”<sup>52</sup> anche in riferimento all’affiancamento ed al monitoraggio dei PDR.

Gli artt. 6 e 8 dell’intesa evidenziano la preponderanza del profilo dell’equilibrio economico finanziario dei SSR: nell’ambito dei programmi di riorganizzazione, riqualificazione, potenziamento assumono il ruolo da protagonista i «piani di rientro»<sup>53</sup>.

Seppur ancora formalmente legati “al rispetto dei livelli essenziali di assistenza”<sup>54</sup>, risulta evidente che l’obiettivo dei programmi consiste nell’attuazione dei piani: l’equilibrio (di bilancio), più che la tutela (dei LEA)<sup>55</sup>.

---

<sup>48</sup> Cfr. art. 8, c. 5, della intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

<sup>49</sup> cfr. art. 3 e 9 dell’intesa

<sup>50</sup> Cfr. c. 173 della l. 311/04. L’art. 22, c. 5, d.l. 78/09 afferma che “In sede di verifica sull’attuazione dei Piani di rientro, al fine di prevenire situazioni di conflitto di interesse e di assicurare piena indipendenza e imparzialità di giudizio, i componenti designati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome, appartenenti alla regione assoggettata alla valutazione, non possono partecipare alle relative riunioni del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell’Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005. In tali casi, la predetta Conferenza provvede alla tempestiva designazione di altrettanti componenti supplenti, fermo restando che nelle more di tale designazione, allo scopo di non ritardare le necessarie azioni di contrasto alle situazioni di criticità in essere, Comitato e Tavolo possono proseguire e concludere i propri lavori. Restano salvi gli atti e le attività già espletati da Comitato e Tavolo anteriormente all’entrata in vigore della presente disposizione”.

<sup>51</sup> Art. 1, c. 288, l. 266/05 e poi d.m. 17.6.2006.

<sup>52</sup> Così M.T. Loretucci, N. Nante, M. Giussani, S. Simonetti, G. Messina, F. Palumbo, *op. cit.*, p. 6. Sulla base di una convenzione col Ministero della Salute, l’AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) svolge attività di supporto operativo e gestionale del SIVEAS e, quindi, assume un ruolo centrale rispetto alla attuazione dei PDR.

<sup>53</sup> Così definiti nell’art. 6, c. 2, lett. b, dell’intesa; poi v. art. 1, c. 274, l. 266/05.

<sup>54</sup> Art. 8, c. 1, dell’intesa.

<sup>55</sup> Tant’è che la sottoscrizione e l’attuazione, sotto i profili economico-finanziari, dei piani sono condizione per la graduale erogazione del maggior finanziamento. Ma è sufficiente scorrere l’all. I dell’intesa per scoprire una sorta di «gerarchia» degli adempimenti cui è condizionato l’incremento delle risorse rispetto all’anno zero (e quindi anche la connessa vicenda dei nascenti PDR): la garanzia del mantenimento dell’erogazione dei LEA è alla lett. e); nelle prime 4 lettere troviamo, invece, la stabilità e l’equilibrio di





In questo contesto, il nuovo governo Prodi (2006-08) imprime una spinta decisiva alla messa in opera dei PDR.

Il 28 settembre 2006 viene sottoscritto il nuovo Patto per la salute (2007-09).

La novità più rilevante – per quanto concerne i PDR – consiste nella prevista istituzione di un «Fondo transitorio» dedicato alle “Regioni in difficoltà” (con disavanzi pari o superiori al 7%) il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione del PDR<sup>56</sup>: a quella data, infatti, nessuna Regione ancora aveva inteso attraversare il Rubicone sottoscrivendo un PDR.

Inoltre, solo per le Regioni che abbiano stipulato il PDR, si afferma che “sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l’anno 2005 della copertura derivante dell’incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa [del 23.3.2005], con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate. A tal fine il Governo si impegna alla proposizione delle necessarie norme di deroga” (p. 1.4 del Patto).

La finanziaria 2007 traduce in legge l’accordo<sup>57</sup>.

Per quanto qui interessa, viene istituito il Fondo Transitorio per gli anni 2007-09, destinato alle sole Regioni che hanno sottoscritto il PDR e condizionato all’«automatismo fiscale» di cui in precedenza<sup>58</sup>.

L’ultima parte della lett. b) introduce il principio – che si rivelerà fondamentale per la tenuta del modello, come vedremo in seguito – in base al quale i PDR “sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l’accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria”.

Nella finanziaria è confermato il principio di fondo in forza del quale sono le Regioni in PDR a coprire i propri disavanzi pregressi con “idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate” (c. 796, lett. e).

---

gestione del SSR, il rispetto delle disposizioni in materia di acquisti, l’adempimento degli obblighi informativi, il rispetto del patto di stabilità interno.

<sup>56</sup> ... e “presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l’innalzamento ai livelli massimi dell’aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap” (p. 3.1, lett. b, del Patto).

<sup>57</sup> Cfr. B. Vitiello, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, in «Ist. fed.», n. 2/06, spec. p. 968 ss.

<sup>58</sup> Art. 1, c. 796, lett. b, l. 296/06. Va anche precisato che l’automatismo fiscale può allargarsi: “l’accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all’anno d’imposta dell’esercizio successivo, l’addizionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche e l’aliquota dell’imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all’integrale copertura dei mancati obiettivi” (ancora c. 796, lett. b).

Tuttavia, trascorsi non più di 2 mesi, il d.l. n. 23/2007<sup>59</sup> stabilisce che il Governo concorre al ripiano del disavanzo sanitario (2001-05) delle sole Regioni che hanno sottoscritto il PDR ed a tal fine stanziava 3 mld di euro per il solo 2007.

Per la vicenda dei «nostri» PDR questo passaggio è decisivo e necessita di alcune, pur sintetiche, precisazioni ed osservazioni.

*La prima.* Dopo la finanziaria 2007 e il d.l. 23/07, nel volgere di un semestre, ben 7 Regioni sottoscrivono il PDR (Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna e Lazio, che lo sottoscrive appena prima dell'adozione del d.l.).

Sembra confermata la affermazione del Giarda: “la spesa tira l’entrata”, in questo caso l’entrata in PDR, o, se si preferisce, anche per questa ricerca vale il noto detto *follow the money*.

*La seconda.* E’ al Governo Prodi che deve essere riconosciuto il merito e la capacità di aver individuato formule, e risorse, in grado di far partire il modello PDR che – si ritiene, sommessamente – altrimenti avrebbe rischiato lo stallone.

*La terza.* Il Patto per la salute 2006, la connessa finanziaria 2007 e (in particolare) il d.l. 23/07<sup>60</sup> completano il paradigma dell’intesa 8.8.2001 e 23.3.2005.

Si creano due fondi statali *ad hoc*, uno per il sostegno transitorio e l’altro per il ripiano dei disavanzi sanitari pregressi, entrambi dedicati alle sole Regioni in PDR.

Viene meno il velo di ipocrisia sotteso alla logica dell’«anno zero», della piena responsabilità dei singoli SSR per i disavanzi generati a partire da quell’anno (con le sanzioni finanziarie previste in caso di mancato rispetto degli «adempimenti»), del principio dell’autonoma copertura dei medesimi da parte delle Regioni che li hanno prodotti attraverso misure di razionalizzazione (cioè tagli) e/o automatismi fiscali (cioè nuove entrate)<sup>61</sup>.

---

<sup>59</sup> Nella relazione governativa al ddl di conversione si afferma che “l’urgenza della disposizione risiede nella circostanza che, in assenza della stessa, non possono essere tempestivamente sottoscritti i predetti piani come programmato, tenuto conto che i medesimi debbono contenere le politiche di intervento nel settore sanitario, da attivarsi già dall’inizio dell’anno in corso”.

<sup>60</sup> Il d.l. viene immediatamente impugnato dalle Regioni Lombardia e Veneto, con ricorsi che sono risultati decisamente utili ai fini della redazione del presente testo: tuttavia, la Corte li dichiara inammissibili per carenza di un interesse attuale e concreto all’impugnazione, con decisione forse formalmente corretta, ma che senz’altro non si fa carico del percorso di responsabilizzazione che era in atto e che, insieme al metodo pattizio, veniva in parte «tradito», forse meglio «aggiustato», dal d.l. 23/07 (cfr. sent. 216/08).

<sup>61</sup> Infatti, la disciplina del d.l. è espressamente posta in deroga all’art. 4, c. 3, d.l. 347/2001: va ricordato che già l’art. 1, c. 164, l. 311/04 e poi l’art. 1, c. 279, l. 266/05 avevano derogato al principio di responsabilità per i disavanzi 2001-04 disponendo che lo Stato concorresse ai relativi ripiani (ma non delle sole Regioni in PDR).



Ne resta apparentemente confermata la tradizionale logica di finanziamento della spesa sanitaria italiana, col consueto ripiano *ex post* dei disavanzi che si realizza con le misure analizzate: gli economisti parlano al riguardo di una condizione di *soft budget constraint*<sup>62</sup> (si tornerà sul punto).

Resta il fatto che queste misure hanno l'effetto di rendere conveniente per le (riottose) Regioni in disavanzo l'entrata in PDR.

*La quarta.* L'istituzione di due nuove fondi a destinazione vincolata – in materia, in astratto, di competenza concorrente – mostra che tutta la vicenda dei PDR e, più in generale, il finanziamento della sanità continua a muoversi secondo il più classico e consolidato modello della finanza derivata.

In sintesi, pertanto, la Regione che entra in PDR nel 2007, da un lato, sconta l'esigenza di razionalizzare organizzazione e spesa sanitaria, oltre agli effetti dell'«automatismo fiscale» ed una «invasione» della propria autonomia che osserveremo essere di assoluto rilievo. Dall'altro, ottiene un sostegno finanziario specifico, su due livelli, da parte del Governo centrale.

Una volta concretamente avviata l'esperienza dei PDR emergono alcuni profili problematici nella loro gestione, di cui si fa carico una normativa capillarmente disseminata in un succedersi di decreti legge<sup>63</sup>.

In primo luogo, si disciplina la figura del *Commissario ad acta* nel caso di inadempimento dei PDR da parte delle Regioni. Poi si prevede che questi possa essere affiancato per l'esecuzione del PDR da subcommissari specializzati nella gestione sanitaria, nominati dal Governo<sup>64</sup>.

In secondo luogo, si affronta il problema del finanziamento effettivo delle sanità regionali in corso di PDR. La finanziaria 2008 (art. 1, c. 49) sancisce il diritto di accesso al finanziamento integrativo per le Regioni in PDR che non hanno rispettato il patto di stabilità interno. L'art. 1, c. 2-3, d.l. 154/08, per le Regioni in PDR commissariate, consente, con deliberazione del Consiglio dei Ministri, l'erogazione, in tutto o in parte, e comunque a titolo di anticipazione, del maggior finanziamento condizionato alla verifica positiva degli adempimenti (in deroga alle disposizioni draconiane dell'art. 8, dell'intesa 23.3.2005), qualora si siano verificate determinate condizioni: emergenze finanziarie regionali (sic!) e atti “significativi” del Commissario volti a raggiungere l'equilibrio finanziario.

Un mese dopo, si estendono le stesse disposizioni anche alle Regioni “solo” in PDR (non commissariate), alla condizione che la Regione interessata abbia provveduto alla copertura del

---

<sup>62</sup> Cfr. G. Coco, *Deficit e controllo nel sistema sanitario*, in C. De Vicenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, p. 51 ss.

<sup>63</sup> Per un es.: v. artt. 8 e 8-ter, d.l. 248/07.

<sup>64</sup> Cfr. rispettivamente art. 4, d.l.159/07 e art. 1, c. 1, d.l. 154/08.



disavanzo sanitario residuo con risorse di bilancio idonee e congrue entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato<sup>65</sup>.

### **3.2. Dalla stabilizzazione normativa dei piani ai programmi operativi di prosecuzione (2009-10)**

La disciplina normativa dei PDR trova una compiuta sistemazione nel Patto per la Salute 2010-12 (del 3.12.2009) e nella seguente l. finanziaria del 2010 (l. 191/09), rispettivamente nell'art. 13 e nell'art. 2, c. 77 ss. Si tratta di una disciplina senza dubbio articolata, ma lineare, che fa tesoro della esperienza maturata con i primi PDR del 2007. Di seguito si propone una lettura d'insieme della disciplina dell'istituto e delle sue «variabili», scandita in singoli passaggi.

Preliminarmente, deve segnalarsi che l'art. 3, c. 2, del Patto integra le «istituzioni del monitoraggio» con la Struttura tecnica di monitoraggio paritetica (STEM), con il compito generale di consentire valutazione, monitoraggio, controllo ed, evidentemente, comparazione dei diversi SSR, oltre alla funzione specifica di valutare i PDR<sup>66</sup>.

#### *a) Disavanzo strutturale, automatismi, PDR<sup>67</sup>.*

Se un SSR finisce in un certo anno in disavanzo e il disavanzo risulta, in tutto o in parte, non coperto, a partire dall'anno successivo si applicano quelli che di qui in poi chiameremo «*automatismi*», ovvero: a) innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista (*automatismi fiscali*); b) blocco automatico del turn-over del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo; c) il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

Il *disavanzo* può configurarsi come *strutturale*, in due ipotesi. Quando supera il 5% rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie della Regione, ancorché sia coperto dalla Regione; ovvero quando non supera il 5%, ma né gli automatismi fiscali né altre risorse del bilancio regionale garantiscono la sua integrale copertura.

---

<sup>65</sup> Cfr. art. 6-bis del d.l. 185/08.

<sup>66</sup> La Struttura è composta da sei rappresentanti dei Ministeri dell'Economia, della salute e del Dipartimento per gli affari regionali, sei delle Regioni, oltre ad un Presidente scelto d'intesa da Stato e Regioni. Si avvale del supporto dell'AGENAS e dell'AIFA per lo svolgimento delle proprie funzioni: si tratta di un organo evidentemente votato ad una alta specializzazione tecnico-scientifica dei diversi aspetti coinvolti nel settore sanitario. E' evidentemente connesso con l'attività di questa struttura quanto disciplinato dall'art. 11 del Patto in merito alla qualità dei dati contabili, di struttura e di attività: la disposizione è chiaramente finalizzata, sia per le Regioni in PDR che per le altre, ad addivenire alla certificabilità dei bilanci e della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale.

<sup>67</sup> Cfr. art. 13, c. 1-2-3, del Patto; art. 2, c. 76-77, l. 191/09.



In caso di disavanzo strutturale la Regione deve presentare entro il 10 giugno un PDR *triennale*, in cui siano contemperati due fattori: misure di riequilibrio dei LEA; misure di garanzia dell'equilibrio di bilancio in ciascun anno del PDR.

*b) Regime ordinario dei PDR<sup>68</sup>.*

Il PDR è approvato dalla Regione e valutato dalla STEM e dalla Conferenza Stato-Regioni. Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia, approva il PDR se ne accerta l'adeguatezza. In tal caso il PDR è immediatamente efficace ed esecutivo: approvazione e attuazione del PDR costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificato il disavanzo e di quelli successivi interessati dal PDR.

La verifica di attuazione del PDR avviene con cadenza trimestrale ed annuale.

Gli interventi individuati nel PDR sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla sua piena attuazione<sup>69</sup>: i provvedimenti regionali che hanno un qualunque impatto sul SSR (indicati specificamente nel PDR) sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute e sono accessibili alla STEM, al Tavolo di verifica degli adempimenti, al Comitato per la verifica dei LEA. Nell'ambito dell'attività di affiancamento, il Ministero della salute, di concerto con il dicastero economico, esprime parere preventivo sui provvedimenti indicati nel PDR (ad eccezione di quelli legislativi: sent. 100/10).

Per tutta la durata del PDR restano fermi gli automatismi, a meno che non si sia verificato il rispetto degli obiettivi intermedi del PDR, nel qual caso è possibile un limitato e proporzionale allentamento dei medesimi.

Per garantire il conseguimento degli obiettivi del PDR la l. finanziaria prevede che per un periodo di due mesi (che erano inizialmente 12, poi sono divenuti molti di più: si tornerà sul punto) “dalla data di entrata in vigore della presente legge non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori e i tesoreri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti”. E' altresì previsto che le Regioni possano coprire i debiti sanitari attraverso i fondi FAS.

---

<sup>68</sup> Cfr. art. 13, c. 4-5-6-7-8-15, del Patto; art. 2, c. 79-80-81-82-89-90, l. 191/09.

<sup>69</sup> In questo contesto è stata prevista l'ipotesi di esercizio da parte del Governo di poteri sostitutivi anche di carattere normativo: cfr. art. 2, c. 80, l. 191/09 nel testo modificato dall'art. 17, c. 4, d.l. 98/2011. Su questo aspetto ed anche in riferimento alla peculiare genesi della disposizione v. E. Griglio, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., p. 461 ss., e la dottrina ivi citata.



*c) Inidoneità o inattuazione del PDR: il primo commissariamento<sup>70</sup>.*

Può verificarsi che, in caso di disavanzo strutturale, la Regione non presenti il PDR ovvero che il PDR presentato sia ritenuto dal Consiglio dei ministri non adeguato a fronteggiare e risolvere il disavanzo: di conseguenza, il Governo esercita i poteri sostitutivi e nomina il Presidente della Regione commissario *ad acta* per la predisposizione entro i successivi trenta giorni del PDR e per la sua attuazione.

In tal caso, agli automatismi – già scattati a causa dell'accertato disavanzo strutturale – si aggiungono: a) la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio; b) la decadenza automatica dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente; c) l'incremento automatico, in aggiunta a quanto già in essere, dell'addizionale IRPEF (0.30 punti) e dell'aliquota IRAP (0.15 punti)<sup>71</sup>.

Le stesse conseguenze si hanno se il PDR è stato approvato dal Governo, ma risulti, all'esito delle verifiche, non adempiuto dalla Regione: il Consiglio dei ministri, previa diffida ad attuare il PDR, in caso di perdurante inadempienza, nomina il Presidente della Regione commissario *ad acta* e questi adotta tutte le misure indicate nel PDR e verifica l'attuazione del medesimo per tutta la sua durata<sup>72</sup>.

*d) Il Presidente-Commissario inadempiente: il secondo commissariamento<sup>73</sup>.*

Se, nei casi precedentemente indicati, neanche il Presidente-Commissario *ad acta* adempie correttamente il suo incarico, il Consiglio dei Ministri adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del PDR e alla sua attuazione; in caso di mancata predisposizione o inattuazione del PDR riscontrata in sede di verifica o di monitoraggio, il Governo nomina uno o più commissari per l'adozione o per l'attuazione del PDR. Il Commissario *ad acta* può essere affiancato da sub-commissari e gli oneri derivanti dalla gestione commissariale sono a carico della regione.

---

<sup>70</sup> Art. 13, c. 5-9-12 del Patto; art. 2, c. 79-83-86, l. 191/09.

<sup>71</sup> Questo stesso automatismo fiscale può «replicarsi» ulteriormente, ai sensi dell'art. 13, c. 12, del Patto (e dell'art. 2, c. 86, della l. finanziaria 2010) quando in sede di verifica annuale non si siano raggiunti gli obiettivi del PDR con conseguente disavanzo sanitario, sia che la Regione, come nella specie, sia stata commissariata, sia che non lo sia.

<sup>72</sup> Il c. 84-bis della finanziaria 2010 (inserito dal d.l. 174/12) affronta il problema delle dimissioni o di impedimento del presidente della regione. In tal caso il Consiglio dei ministri nomina un commissario *ad acta*, al quale spettano i poteri indicati nel terzo e quarto periodo del c. 83 – appena sintetizzati nel testo – fino all'insediamento del nuovo presidente della regione o alla cessazione della causa di impedimento.

<sup>73</sup> Art. 13, c. 10-11, del Patto; art. 2, c. 84-85, l. 191/09.



*e) I programmi operativi di prosecuzione<sup>74</sup>.*

Al momento dell'entrata in vigore della l. 191/09, per le Regioni in PDR commissariate prosegue la gestione commissariale in essere, che è tenuta ad adottare programmi operativi conformi con gli obiettivi finanziari programmati.

Tuttavia, le medesime Regioni possono scegliere di presentare un nuovo PDR che, se approvato dal Governo, fa cessare la gestione commissariale.

I «programmi operativi» costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento del PDR “al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento” e “dell’effettivo stato di avanzamento dell’attuazione del piano di rientro”<sup>75</sup>.

Essi sono lo strumento che consente la sostanziale proroga della gestione commissariale al fine del conseguimento dello scopo del PDR.

Lo stesso indirizzo è stato introdotto – art. 11, c. 1, d.l. 78/10 – per le Regioni in PDR (non commissariate): se in sede di verifica annuale e finale non viene accertato il raggiungimento (al 31.12.2009) degli obiettivi strutturali del PDR, ma d'altra parte non sussiste un disavanzo strutturale e non ricorrono le condizioni per il commissariamento, le Regioni possono chiedere la prosecuzione del Piano di rientro, per una durata non superiore al triennio, ai fini del completamento dello stesso secondo “programmi operativi”.

Pertanto, i «programmi operativi di prosecuzione» garantiscono l'ultrattività del regime dei PDR, decorso il primo, ed eventualmente il secondo, triennio dalla sottoscrizione<sup>76</sup>.

*f) Principali disposizioni di alleggerimento degli «automatismi».*

Il legislatore è più volte intervenuto sotto diversi profili concernenti la disciplina dei PDR, ma, in particolare, interessa rilevare come si sia tentato di alleggerire le conseguenze degli automatismi ed a renderle più elastiche: sia sotto il profilo fiscale, sia sotto il profilo del blocco del *turn over*<sup>77</sup>, sia sotto il profilo dell'autonomia di bilancio regionale<sup>78</sup>.

Da segnalarsi una disposizione di recente introduzione che modifica il c. 80 della finanziaria 2010 e consente alle Regioni in PDR con disavanzo sanitario decrescente e inferiore al gettito derivante dagli automatismi fiscali, di ridurre le predette maggiorazioni fiscali, ovvero di destinare il relativo

<sup>74</sup> Art. 13, c. 14, del Patto; art. 2, c. 88-88bis, l. 191/09.

<sup>75</sup> Cfr. d.l. 98/11, art. 17, c. 4, lett. b), che introduce il c. 88-bis nella l. 191/09.

<sup>76</sup> Cfr. d.l. 95/12, art. 15, c. 20 e c. 21, che ha sostituito l'art. 17, c. 3-ter, d.l. 98/11.

<sup>77</sup> Cfr. art. 2, d.l. 125/10; art. 17, c. 3, lett. f, d.l. 98/11; art. 1, c. 23-bis, d.l. 138/11; art. 4-bis, d.l. 158/12.

<sup>78</sup> Art. 6-bis, c. 1, d.l. 158/12.





gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali<sup>79</sup> o ancora di destinarle al pagamento di debiti pregressi (ai sensi del d.l. 35/13).

### 3.3. Piani e percorsi di armonizzazione dei bilanci e digitalizzazione delle informazioni sanitarie (2011-14)

La vicenda normativa ed istituzionale dei PDR non viene superata, ma anzi trova fondamentale conferma nei decreti attuativi del cd. «federalismo fiscale»<sup>80</sup>: il modello e l'esperienza dei PDR ne escono senz'altro confermati (e rafforzati).

Solo a titolo esemplificativo, la disciplina dell'IRAP e dell'IRPEF nel d.lgs. 68/11 fa espressamente salvi gli automatismi fiscali già descritti per le Regioni in PDR e le stesse Regioni sono – ovviamente – escluse dalle procedure di determinazione del fabbisogno sanitario standard<sup>81</sup>.

Forse ancora maggiore è l'incidenza della vicenda dei PDR nel d.lgs. 118/11 in merito alla armonizzazione dei sistemi contabili e di bilancio delle Regioni: non si tratta solo di verificare che, ancora una volta, la disciplina fa salvi gli automatismi fiscali<sup>82</sup> e altri aspetti connessi alle modalità di redazione del bilancio, sia sul fronte delle entrate, che delle spese<sup>83</sup>.

In questo caso, lo stesso ruolo della Gestione sanitaria accentrata<sup>84</sup> e le esigenze attuative che ne derivano<sup>85</sup> inducono a constatare che i PDR hanno rappresentato una condizione preliminare affinché una effettiva armonizzazione dei bilanci regionali fosse anche solo tentata<sup>86</sup>.

---

<sup>79</sup> Si tratta dell'art. 2, c. 6, d.l. 120/13, e proprio su questo aspetto si appunta una critica della Corte dei Conti, *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, cit., p. 221 e 245, le cui ragioni emergeranno in seguito.

<sup>80</sup> Va ricordato che l'art. 18, l. 42/09, prevede il cd. «Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza», volto a “stabilire le azioni correttive da intraprendere, anche fornendo agli enti la necessaria assistenza tecnica e utilizzando, ove possibile, il metodo della diffusione delle migliori pratiche fra gli enti dello stesso livello”. Si è rilevato che “non è prevista nessuna forma di accordo” con gli enti interessati da questi Piani (così E. Buglione, *art. 18*, in A. Ferrara, G.M. Salerno (a cura di), *Il federalismo fiscale. Commento alla legge n. 42 del 2009*, Napoli, Jovene, 2009, p. 151 ss., spec. 154; si rinvia a questo contributo anche per collocare i «Piani» nel contesto del «Patto di convergenza» di cui al medesimo art. 18).

<sup>81</sup> Cfr. rispettivamente artt. 5 e 6, c. 4 e 10, e art. 27, c. 5 e 10.

<sup>82</sup> Art. 20, c. 1, sub A, lett. b).

<sup>83</sup> Cfr. comunque, proprio su questi aspetti, connessi con l'attuazione del PDR, Corte cost., sent. 51/13.

<sup>84</sup> Cfr. art. 22, d.lgs. 118/11: la GSA è il “centro di responsabilità (...) deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali”.

<sup>85</sup> Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1*, giugno 2014, in <http://www.mef.gov.it/>, che dedica l'intero cap. IV alle attività in corso per l'attuazione del d.lgs. 118/11 (p. 107 ss.).



Un capitolo a parte è la vicenda – che si approfondirà nel par. successivo – concernente il d.lgs. 149/11, in merito alle sanzioni al Presidente della Giunta regionale per grave dissesto finanziario (ed a quelle conseguenti per i funzionari regionali e revisori dei conti), che è evidentemente fondata sulla fattispecie del PDR inattuato<sup>87</sup>.

Le disposizioni citate sembrano convergere nel senso di confermare – sul piano della evoluzione normativa – che il PDR non è solo un istituto di garanzia dell’equilibrio finanziario dei SSR, ma un vero e proprio modello su cui si basa la sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

Il recentissimo Patto per la salute 2014-16 conferma tutti gli aspetti principali dei PDR, preannunciando anzi un T.U. di raccolta delle disposizioni vigenti in materia di PDR entro il 31.3.2015 (art. 12, c. 9).

Le principali novità sono (cfr. art. 12 del Patto): a) la previsione del regime di incompatibilità fra il ruolo di Commissario ad acta e l’affidamento di incarichi istituzionali (è una novità rilevante, ma sulla cui efficacia per l’attuazione dei PDR è legittimo dubitare); b) una “semplificazione” e “razionalizzazione” delle procedure di verifica dei provvedimenti attuativi dei PDR; c) la realizzazione di un efficace sistema di monitoraggio che “consenta di intervenire prima che si realizzino le condizioni che impongono l’adozione dei piani”.

E’ su quest’ultimo aspetto che sembra opportuno soffermarsi per concludere l’*escursus* normativo in materia di PDR, poiché consente di individuare la funzione istituzionale (ultima) dei medesimi, che non è quella di risolvere i disavanzi, ma di prevenirli.

Per questo è necessario procedere ad una apparente digressione.

L’art. 15 del Patto apre la prospettiva di un altro Patto fra Stato e Regioni, stavolta per la «sanità digitale», finalizzato a “conseguire obiettivi di efficienza, trasparenza e sostenibilità” del SSN attraverso “l’impiego sistematico dell’innovazione digitale in sanità”: in sostanza, Stato e Regioni si impegnano a implementare il Piano di evoluzione dei flussi NSIS (PEF-NSIS) per consentire “il governo ed il monitoraggio dei LEA e dei relativi costi”.

---

<sup>86</sup> Cfr. le pagine del Rapporto di cui alla nota precedente dedicate a spiegare le procedure realizzate per effettuare la preliminare ricognizione della situazione economico-patrimoniale regionale relativa al periodo 2001-11, che rappresenta la premessa per l’attuazione del d.lgs. 118/11: per quanto qui interessa, ben 5 delle 20 tabelle precompilate dai Ministeri della Salute e dell’Economia, da completarsi da parte delle Regioni, sono destinate esclusivamente alle Regioni in PDR. Per comprendere l’entità del lavoro svolto dagli apparati statali e la drammatica situazione di «incomunicabilità» di partenza – nell’ambito della quale, come ben si può capire, si sono celate e si celano (anche per le Regioni non in PDR) le astuzie contabili che hanno prodotto i disavanzi, noti e meno noti – è sufficiente rinviare a quanto osserva il MEF-RGS in riferimento alla tabella dedicata ai «Costi capitalizzati ed ammortamenti»: p. 112.

<sup>87</sup> Artt. 2 e 3, su cui è intervenuta, come noto, Corte cost. sent. n. 219/13.

Questa disposizione, sul piano generale, rientra in un vasto movimento normativo che ha trovato nuova linfa nel d.l. 179/12: questo decreto, per vitalizzare l'attuazione della cd. «Agenda digitale», introduce – ad avviso di chi scrive – una «strategia delle anagrafi digitali», a partire dalla anagrafe nazionale, vera e propria, della popolazione residente (ANPR)<sup>88</sup>.

In questo contesto, l'art. 1, c. 231, della l. 347/2013 (legge di stabilità 2014) introduce l'ANA, ovvero l'*anagrafe nazionale degli assistiti*, casualmente non istituita presso il Ministero della salute, ma presso il Ministero dell'Economia<sup>89</sup>.

Va sottolineato come la digitalizzazione comporti un effettivo «cambiamento del verso» del decentramento degli ultimi 20 anni.

Per ottenere disponibilità e interoperabilità dei dati è ora tecnicamente possibile, ed insieme necessario, «stoccare» i dati a livello centrale e questo coincide con una rimodulazione delle funzioni nelle materie interessate: l'ANPR, infatti, subentra alle anagrafi comunali (come afferma l'art. 62, c. 2, CAD), così come l'ANA, oggi, subentra alle anagrafi e agli elenchi degli assistiti tenuti dalle singole ASL, che tuttavia mantengono la titolarità dei dati e ne assicurano l'aggiornamento (art. 62-ter, c. 2, CAD).

Qualora si riesca ad attuarlo in modo completo, il trasferimento e la condivisione strutturale delle basi di dati comporta anche un diverso modo di atteggiarsi delle relazioni e dei controlli fra centro e periferia. Se l'amministrazione centrale ottiene – senza intermediazione dell'ente territoriale – i dati prodotti in periferia, il problema dei controlli, preventivi e successivi, si pone

---

<sup>88</sup> Nel d.l. 179/12 troviamo infatti: 1) Anagrafe nazionale della popolazione residente istituita presso il Ministero dell'interno (art. 2, che introduce il nuovo art. 62 del d.lgs. 82/2005, meglio noto come Codice dell'amministrazione digitale, CAD, e che, soprattutto, sancisce che "l'ANPR subentra altresì alle anagrafi della popolazione residente e dei cittadini italiani residenti all'estero tenute dai comuni"); 2) Indice nazionale degli indirizzi PEC delle imprese e dei professionisti, presso il Ministero per lo sviluppo economico (art. 5, cd. INI-PEC); 3) Anagrafe nazionale degli studenti, presso il MIUR, e fascicolo elettronico delle studente (art. 10, ma v. già art. 3, d.lgs. 76/05); 4) Fascicolo sanitario elettronico istituito dalle Regioni (art. 12); prescrizione medica e cartella clinica digitale (art. 13), cui ora si aggiunge l'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), realizzata da e presso il Ministero dell'economia, che "subentra, per tutte le finalità previste dalla normativa vigente, alle anagrafi e agli elenchi degli assistiti tenuti dalle singole aziende sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526, che mantengono la titolarità dei dati di propria competenza e ne assicurano l'aggiornamento" (così il nuovo art. 62-ter del CAD, introdotto dal c. 231, l. 147/13).

<sup>89</sup> L'ANA pone chiaramente le «basi digitali» per l'unificazione, a regime, in un'unica banca dati – direttamente o per l'effetto dalla cd. «interoperabilità» dei dati – delle informazioni digitali dell'ANA, del Fascicolo sanitario elettronico, delle prescrizioni e cartelle cliniche digitali e del sistema Tessera Sanitaria (quest'ultimo previsto – sempre nella competenza del MEF – dall'art. 50, c. 1, d.l. 269/03, al fine di "potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per l'attribuzione e la verifica del budget di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica"; sulla evoluzione e l'utilità del sistema TS v. ora quanto riferito nel rapporto MEF-RGS, 2014, p. 117 ss.).



in modo nuovo e diverso. Inutile girarci attorno: la «trasparenza in tempo reale dei dati» profila una nuova forma di gerarchia fra Stato ed amministrazioni centrali, da un lato, e autonomie territoriali e funzionali, dall'altro, basato sul (possibile e necessario) “coordinamento digitale”.

L'armonizzazione dei bilanci regionali connessa con il coordinamento digitale delle informazioni sanitarie consentirebbe un coordinamento finanziario preventivo e capillare da parte delle Amministrazioni centrali: cioè, in particolare, della RGS.

Pertanto, il d.lgs. 118/11, la l. finanziaria del 2014 ed il nuovo Patto per la salute 2014 stanno tentando di portare a compimento il percorso ultradecennale volto alla conoscenza ed al controllo effettivo della spesa sanitaria, avviatosi in modo nuovo con l'avvento del patto di stabilità interno.

Sembra chiaro l'impatto che un epilogo positivo di questi passaggi (epocali) potrebbe avere sul nostro istituto: il «monitoraggio», le «verifiche» trimestrali e annuali, ma la stessa opera di redazione iniziale dei PDR o dei programmi operativi di prosecuzione da parte delle Regioni, e ancor prima la rilevazione di disavanzi strutturali dei SSR e della veridicità dei relativi bilanci, potrebbero raggiungere una profondità di conoscenza senza precedenti delle singole e peculiari realtà regionali, delle loro criticità e dei punti di forza, da parte dell'Amministrazione centrale. E spingere le singole Regioni a prevenire autonomamente i disavanzi o, diversamente, a rinunciare alla loro autonomia normativa, amministrativa, finanziaria.

#### **4. Lo statuto costituzionale dei Piani. Le premesse giurisprudenziali.**

In qualche modo, l'espressione che conclude il paragrafo precedente introduce correttamente questo. In quanto segue si intende documentare – in modo necessariamente sintetico – le indicazioni del giudice costituzionale in merito all'istituto dei Piani di rientro ed alle sue vicende.

Non si seguirà l'ordine cronologico delle molte decisioni della Corte in materia, ma un ordine sistematico: dalle principali indicazioni in merito al modello di spesa sanitaria<sup>90</sup> si passerà ad esaminare la configurazione dei PDR (e dei programmi operativi) e, quindi, del Commissario *ad acta*. Si darà conto, infine, anche dei limiti e delle correzioni che il giudice costituzionale ha inteso introdurre, nell'ambito della complessiva tutela dell'istituto che emerge nella giurisprudenza costituzionale.

---

<sup>90</sup> Su cui v. E. Innocenti, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art. 119 cost.*, in «Le Regioni», 3/2008, p. 571 ss.; E. Griglio, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., p. 480 ss.



La Corte costituzionale offre un riconoscimento espresso – perdurante il regime transitorio di applicazione dell'art. 119, Cost. – al modello pattizio di “regolazione finanziaria tra Stato e Regioni nel settore sanitario” (36/05) e, di conseguenza, riconosce piena legittimazione al modello «condizionale» e «incentivante» costantemente connesso, a partire dall'accordo del 3.8.2000, all'incremento delle risorse da parte statale.

Ciò conduce sin dall'inizio (36/05) il giudice costituzionale a riconoscere la duplice natura del tenore degli accordi fra Stato e regioni in materia di finanziamento della sanità: da un lato, ed evidentemente, essi risalgono al problema, ed alla materia, della tutela della salute; contemporaneamente, però, essi sono strettamente connessi agli obiettivi di finanza pubblica e di contenimento della spesa (cioè a dire al coordinamento della finanza pubblica, di seguito solo CFP; cfr. 94/09, p. 7.7 in diritto)<sup>91</sup>.

Giustificando il modello pattizio, la Corte arriva immediatamente alla conseguenza di ritenere legittima la connessione fra rispetto degli adempimenti concordati fra Stato e Regioni e erogazione dei finanziamenti integrativi (ancora 36/05): d'altra parte, la coerenza col modello pattizio impone che anche gli adempimenti cui la Regione è soggetta debbono sorgere all'esito di una procedura fortemente concertativa (in particolare, i LEA debbono essere – sempre: 134/06 – determinati sulla base di una intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni – 88/03<sup>92</sup>).

Il riconoscimento del modello pattizio nella definizione degli adempimenti e nella determinazione del finanziamento sanitario conduce la Corte costituzionale a poter affermare – con ottime ragioni – che la responsabilità del disavanzo sanitario non è riconducibile in via esclusiva allo Stato, anche perché (come si è già ampiamente analizzato, *supra*) tanto la legislazione, quanto gli accordi che la determinano, introducono l'opposto principio della autonoma responsabilità regionale nella copertura dei disavanzi (98/07)<sup>93</sup>.

---

<sup>91</sup> Ovviamente, ne resta coinvolta anche la materia dei livelli essenziali delle prestazioni. Nella disciplina del cd. «ticket», la Corte nella sent. 187/12 ha rilevato che l'«intreccio» e la sovrapposizione delle tre materie non rende “possibile «individuare una prevalente» (sentenza n. 330 del 2011), né tracciare una «precisa linea di demarcazione» tra le competenze” e, di conseguenza, ha dichiarato illegittima la disposizione statale che prevedeva il potere dello Stato di adottare un regolamento in materia (non trattandosi per l'appunto di una competenza statale esclusiva: art. 117, c. 6, Cost.).

<sup>92</sup> Su cui v., per l'appunto, A. Simoncini, *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte prime indicazioni su regolamenti del Governo e «livelli essenziali» nelle materie regionali*, in «Le reg.», 6/03, p. 1199 ss.

<sup>93</sup> ... è quindi legittima la disposizione legislativa statale che vincola il ripiano dei disavanzi al raggiungimento dell'intesa sul piano sanitario 2006-08 e, per le regioni con disavanzo pari o superiore al 5%, all'accordo che contiene i PDR.



In questo contesto trovano altresì giustificazione (peraltro sulla base autonoma della competenza esclusiva dello Stato in materia di sistema tributario) gli «automatismi fiscali» che scattano in caso di disavanzo sanitario regionale (193/07)<sup>94</sup>.

Infine, il giudice costituzionale ritiene legittimi gli «adempimenti» cui è collegato l'accesso al finanziamento integrativo anche quando si sostanziano in una riduzione della spesa corrente – come quella per il personale – del SSN, in quanto “a tal fine, lo Stato si avvale della propria competenza legislativa a dettare principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, sicché l'apprezzamento della legittimità costituzionale della disposizione impugnata comporta, per un verso, l'attribuzione ad essa della preminente finalità di contenimento razionale della spesa e, per altro verso, la verifica che, nel perseguire siffatta finalità, il legislatore statale non abbia prodotto norme di dettaglio” (condizioni che nella specie si intendono soddisfatte: 40/10<sup>95</sup>).

Pertanto la valorizzazione del metodo pattizio<sup>96</sup> (e dei suoi contenuti) si coniuga con la travolgente ascesa del ruolo della materia CFP nella giurisprudenza costituzionale dell'ultimo lustro, la quale risulta “ormai «costante nel ritenere che norme statali che fissano limiti alla spesa di enti pubblici regionali sono espressione della finalità di coordinamento finanziario (...)», per cui il legislatore statale può «legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il

---

<sup>94</sup> ... a quel punto, infatti, non è ammesso neanche l'intervento tardivo del Presidente della Giunta regionale quale commissario *ad acta*, poiché la misura scatta solo in seguito ad una “persistente inerzia degli organi regionali”, compreso in ultimo il commissario medesimo, che è “indice della volontà di sottrarsi ad una attività provvedimentale pur imposta dalle esigenze della finanza pubblica”.

<sup>95</sup> E' il caso dello scrutinio di costituzionalità dell'art. 79, c. 1-bis, d.l. 112/08, in cui si vincola l'accesso al finanziamento integrativo al raggiungimento di una intesa con cui, fra l'altro, le Regioni avrebbero dovuto conseguire un risparmio della spesa sul personale del SSN.

<sup>96</sup> ... anche se secondo una logica del «terzo escluso»: infatti, oltre allo Stato ed alle Regioni in disavanzo, ci sono anche le Regioni «virtuose», cui però la Corte non riconosce interesse a ricorrere contro provvedimenti legislativi volti al ripiano dei disavanzi in quanto ritenute non avere una diretta e effettiva incisione della loro sfera di autonomia finanziaria, legislativa, amministrativa (cfr. sentt. 216/08, 94/09, 107/09). In quest'ultima decisione, tuttavia, la Corte rileva – pur confermando le conclusioni già raggiunte – che “il ripetersi di simili interventi legislativi statali di ripiano dei bilanci regionali in materia mal si concilia con il principio del «parallelismo fra responsabilità di disciplina e di controllo e responsabilità finanziaria» enunciato dalla giurisprudenza costituzionale (sentenza n. 355 del 1993)”. Si potrebbe aggiungere che ancor peggio si concilia con una logica pattizia, di cui fanno parte non solo gli accordi fra Stato e sistema regionale per determinare il finanziamento della sanità, ma anche i criteri e gli accordi per suddividersi, fra Regioni, quanto stanziato (la cd. «quota capitaria pesata», di cui all'art. 1, c. 34, l. 662/1996). E' evidente che il finanziamento in deficit della sanità deroga questi criteri e il connesso ripiano statale premia chi si è comportato slealmente nei confronti dei suoi pari. Per una spiegazione chiara del sistema di riparto: C. Zocchetti, *Il riparto del fondo sanitario fra le Regioni*, in «Statistica e società», n. 3/12, p. 27 ss. Ciò detto, è evidente che la Corte costituzionale non poteva decidere diversamente e non poteva andare al di là del monito espresso, che in qualche modo trova il suo compimento nella decisione con cui il giudice costituzionale, in seguito, sosterrà i PDR.





perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari»” (così 141/10)<sup>97</sup>.

Questo è il sostrato su cui si sviluppa lo statuto costituzionale dei PDR.

#### 4.1. I Piani

La legittimazione costituzionale dei PDR consegue al riconoscimento della natura di principio fondamentale di CFP alla disposizione statale che li introduce e disciplina<sup>98</sup>: “la norma dello Stato che assegna a tale Accordo carattere vincolante, per le parti tra le quali è intervenuto, può essere qualificata come espressione di un principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica” (100/10)<sup>99</sup>.

La Corte sottolinea lo stretto legame fra i vincoli che discendono dal PDR ed il modello pattizio tipico delle relazioni Stato-Regioni in materia sanitaria (e più in generale coerente con il principio di leale collaborazione): “la scelta «di aderire alle intese ed agli accordi» è frutto di una autonoma determinazione regionale, e non può, dunque, «ritenersi coartata», dal momento che le Regioni «potrebbero pur sempre scegliere di non addivenire alle intese in questione, facendo fronte al deficit con i propri strumenti finanziari ed organizzativi»” (così 2/10).

In altri termini, è la Regione che, sottoscrivendo il PDR, ha vincolato l’ordinamento regionale alla sua attuazione.

Avendo già descritto l’evoluzione normativa e le vicende del finanziamento della sanità regionale, si può constatare che quando la Regione si trova nella condizione di dover presentare il PDR è già in disavanzo, ovvero ha accumulato debiti. Non presentando il PDR perderebbe il finanziamento integrativo “ordinario” e i due finanziamenti specifici di cui alla legge finanziaria 2007 (quello di sostegno “transitorio” e l’altro per i debiti pregressi).

---

<sup>97</sup> Sul tema del coordinamento finanziario, che in questa sede non si può ricostruire nel dettaglio, v. G. Rivosecchi, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall’attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze?*, 2013, in <http://www.issirfa.cnr.it>, par. 4-5; G.M. Salerno, *Dopo la norma costituzionale sul pareggio del bilancio: vincoli e limiti all’autonomia finanziaria delle Regioni*, in «Quad. cost.», 2012, 564 ss.; volendo, S. Calzolaio, *Il cammino delle materie nello Stato regionale*, Giappichelli, Torino, 2012, 224 ss. e 275 ss.

<sup>98</sup> In un primo momento, come osservato in precedenza, l’art. 1, c. 796, lett. b, l. 296/96; poi anche l’art. 2, c. 79 ss., l. 191/09.

<sup>99</sup> Si tratta di affermazione costantemente ribadita e mai eccepita: *ex multis*, 141/10, 77/11, 123/11, 163/11, 91/12.





In sintesi, sul piano finanziario, è prevedibile che la Regione non possa evitare di sottoscrivere il PDR<sup>100</sup> e che, quindi, non sia effettivamente libera, ma di fatto vincolata a contrarre.

Tuttavia, è bene segnalare che le ragioni di questa necessità non risiedono, in ultima analisi, nelle leggi statali o negli accordi Stato-Regioni che le precedono: non provengono, in realtà, dall'esterno dell'ordinamento regionale.

Le ragioni del vincolo a sottoscrivere il PDR derivano da una gestione dei SSR in deficit, che ha condotto a disavanzi sanitari regionali non gestibili senza il ricorso all'erario statale<sup>101</sup>.

E' questa condizione che fa venir meno la libertà effettiva di contrarre, non le norme statali che disciplinano la «possibilità» - che diviene «necessità» - di sottoscrivere il PDR.

In questo contesto, l'istituto del PDR diviene l'unica alternativa al consueto ripiano a piè di lista dello Stato<sup>102</sup>: ma il patto di stabilità e crescita europeo (e comunque la nota difficoltà finanziaria della nostra sovra-indebitata Repubblica) rende il ripiano a piè di lista di disavanzi incontrollati una opzione sempre più puramente teorica.

Quindi, quando la Corte afferma che la Regione non può dirsi coartata a presentare e sottoscrivere il PDR utilizza una piccola ipocrisia, per sottolineare un principio, in ultima analisi, di autonomia.

La sostenibilità del SSR – nel vigente ordinamento costituzionale – è una responsabilità affidata alla Regione e la Regione deve garantirla in quanto parte integrante e necessaria della Repubblica: una sanità regionale in deficit pesa in modo rilevante sul bilancio consolidato delle amministrazioni pubbliche italiane. Ed è su questo bilancio che, da un lato, la Repubblica viene «giudicata» in Europa (ora: 40/14) e, dall'altro, ancor più duramente si batte col «popolo del

---

<sup>100</sup> In qualche modo – oltre che un certo grado di evidenza – suffraga l'affermazione anche la vicenda della Regione Calabria che, a quanto sembra, ha ritardato il più possibile la sottoscrizione del PDR. Ciò aveva condotto all'adozione dell'art. 22, c. 4, d.l. 78/09 (riguardante il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della Regione Calabria) ed alla connessa dichiarazione dello stato di emergenza socio-economico-sanitaria della Regione (dpcm 11 dicembre 2007): in altri termini, alla attuazione forzata di qualcosa di addirittura più ampio di un «mero» PDR. Infatti – come si ricostruisce nella sent. 167/10 – in data 17 dicembre 2009, il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute e il Presidente della Giunta regionale della Calabria hanno sottoscritto l'Accordo per il PDR del servizio sanitario regionale.

<sup>101</sup> Tale fatto è dimostrato dalle enormi quantità di denaro pubblico destinate, nel corso della prima decade degli anni 2000, a ripiani, anticipazioni, sostegno di questi specifici SSR, che già si sono, in parte, passate in rassegna.

<sup>102</sup> ... ripiano che, come si è detto in precedenza, seppure in modo parziale, con i finanziamenti dedicati alle regioni in PDR, si realizza comunque: cfr. al riguardo sentt. 91/12, 79/13.

mercato»<sup>103</sup> che accetta di finanziare, remunerato, il servizio del debito pubblico, cioè ancora la Repubblica.

Quindi, in sintesi, questa piccola ipocrisia serve ad evitare una ben più grande illusione<sup>104</sup>, che per lunghi anni ha connotato il sistema di finanziamento della sanità<sup>105</sup>: ovvero che la spesa pubblica sia una variabile indipendente dal disavanzo e dall'indebitamento e le Regioni possano ritenersi irresponsabili della sostenibilità dei loro, e nostri, SSR. Sana ipocrisia, dunque.

Pertanto, una volta sottoscritto, il PDR materializza, nell'ordinamento regionale, un limite derivante da un principio di CFP<sup>106</sup>: il limite tuttavia non consiste affatto in un principio, ma nei puntuali vincoli, anche di ordine finalistico, espressi dal PDR e da tutti i provvedimenti che si pongono in continuità con esso, primi fra tutti i «programmi operativi di prosecuzione» (già citati: art. 2, c. 88, l. 191/09) cui si estende esattamente lo stesso regime dei PDR (77/11, 33/12).

In altri termini, come è stato puntualmente rilevato<sup>107</sup>, il “piano di rientro finisce per operare come una sorta di norma interposta nel giudizio di costituzionalità”<sup>108</sup> e “il rispetto del piano

---

<sup>103</sup> G. Pitruzzella, *Crisi economica e decisioni di governo*, in «Quad. cost.», 2/14, p. 28 ss., spec. 33-35.

<sup>104</sup> Di cui ora discutono G. Amato, A. Graziosi, *Grandi illusioni. Ragionando sull'Italia*, Il Mulino, Bologna, 2013.

<sup>105</sup> ... e della Repubblica: cfr. G. Della Cananea, *Lex fiscalis europea*, in «Quad. cost.», 1/14, p. 7 ss., spec. 22 ss.

<sup>106</sup> La Corte riconosce natura di principio fondamentale di CFP anche a quella parte dell'art. 1, c. 796, finanz. 2007 (e poi art. 2, c. 80 e 95, l. 191/09) in cui si afferma che “Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro” (91/12, 131/12).

<sup>107</sup> Così G. Rivosecchi, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze?*, 2013, in <http://www.issirfa.cnr.it>, da cui le citazioni che seguono nel testo.

<sup>108</sup> Molto acutamente in dottrina si è evidenziato che “non è chiaro se, per tale giurisprudenza, l'accordo si configuri come *norma interposta di una norma interposta* (come norma, cioè, la violazione della quale comporti indiretta violazione della norma legislativa, e – attraverso di questa – dell'art. 117, comma 3, Cost.) oppure se concorra, in *combinato disposto* con la previsione legislativa che lo contempla, alla determinazione del contenuto di un principio fondamentale” (così A. D'Atena, *Diritto Regionale*, Giappichelli, Torino, 2013, II ed., p. 156, nt. 29). Questa ambiguità giurisprudenziale si ritiene – del tutto sommamente – derivare dalla scelta di utilizzare il catalogo delle materie (nella specie, i principi di coordinamento finanziario), in luogo del ben più semplice riferimento agli interessi unitari della Repubblica che possono ricavarsi agilmente dall'art. 114, c. 1, Cost. (su questo tema, per necessariamente più ampie considerazioni, sia consentito rinviare a S. Calzolaio, *Il cammino delle materie*, cit., p. 262-264 e 293). Infatti, è ben difficile spiegare come un accordo dettagliato possa costituire – come si va a descrivere nel testo – un parametro generale di legittimità dell'intera legislazione regionale, se non fondandosi sul riferimento ad una supremazia dello Stato che deriva da una documentata e specifica esigenza di tutela degli interessi della Repubblica nei confronti di singole Regioni. Non a caso, pertanto, per giustificare l'utilizzo dei piani come parametro interposto, la Corte si trova a dover forzare non solo la natura di principio fondamentale di competenza concorrente (come mi sembra sottolineare, seppure implicitamente, il D'Atena, quando rileva che un principio di coordinamento finanziario si sostanzia in una norma di legge statale che si sostanzia, a sua volta, in un dettagliato piano di rientro: ovvero una norma interposta multipla), ma anche la natura intrinseca del principio di leale collaborazione (che per l'appunto nel caso dei piani diviene «coattiva»: cfr., volendo, S. Calzolaio, *op.ult.cit.*, p. 236; v. sul tema E. Griglio, *La legislazione regionale*, cit., p. 9-13). In sintesi,

stesso finisce per porsi come parametro di legittimità dell'intera legislazione regionale, riferito alla competenza statale in materia di coordinamento della finanza pubblica e legittimato dalla natura concertata del relativo contenuto”.

Ne derivano vincoli molto penetranti – si sarebbe portati a dire «espropriativi» - per l'autonomia legislativa regionale, che possono essere sintetizzati con la seguente massima: “ogni intervento che possa aggravare il disavanzo sanitario regionale «avrebbe l'effetto di ostacolare l'attuazione del piano di rientro»” (18/13) ed è pertanto illegittimo.

In primo luogo, sono illegittime tutte le leggi regionali che si pongono in contrasto con gli obiettivi fissati dal PDR, come quelle che introducono LEA aggiuntivi (32/12, 104/13), spese ulteriori rispetto a quelle già stanziare (è il caso del Registro dei tumori campano: 79/13; ovvero della copertura integrale delle prestazioni di riabilitazione per anziani e disabili della Calabria: 123/11) o finalità nuove per l'utilizzo di risorse già vincolate (51/13), ipotesi di proroga o stabilizzazione di personale del SSR (77/11, 110/14) o di istituzione di nuovi enti nell'ambito del SSR (131/12).

Tuttavia, non è necessario che la legge regionale comporti immediatamente una nuova spesa, la violazione del PDR o dei suoi obiettivi di fondo, affinché sia dichiarata illegittima. E' sufficiente che la legge regionale consenta una successiva deroga unilaterale della Regione al PDR (ad es. in materia di fabbisogno di posti letto: 91/12, 180/13) o, più semplicemente, che attribuisca alla G.R. una discrezionalità che, in futuro, può comportare una violazione del medesimo (163/11, 131/12<sup>109</sup>).

Contrasta con il PDR anche lo spostamento delle risorse destinate, nel bilancio regionale, al ripiano dei debiti sanitari verso altre finalità: la regione Campania, in particolare, trasferiva cospicue risorse destinate – come si è visto *supra*, dalla finanziaria 2008 – all'ammortamento dei debiti sanitari pregressi al 31.12.2005 verso il finanziamento di mutui contratti dagli enti locali

---

ad avviso di chi scrive, il fondamento giuridico del pervasivo utilizzo dei Piani come norma interposta – che lo si affermi o meno – risiede nella necessità di garantire la sostenibilità economico-finanziaria della Repubblica, fondamento che «sonda» dalla logica delle materie: tanto più un tale fondamento resta implicito, quanto più finisce per scardinare, dall'interno, il sistema delle competenze disegnato dall'art. 117, Cost., come puntualmente appare verificarsi nelle decisioni che utilizzano i Piani di rientro come (contenuto di) norma interposta.

<sup>109</sup> In tal caso, non è sufficiente che la Regione introduca, a seguito della impugnazione governativa, una l.reg. che sospende l'efficacia delle disposizioni impugunate “in attesa” dell'attuazione del PDR: questa modifica secondo la Corte non è soddisfacente dell'interesse del ricorrente, in quanto “rimette interamente all'amministrazione regionale il potere di decidere se il piano di rientro sia stato attuato – il che, peraltro, non implica necessariamente l'effettivo rientro dal disavanzo sanitario della Regione – e di restituire, conseguentemente, efficacia alla legge impugnata che, *medio tempore*, è rimasta valida, sia pure senza produrre effetti” (131/12).

(180/13); analogamente, la Regione Abruzzo – in riferimento alle risorse stanziare ad analogo fine dall’art. 2, c. 98, l. 191/09 – spostava somme dal ripiano dei debiti sanitari pregressi verso il finanziamento del trasporto pubblico locale regionale (in ben due occasioni: 85/14, 241/13).

In questo contesto, va dato conto delle decisioni in cui il problema del rispetto dei PDR si coniuga con la violazione dell’art. 81, c. 4, Cost.<sup>110</sup>: dopo una prima decisione, in cui emerge chiaramente la volontà del giudice costituzionale di utilizzare tale parametro (214/12)<sup>111</sup>, la Corte sviluppa approfonditamente il tema nella sent. n. 51/13.

In questo caso, il Commissario del Governo aveva impugnato la delibera legislativa regionale<sup>112</sup> siciliana con cui si destinavano a finalità ulteriori risorse già interamente vincolate del fondo sanitario regionale (secondo quanto previsto dal PDR).

La Corte ripercorre le disposizioni legislative cui ha riconosciuto valore di principi di CFP (sin qui analizzati)<sup>113</sup>, vi aggiunge il riferimento all’art. 20, d.lgs. 118/11<sup>114</sup>, ed afferma che tutte queste disposizioni oltre ad essere principi di CFP sono anche “specificazione del principio di copertura della spesa” di cui all’art. 81, c. 4, Cost.

Dall’insieme delle disposizioni citate, consegue un quadro definitivo di sintesi, che è più che opportuno citare.

---

<sup>110</sup> su cui, in generale, v. ora la rassegna giurisprudenziale curata da M. Pieroni, *La giurisprudenza costituzionale 2012 e 2013 in tema di obbligo di copertura (art. 81, quarto comma, Cost.)*, in <http://www.cortecostituzionale.it> (aprile 2013).

<sup>111</sup> Il Governo impugnava la l.reg. Calabria recante il riconoscimento come ente di diritto pubblico di una Fondazione centro oncologico di eccellenza, sulla base della violazione del PDR, delle attribuzioni del Commissario ad acta e per la carenza di quantificazione della spesa e della copertura (quindi, rispettivamente, in violazione degli artt. 117, c. 3; 120, c. 2; 81, c. 4, Cost.). La Corte (214/12) sceglie di esaminare e risolvere la controversia esclusivamente sulla base dell’art. 81, Cost., ritenendo poi assorbite le altre censure. La decisione è piuttosto semplice: la Corte si chiede e verifica se la l.reg. comporti una spesa pubblica, se essa sia nuova o maggiore rispetto a quella in essere secondo la normativa vigente e, infine, se siano stati indicati mezzi idonei di copertura. I primi due quesiti hanno risposta positiva, il terzo invece negativa, pertanto la legge regionale è dichiarata illegittima (e si estende in via consequenziale l’incostituzionalità alle due precedenti l. reg.li recanti le “disposizioni sostanziali generatrici della spesa”).

<sup>112</sup> E’ interessante rilevare come il principio espresso dalla Corte (100/10) secondo cui fra i provvedimenti su cui gli apparati ministeriali esprimono parere preventivo non ci sono quelli legislativi è, in qualche modo, eccepito proprio per una Regione speciale, come la Sicilia, ove il Commissario del governo vaglia le delibere legislative e, pertanto, le controlla preventivamente: se compariamo il sistema dei PDR nelle regioni ordinarie con quello della Sicilia, si potrebbe forse discutere di un semi-commissariamento, su questo versante, della Sicilia.

<sup>113</sup> In sintesi, e nei termini già esposti nel teso: 1) art. 1, c. 796, lett. b), l. 296/06 (vincolo del PDR per la regione che lo sottoscrive); 2) art. 2, c. 80 e 95, l. 191/09 (in forza dei quali la Regione è obbligata a non adottare ed a rimuovere i provvedimenti anche legislativi in contrasto con i PDR); 3) art. 11, c. 1, d.l. 78/10 (prosecuzione triennale del PDR); 4) art. 15, c. 20, d.l. 95/12 (ulteriore prosecuzione PDR o programmi operativi).

<sup>114</sup> Recante disposizioni sulla «Trasparenza dei conti sanitari e finalizzazione delle risorse al finanziamento dei singoli servizi sanitari regionali».

In primo luogo, esiste una “a) clausola generale di vincolo del PDR sugli interventi regionali presenti e futuri – sia a carattere normativo che amministrativo – con effetto interdittivo di qualsiasi disposizione incompatibile con gli impegni assunti ai fini del risanamento economico-finanziario del disavanzo sanitario regionale in modo da garantire contemporaneamente detto processo di risanamento e i LEA, attraverso un rigoroso percorso di selezione dei servizi finanziabili”.

In secondo luogo, il modello PDR comporta la “b) valorizzazione di un modulo procedimentale “pattizio”, che si concreta nella esplicita condivisione, da parte delle Regioni con disavanzi nel settore sanitario, dei percorsi di risanamento e di specificazione dei LEA finanziati, nonché della facoltà di protrarne, con autonoma iniziativa, i tempi di attuazione”.

Questi due principi erano già noti. Ad essi si aggiunge l’esigenza della “c) necessaria «conciliazione contabile» tra le spese previste nei piani di rientro ed il bilancio di previsione dell’esercizio di riferimento”. Secondo la Corte, questa regola “si ricollega direttamente al principio della previa copertura della spesa in sede legislativa, il quale presuppone il necessario collegamento e la conseguente coerenza tra il fabbisogno finanziario contenuto nella nuova legge o nel disegno di legge e le relative risorse allocate nel bilancio dell’esercizio cui l’entrata in vigore del nuovo provvedimento legislativo pertiene. Come questa Corte ha già avuto modo di affermare, la stretta relazione tra la nuova legge e il bilancio di previsione non può essere demandata «in sede diversa e in un momento successivo a quello indefettibilmente previsto dall’art. 81, quarto comma, Cost.» (sentenza n. 192 del 2012)”.

Come si può intuire, la copertura costituzionale – anche nei confronti di Regione speciale – del modello e dei processi connessi con i PDR non può essere, da parte del giudice costituzionale, più radicale e completa. La fusione fra i principi di CFP e il principio della previa copertura delle spese comporta che il problema dei disavanzi sanitari non è più, principalmente, una questione di rapporti fra Stato e Regione (che divengono un mezzo, come i PDR e, tutto sommato, come il Titolo V), ma fra ordinamento regionale e disciplina positiva costituzionale dell’equilibrio di bilancio<sup>115</sup> (il rispetto della quale, in questa prospettiva, diviene il fine).

Ancora una volta: l’equilibrio (di bilancio), più che la tutela (dell’autonomia). Forse meglio: l’equilibrio economico-finanziario come condizione indefettibile della autonomia.

---

<sup>115</sup> Si tratta ovviamente dell’interpretazione dell’art. 81, c. 4, Cost., nel testo precedente alla riforma costituzionale del 2012. D’altra parte, questa decisione rientra in pieno in quel nucleo di sentenze con cui la Corte ha inteso affinare l’interpretazione della citata disposizione in vista dell’entrata in vigore del nuovo testo: cfr. G. Rivosecchi, *Il c.d. pareggio di bilancio tra Corte e legislatore, anche nei suoi riflessi sulle regioni: quando la paura prevale sulla ragione*, in «Rivista Aic», 3/12.

## 4.2. Il Commissario *ad acta*

Il commissariamento della Regione, come già osservato, si verifica nell'ipotesi in cui l'ente regionale in disavanzo sanitario non abbia presentato o, avendolo sottoscritto, non provveda all'attuazione del PDR<sup>116</sup>.

Il rilievo di questo grave inadempimento della Regione connota profondamente il tenore ed il contenuto delle decisioni in materia.

Sono pertanto tre le argomentazioni ricorrenti nelle decisioni sul punto, introdotte con particolare chiarezza nella sent. 78/11<sup>117</sup>.

In primo luogo, il Commissario *ad acta* (di seguito, CAA) sopraggiunge “all’esito di una persistente inerzia degli organi regionali” che si sono sottratti all’attuazione del PDR, “imposta dalle esigenze della finanza pubblica”<sup>118</sup>.

Pertanto l’esercizio del potere sostitutivo del Governo “è imposto dalla necessità di assicurare la tutela dell’unità economica della Repubblica, oltre che dei livelli essenziali delle prestazioni” in riferimento al diritto alla salute.

Da ciò deriva non già la sola esigenza di assenza di contrasto fra norme di legge regionale e attività del CAA, ma un ben più penetrante «principio di non interferenza» (che ricorre in tutte le decisioni in materia): “le funzioni amministrative del commissario (...) devono essere poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali”.

Come si vede, il giudice costituzionale precisa che il CAA è titolare di funzioni amministrative: come affermato nella nota sent. 361/10, infatti, i poteri sostitutivi di cui all’art. 120, c. 2, Cost.,

---

<sup>116</sup> Per più ampi riferimenti e per la collocazione di questa peculiare forma di sostituzione derivante dai Piani di rientro, v. R. Dickmann, *Poteri sostitutivi, avocazione in sussidiarietà e poteri di ordinanza. Una lettura di sistema*, in «Federalismi.it», n. 19/2012, spec. 26 ss. L’A. rileva, in riferimento alla sent. 2/2010, che “nella materia esaminata dalla Corte risalta un complesso e diretto intervento legislativo statale, che presenta i tratti propri sia della sostituzione sia dell’avocazione in via legislativa delle competenze amministrative regionali in materia sanitaria. Su tale base i poteri del commissario *ad acta* sono stati congegnati per garantire l’obiettivo del rientro dai disavanzi regionali senza specificazione degli atti da compiere, se non in relazione alla relativa natura (normativi, amministrativi, organizzativi, gestionali). Quindi, più che a un commissario *ad acta*, che la Costituzione legittima a sostituirsi a *organi* di enti locali, ci si trova di fronte a un «commissario *ad functionem*», i cui poteri sono stati individuati in rapporto all’obiettivo di sanare il disavanzo sanitario della regione interessata all’asserito scopo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria” (p. 29). Sul tema v. anche M. Belletti, *Poteri statali di garanzia e decisione ultima, commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in «Le Regioni», 2-3/2011, spec. p. 508 ss.

<sup>117</sup> Per un acuto commento della decisione v. G. Fontana, *L’incostituzionalità delle interferenze regionali sui poteri commissariali del Presidente della giunta*, in «Giur. cost.», 2/11, p. 1196 ss.

<sup>118</sup> ... è illegittima la legge regionale che “non esclude la possibilità per la Regione di procedere a nuove assunzioni o all’instaurazione di nuovi rapporti di collaborazione, possibilità che deve ritenersi esclusa per le Regioni, come il Molise, per l’attuazione del cui Piano di rientro della spesa sanitaria è stato nominato un commissario *ad acta*” (33/12).



non possono essere interpretati come legittimanti “il conferimento di poteri di tipo legislativo ad un soggetto che sia stato nominato commissario del Governo” (ancora 78/11)<sup>119</sup>.

A questo riguardo se è chiaro che il CAA non può abrogare con propri atti una l.reg., resta confermato che può con proprio decreto sospendere i provvedimenti di attuazione della medesima (poi dichiarata illegittima: 292/12)<sup>120</sup>.

Progressivamente, nella giurisprudenza, diviene sufficiente la «semplice interferenza»<sup>121</sup> con le funzioni del CAA per violare l'art. 120, c. 2, Cost. che si verifica - osservando la casistica - in tre ipotesi ricorrenti: a) a partire dal contrasto col mandato commissariale (di cui alla relativa delibera del Consiglio dei ministri)<sup>122</sup>; b) con la sovrapposizione, diretta o indiretta, degli organi regionali all'attività del CAA<sup>123</sup>; c) per contrasto con il fine per cui il CAA è nominato che non è solo - come si potrebbe ritenere - l'attuazione del PDR, ma si allarga decisamente verso il più generale ripiano del disavanzo sanitario in quanto tale<sup>124</sup>.

Merita di essere segnalata una decisione - sembra l'unica - che concerne l'ipotesi di «secondo Commissariamento», ovvero il caso in cui dopo la nomina del Presidente della Regione quale CAA, questi resti inerte o inadempiente e quindi il Governo nomini un altro soggetto nella funzione: a quel punto, ovviamente, il legislatore regionale non può, con propria legge, attribuire

---

<sup>119</sup> L'affermazione è rilevante perché - proprio in qualità di CAA - il Presidente della Regione Calabria aveva adottato, in seguito all'impugnazione governativa, due propri decreti con cui intendeva abrogare disposizioni di legge regionale vigenti: la Corte li ritiene, per quella parte, semplicemente inesistenti (*tamquam non essent*: 123/11, che richiama la precedente 361/10). In ogni caso, il vigente art. 2, c. 80, l. 191/09, come introdotto dall'art. 17, c. 4, lett. a), d.l. 98/11, prevede uno specifico procedimento per la modifica o abrogazione di provvedimenti legislativi regionali contrastanti con i PDR, che esclude, implicitamente, che possa rimuoverli direttamente il CAA.

<sup>120</sup> Sotto il profilo della copertura legislativa degli atti del CAA e delle «interferenze» con la giurisdizione amministrativa è particolarmente interessante il caso abruzzese: cfr. art. 17, c. 4, lett. c), d.l. 98/11, e ordd. 173 e 296/13 Corte cost. Per le ipotizzabili «interferenze» con norme di legge regionali vigenti, v. ora quanto descritto da G. Cosmelli, *Sostituzione normativa e piani di rientro dal disavanzo sanitario: torna alla Corte la questio dei poteri "legislativi" del commissario governativo*, in «Osservatorio costituzionale», 1/2014, 1 ss.

<sup>121</sup> Cfr. sentt. 28/13, 79/13, 104/13, 180/13.

<sup>122</sup> Ne consegue che le leggi regionali sono dichiarate illegittime se interferiscono col mandato commissariale (inteso quale atto: 79/13, 28/13, 228/12, 2/10), anche se non comportano un aggravamento del disavanzo sanitario (28/13).

<sup>123</sup> La legge regionale, una volta nominato il CAA, non può attribuire alla Giunta regionale (131/12) o riservare agli organi regionali (2/10) funzioni o decisioni che interferiscano con la sua attività: non è sufficiente al riguardo una generica clausola di salvaguardia dei poteri commissariali (peraltro poi contraddetta dal contenuto della legge regionale: 28/13) e non è necessario che le funzioni disciplinate contrastino direttamente con quelle del CAA (è sufficiente che possano interferire: 228/12).

<sup>124</sup> La legge regionale è comunque illegittima se - pur al di fuori delle specifiche previsioni del PDR - comporta un aggravio del disavanzo, il quale, per definizione, interferisce con l'opera del CAA (con chiarezza: 104/13; v. 131/12, 79/13, 18/13).





funzioni che interferiscano con il mandato del nuovo CAA, anche se le attribuisce al vecchio commissario, e cioè al Presidente della regione (228/12).

Vi è infine da citare – limitatamente ai profili di interesse per questo lavoro – la dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 2, c. 2, 3, 5, del d.lgs. 149/11 (cd. «premi e sanzioni»: 219/13) il quale, in sintesi, pur rubricato “Responsabilità politica del Presidente della Giunta regionale”, sanzionava in modo particolarmente pesante il CAA nominato dal Governo, sulla base di legge statale, nella persona del Presidente regionale<sup>125</sup>.

Quanto qui interessa rilevare è che la Corte – fra l'altro – precisa che l'attività del commissario, inserendosi nell'ambito del potere sostitutivo esercitabile dallo Stato nei confronti della Regione, è direttamente imputabile al primo.

Il merito della decisione è chiarire quella ambiguità, che abbiamo rilevato all'inizio di questo lavoro, su cui evidentemente lo Stato ha inteso «giocare» fino in fondo: prevedere la nomina del Presidente della regione in disavanzo sanitario come CAA induce facilmente, da un lato, a scaricare «mediaticamente» la responsabilità politica dei tagli alla sanità e degli automatismi fiscali su di lui (a livello regionale); ma si era arrivati al paradosso – col d.lgs. 149/11 – di attribuirgli, giuridicamente, anche la responsabilità dei «mancati tagli», nonostante, peraltro, la disciplina positiva già prevedesse specifici e puntuali rimedi in caso di inadempienza del Presidente della Regione nominato CAA: in particolare, come già in precedenza descritto, il cd. «secondo Commissariamento», con la nomina da parte del Governo di altro CAA (oltre alla nomina dei cd. sub-commissari).

Tuttavia la Corte ha definitivamente chiarito che “lo Stato, optando per l'esercizio del potere sostitutivo (...) si assume l'onere del processo coartato di risanamento delle finanze regionali. Conseguentemente, la norma impugnata incorre nella violazione dell'art. 126 Cost., là dove contestualmente pretende di imputare la responsabilità di tali attività direttamente alla Regione, sanzionandone gli organi in caso di fallimento” (219/13<sup>126</sup>).

#### **4.3. I (pochi) limiti.**

Nella giurisprudenza costituzionale si sono evidenziati anche alcuni limiti ai vincoli derivanti dai PDR e dall'attività del CAA e si sono altresì introdotte alcune rilevanti correzioni alla normativa che disciplina i PDR (e le loro conseguenze).

---

<sup>125</sup> V. le acute osservazioni, precedenti la sent. 219/12, di G. Perniciaro, G. Piccirilli, *Il «fallimento politico» del Presidente della giunta regionale. Note critiche sul decreto legislativo in materia di «premi e sanzioni»*, in «Rivista AIC», n. 4/2011.

<sup>126</sup> Su cui v. C. Pinelli, *In tema di scioglimento e rimozione degli organi regionali*, in «Giur. cost.», 4/13, p. 3145 ss.

In primo luogo, si è ritenuta legittima una disposizione regionale che – in sintesi – escludeva dal novero dei soggetti vincolati al blocco del *turn-over* le aziende ospedaliero-universitarie (e con ciò poneva a rischio, secondo il Governo ricorrente, gli obiettivi programmati nel PDR): la Corte ha riconosciuto che il rispetto dei principi di CFP, che impone l'osservanza dei PDR, non può essere realizzato, con riguardo alle aziende ospedaliero-universitarie, in violazione dell'autonomia universitaria (art. 33, u.c., Cost.) e, di conseguenza, le misure necessarie a garantire il rispetto del PDR devono essere regolate da apposite intese fra la Regione e le specifiche Università (cfr. sent. 91/12).

In secondo luogo, di fronte all'impugnazione governativa della legge regionale di disciplina di una proroga dell'accreditamento provvisorio di strutture che erogano prestazioni inserite in «progetti obiettivo», ritenuta interferire con il mandato commissariale e con il PDR, la Corte verifica che il mandato commissariale ha ad oggetto l'accreditamento istituzionale e non quello provvisorio e, d'altra parte, che i «progetti obiettivo» sono specificamente finanziati dallo Stato con fondi specifici ed autonomi e pertanto esclude, rispettivamente, la violazione dell'art. 120, c. 2, Cost. e dei principi di CFP (260/12).

#### **4.4. segue: azioni esecutive e debiti sanitari. Una postilla normativa: i debiti sanitari al tempo della *spending review***

Come in più punti del presente lavoro emerso, forse il principale ostacolo al risanamento delle sanità regionali in disavanzo è costituito dal fardello insopportabile dei debiti pregressi, che hanno un effetto moltiplicatore, di anno in anno, sulla entità del disavanzo complessivo.

Per questo il legislatore statale aveva – lo si è visto, *supra* – introdotto una disposizione volta a paralizzare le azioni esecutive intraprese nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere (inizialmente) delle regioni sottoposte a PDR (art. 2, c. 89, l. 191/09).

La disposizione è stata in seguito aggiornata dal fluire della legislazione<sup>127</sup> sotto tre profili: a) si è prevista la progressiva proroga del termine della «sospensione» delle procedure esecutive, inizialmente disposta per 12 mesi<sup>128</sup>; b) si è prevista l'estinzione di diritto dei pignoramenti e delle prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni alle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, ancorché effettuati prima della data di entrata in vigore del

---

<sup>127</sup> Cfr. art. 2, c. 23-vicies, d.l. 194/09; art. 11, c. 2, d.l. 78/10; art. 1, c. 51, l. 220/10; art. 17, c. 4, lett. e), d.l. 98/11; art. 6-bis, c. 2, d.l. 158/12.

<sup>128</sup> ... poi ridotti a 2 mesi col d.l. 194/2009, quindi prorogati al 31.12.2010 (d.l. 78/10), al 31.12.2011 (l. 220/10), al 31.12.2012 (d.l. 98/11) e infine al 31.12.2013 (d.l. 158/12).

d.l. 78/10 (d.l. 158/12); c) a partire dalla entrata in vigore del d.l. 78/10, si è limitato l'effetto di queste disposizioni alle sole Regioni in PDR già commissariate.

Dalla fredda descrizione della evoluzione normativa si ritiene emergere con chiarezza quale sia la tragica condizione giuridica (ed economica) del creditore esecutante delle aziende sanitarie delle Regioni in PDR commissariate.

La Corte costituzionale<sup>129</sup> ha dichiarato illegittime, con sent. 186/13, per contrasto con gli artt. 24 e 111 Cost. le disposizioni di cui all'art. 1, c. 51, l. 220/10 sia nel testo modificato dal d.l. 98/11 sia nel testo modificato dal d.l. 158/12.

Non si può, in questa sede, analizzare nel merito la decisione<sup>130</sup>, se non per sottolineare due spunti interessanti in merito alla evoluzione della disciplina e delle vicende connesse ai PDR.

In primo luogo, nel motivare l'accoglimento della questione la Corte osserva che non ricorre nelle disposizioni impugnate la condizione ritenuta necessaria, nella giurisprudenza costituzionale, per introdurre un blocco delle azioni esecutive, ovvero la previsione di un meccanismo di risanamento che “canalizzi in una unica procedura concorsuale le singole azioni esecutive, con meccanismi di tutela dei diritti dei creditori che non si rinvengono nei piani di rientro cui la disposizione fa riferimento, sicché la posizione sostanziale dei creditori trovi una modalità sostitutiva di soddisfazione”.

L'osservazione del giudice costituzionale sembra consentire, se non suggerire, al legislatore di introdurre correttivi alla disciplina legislativa «di contorno» dei PDR, in base ai quali prevedere la separazione dello *stock* di debito pregresso (una sorta di *bad bank*?) dalla gestione ordinaria in cui far confluire e gestire unitariamente i disavanzi pregressi<sup>131</sup>.

In secondo luogo, in continuità con la propria giurisprudenza (285/95) e con una consolidata normativa<sup>132</sup>, la Corte sottolinea che a presidio della continuità della erogazione delle funzioni essenziali del servizio sanitario è posta la previsione di cui all'art. 1, c. 5, d.l. 9/1993, “in base alla quale è assicurata la impignorabilità dei fondi a destinazione vincolata essenziali ai fini della

---

<sup>129</sup> ... dopo aver già dichiarato incostituzionale norme di l. reg. Campania analoghe, cfr. 123/10, per violazione della competenza esclusiva dello Stato in materia di «ordinamento civile».

<sup>130</sup> Per comprendere la vicenda ed il quadro in cui si iscrive, di sicura utilità la lettura di M. Gnes, *I privilegi dello Stato debitore esecutato*, in «Giorn. Dir. Amm.», n. 12/13, p. 1182 ss. e Id., *I privilegi dello Stato debitore*, Milano, 2012; oltre che, più in generale, F. Merusi, *Debito pubblico e giudice amministrativo*, in «Dir. Proc. Amm.», 1/14, p. 3 ss. Cfr., inoltre, Dir. 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali.

<sup>131</sup> In tal senso v. i suggerimenti di autorevoli commentatori ed istituti di ricerca: C. Bottari, E. Jorio, *Per una sanità migliore occorre separare il debito dalla gestione ordinaria*, in «Sanità pubblica e privata», n. 4/12, p. 41 ss.; Action Institute, *Breaking the vicious cycle. Un insieme organico di proposte per migliorare i piani di rientro*, in [www.actioninstitute.org/](http://www.actioninstitute.org/), 2013.

<sup>132</sup> Su cui v. M. Gnes, *I privilegi dello Stato debitore esecutato*, cit., par. V.

erogazione dei servizi sanitari”): proprio su questa disposizione è intervenuto<sup>133</sup> il d.l. 66/2014, il quale ha attribuito il potere a detti enti di determinare con propria delibera, trimestralmente, l'entità delle somme impignorabili<sup>134</sup>, con ciò definendo il residuale «perimetro» di risorse disponibili per i creditori<sup>135</sup>.

E' opportuno, per concludere, collocare brevemente il tema del pagamento dei debiti pregressi di regioni in PDR nell'orbita, più vasta, del problema del pagamento dei debiti della PA e della diminuzione unilaterale del finanziamento statale della sanità disposta con una ormai lunga serie di provvedimenti legislativi<sup>136</sup>.

Ciò è necessario fare, partendo da due dati connessi.

La maggior parte dei debiti sanitari pregressi si situa nelle Regioni sottoposte a PDR: degli oltre 32 mld di euro di debiti verso fornitori «accertati»<sup>137</sup> nel 2010, ben 21 sono riferiti alle Regioni in PDR e, di questi, oltre 16 miliardi riguardano solo 3 regioni: Lazio, Campania e Sicilia, in ordine di debiti<sup>138</sup>.

Contemporaneamente, in generale, la maggioranza assoluta dei debiti della PA riguarda proprio il settore della sanità<sup>139</sup>.

La vicenda del mancato o ritardato pagamento dei debiti della PA è stata già sviluppata dalla dottrina, la quale ha messo in luce che “tra le tecniche di contenimento del deficit” adottate dal Governo Berlusconi (2001-06) e da quello Prodi (2006-08) “figura anche il ritardo dei pagamenti da parte della pubblica Amministrazione” (con esiti devastanti per il PIL, quando questa dinamica

---

<sup>133</sup> ... in un primo momento il d.l. 126/13, non convertito, i cui effetti sono stati fatti salvi dalla l. n. 68/2014 e, successivamente, il d.l. 66/14.

<sup>134</sup> ... in quanto destinate ai fini previsti dalla disposizione: stipendi e fondi a destinazione vincolata determinati da d.m.

<sup>135</sup> In realtà, era nel frattempo intervenuto l'art. 6, c. 5, d.l. 35/13, il quale stabilisce l'impignorabilità delle somme destinate ai pagamenti dei debiti della PA dal d.l. e sospende, sino al 30.6.2014, le azioni esecutive già intraprese sulla scorta degli accordi transattivi stipulati ai sensi dell'art. 11, c. 2, d.l. n. 78/2010 con le Regioni sottoposte a PDR.

<sup>136</sup> ... a quanto sembra eccipienti, ora, dal nuovo Patto per la salute 2014-16: cfr. art. 1.

<sup>137</sup> Nella Relazione della Corte dei conti si dà espressamente rilievo al fatto che i dati su cui si fondano questi conteggi non sono pienamente affidabili e pertanto non è certo l'ammontare dei debiti sanitari regionali (nel dettaglio v. Corte dei Conti – Sez. Autonomie, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (Esercizi 2010-2011)*, delib. n.14/SEZAUT/2012/FRG, in <http://www.corteconti.it/>, 309 e poi 318): tuttavia, si sottolinea che proprio l'attività di monitoraggio svolta nell'ambito dei PDR favorisce e consente l'esatta costruzione delle posizioni debitorie, peraltro con sorprese positive (come quella della Calabria, in cui i debiti al 2007 sono risultati inferiori alle attese: pg. 308).

<sup>138</sup> Corte dei Conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (Esercizi 2010-2011)*, cit., p. 319.

<sup>139</sup> La Banca d'Italia ha stimato, nel 2013, debiti complessivi della PA per circa 90 miliardi di euro (Banca d'Italia, *Relazione annuale anno 2013*, in <https://www.bancaditalia.it/>, 2014, p. 161); la Corte dei conti stima – sulla base dei dati forniti dalle Regioni – debiti del SSN, al 2011, per oltre 54 miliardi di euro (Corte dei Conti – Sez. Autonomie, (2013), *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (Esercizi 2011-2012)*, in <http://www.corteconti.it/>, p. 431).

si è incrociata a partire dal 2008 con il cd. *credit crunch* da parte delle Banche italiane, indotto dalla crisi finanziaria internazionale)<sup>140</sup>.

In coerenza con tale obiettivo lo Stato, in seguito, dispone una progressiva generale riduzione unilaterale dei finanziamenti della sanità nell'ambito dei processi cd. di *spending review* (di cui, in particolare, d.l. 78/10, 98/11, 95/12<sup>141</sup>, l. 147/13), dovuta alle contingenze economiche generali<sup>142</sup>.

D'altra parte, in tempi più recenti, lo Stato intraprende una vasta operazione di pagamento dei debiti pregressi della PA, fra cui in particolare, considerata la loro consistenza, quelli sanitari. Di ciò si sono sin qui occupati in sequenza i d.l. 35/13, 102/13, 66/14 (oltre a diversi decreti attuativi), individuando una complessa procedura di anticipazione della liquidità – come di consueto – volta, in primo luogo, a determinare esattamente a quanto ammontino al 2012 i debiti pregressi delle Regioni.

La procedura è ben spiegata nel rapporto annuale sul CFP della Corte dei Conti<sup>143</sup>, che si rivela di specifico interesse laddove evidenzia una modalità attraverso la quale si generano – specialmente in regioni in PDR – queste enormi posizioni debitorie nel settore sanitario.

Se ben si comprende, la Corte dei conti afferma che dall'incrocio dei dati di bilancio regionali con quelli delle ASL emergeva, inizialmente, un fabbisogno (debiti da pagare) di circa 14 miliardi di €, che, in seguito alle verifiche, sono immediatamente divenuti oltre 16 mld di €.

La Corte dei conti spiega che ciò è avvenuto anche per “fenomeni riconducibili ad un utilizzo di risorse finanziarie per altre finalità. Vere e proprie distrazioni di fondi verso altri bisogni regionali. Ma non solo. La forte concentrazione delle necessità di cassa nelle regioni in piano di rientro (7 miliardi sugli 8 individuati sono relativi a tre di esse), porta a ritenere che anche tali fabbisogni

---

<sup>140</sup> S. Mangiameli, *Crisi economica e distribuzione territoriale del potere politico (relazione XXVIII Convegno annuale dell'AIC)*, in «Rivista AIC», n. 4/13, spec. p. 21 ss.

<sup>141</sup> Cfr., in riferimento alla disciplina posta dall'art. 15, c. 15, del d.l. e dal successivo D.M. del 18.10.2012 (recante disposizioni sulla revisione della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale), Cons. St., sez. III, sent. 23.7.2014, n. 3917 e le osservazioni di F. Testi, *Spesa sanitaria, iniziativa economica privata e tagli di bilancio: il Consiglio di Stato alla ricerca di un difficile equilibrio*, in «Osservatorio costituzionale - AIC», 2014, in particolare laddove rileva che “il riconoscimento comunitario della libertà di impresa (...) costituisce un parametro di cui devono tener conto non solo il legislatore nazionale e l'amministrazione, ai sensi dell'art. 117, co. 1 Cost., ma anche il giudice nazionale in sede di sindacato di legittimità” (pg. 6).

<sup>142</sup> Si vedano le stime, per diversi miliardi di euro, riportate da S. Mangiameli, *op.ult.cit.*, Tav. 6.

<sup>143</sup> Cui si rinvia, cfr. Corte dei Conti, *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, maggio 2014, in <http://www.corteconti.it/>, p. 245 ss.



rappresentino l'emersione di *coperture, certificate in sede di monitoraggio, ma poi utilizzate per rispondere a necessità diverse a fronte delle quali le entrate previste risultavano insussistenti*<sup>144</sup>.

Il legislatore ha tentato di rimediare a queste «vicende», imponendo che almeno il 90% delle risorse che la regione incassa dallo Stato per il finanziamento del SSN siano erogate al proprio SSR<sup>145</sup>.

Si può concludere, pertanto, che la decisione della Corte costituzionale in merito al blocco delle azioni esecutive, insieme a tutte le altre in precedenza passate in rassegna, si inquadra in una problematica di dimensioni enormi, in particolare proprio per le Regioni in PDR, da cui si evince che i consistenti flussi di risorse destinati alla sanità regionale, ma intermediati dalle Regioni prima di essere attribuiti agli enti del SSR, sono spesso distratti<sup>146</sup> verso altre finalità.

Probabilmente, ciò si verifica in quanto queste Regioni sono in crisi di liquidità.

Tuttavia, deve essere rimarcato che queste stesse Regioni scelgono di distrarre ad altri fini proprio le risorse destinate al finanziamento della sanità, cioè alla tutela della salute ed alla garanzia dei LEA. Esse scelgono *queste* risorse perché serbano l'aspettativa che l'erario non le abbandonerà mai al loro destino, in una materia così delicata, finendo per ripianare, in qualche modo, i debiti sanitari che, ovviamente, per tale via, si (ri-)producono.

Debiti creati ad arte o arte dei debiti, verrebbe da chiosare. Oppure, riprendendo il più raffinato linguaggio degli economisti – come si vedrà in seguito – *soft budget constraint*.

## **5. La «salute» al tempo dei piani.**

E' possibile, a questo punto, anche grazie ai dati di sintesi riportati in tabella, introdurre un primo ordine di considerazioni di insieme sulla vicenda dei PDR, dedicate principalmente all'assetto delle competenze in materia di tutela della salute in Italia.

---

<sup>144</sup> *Ibidem*, p. 245 (nostro il corsivo).

<sup>145</sup> Cfr. art. 3, c. 7, d.l. 35/13.

<sup>146</sup> Se ne è avuta parziale cognizione *supra*, cfr. sentt. n. 180 e 241/13, 85/14.

Piani di rientro e programmi operativi (PDR – PO) <sup>147</sup>							
Regioni <sup>148</sup>	Stipula PDR	Triennio PDR	Nomina CAA <sup>149</sup>	PO <sup>150</sup>	II PO	III PO	Verifica 2013 <sup>151</sup>
Lazio	28.2.2007	2007-09	11.7.2008*	2010	2011-12	2013-15	+/-
Abruzzo	6.3.2007	2007-09	11.9.2008*	2010	2011-12	2013-15	+
Liguria	6.3.2007	2007-09	/	/	/	/	/
Campania	13.3.2007	2007-09	28.7.2009*	2010	2011-12	2013-15	+/-
Molise	27.3.2007	2007-09	28.7.2009*	2010	2011-12	2013-15	-
Sicilia	31.7.2007	2007-09	/	2010-12	2013-15	/	+/-
Sardegna	31.7.2007	2007-09	/	/	/	/	/
Calabria	17.12.2009	2010-12	30.7.2010*	2013-15	/	/	+/-
Piemonte	29.7.2010	2010-12	/	2013-15	/	/	+
Puglia	29.11.2010	2010-12	/	2013-15	/	/	+/-

Ad eccezione della Liguria (e della Sardegna, che tuttavia è uscita dal PDR per ragioni diverse dalla sua effettiva attuazione), nessuna delle Regioni entrate in PDR ne è ad oggi uscita.

<sup>147</sup> La presente tabella costituisce una rielaborazione a cura dello scrivente di dati tratti da <http://www.salute.gov.it/>, nella sezione appositamente dedicata ai Piani di rientro.

<sup>148</sup> Le Regioni in corsivo sono quelle in cui è stato sottoscritto un PDR cd. «leggero», definito dal MEF-RGS, 2014, 51, come un PDR “con un livello di gravosità diverso da quello ordinario” (così Ministero dell’Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1*, cit., p. 51).

<sup>149</sup> Si fa riferimento alla data di nomina da parte del Governo del primo Commissario *ad acta*, che segna la data di inizio del Commissariamento; le date con \* indicano che accanto al CAA sono stati nominati uno o più sub-commissari. Accade – e per approfondire v. il sito del ministero della salute – con una certa frequenza che vi siano avvicendamenti di CAA (anche semplicemente determinati dalla elezione di un nuovo Presidente della Regione) e sub-commissari: quel che resta, e che qui interessa, è il commissariamento della sanità regionale.

<sup>150</sup> In corsivo le date di operatività dei PO che risultano, dal sito del ministero della salute, ancora non definitivi (presentati come «bozza» di PO dalla Regione).

<sup>151</sup> Si sintetizza quanto esposto nell’*Appendice B – Esiti delle verifiche dell’attuazione dei Piani di rientro per l’anno 2013*, del Rapporto del Ministero dell’Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1*, cit., p. 149 ss. Le verifiche dei Tavoli tecnici per l’anno si sono svolte nel mese di aprile del 2014. Il segno “+” indica una verifica con esito positivo, il segno “-” indica l’esito negativo, il segno “+/-” un esito interlocutorio.





In particolare, Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Sicilia sono stabilmente in PDR dal 2007, cioè da oltre 8 anni, ed è prevedibile che vi restino – come la Calabria, dal 2009 – almeno fino al 2015. E' presumibile che per queste Regioni il PO 2013-15 possa non essere l'ultimo – ad eccezione forse dell'Abruzzo.

E' invece plausibile che Piemonte e Puglia riescano ad uscire dal regime del PDR, poiché presentano dati (apparentemente) migliori – ed infatti sono sottoposte a PDR cd. «leggeri», cioè meno gravosi.

Delle 8 Regioni attualmente in PDR, 5 sono stabilmente commissariate. In tutte le Regioni commissariate, attualmente, è CAA il Presidente della Regione, che è affiancato da uno o più sub-commissari nominati dal Governo.

Nel recente rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria della RGS<sup>152</sup> emerge che cosa significhi, in concreto, per una Regione essere sottoposta a PDR, in particolare dal punto di vista della attuazione del piano attraverso l'affiancamento e le verifiche trimestrali ed annuali da parte dei competenti organi centrali: nel solo anno 2012, le Regioni in PDR hanno complessivamente sottoposto al vaglio ministeriale 1614 provvedimenti, ottenendo 1.023 pareri e 136 richieste informative e di chiarimenti dai Ministeri affiancanti. In sede di verifica di attuazione del PDR delle diverse Regioni si sono svolte in totale 28 riunioni, i cui verbali ammontano complessivamente a 718 pagine.

Si deve sottolineare – come è stato già fatto - che dall'esito delle verifiche dipende la concessione dei finanziamenti integrativi alla Regione, che in concreto non sempre sono, in tutto o in parte, concessi.

A ciò si deve aggiungere che, sulla base dell'analisi sin qui svolta, non può sfuggire che accanto al controllo preventivo sui provvedimenti amministrativi, si colloca un penetrante controllo successivo sulla legislazione regionale.

Il Governo ha impugnato, ed impugna, tutti gli atti legislativi regionali che appaiono presentare anche una lata connessione col PDR e solo le pochissime disposizioni effettivamente estranee al PDR, e comunque indifferenti rispetto al disavanzo sanitario, superano il vaglio di legittimità costituzionale.

---

<sup>152</sup> Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1*, cit., 99 ss., da cui i dati che seguono.



Per la Regione finisce per essere più conveniente – accentuando una ormai abbastanza nota prassi<sup>153</sup> – modificare autonomamente le leggi impugnate, prima che la Corte decida nel merito<sup>154</sup>. In sintesi, il regime normativo, amministrativo-finanziario in uno con lo statuto costituzionale dei PDR rende le Regioni che lo hanno sottoscritto soggette ad un regime di autonomia differenziato rispetto alle altre. Stabilmente differenziato.

Se ne possono trarre, a questo punto, alcune osservazioni generali.

La «tutela della salute» è materia legislativa introdotta dalla riforma del Titolo V che, secondo la Corte, “deve essere intesa come «assai più ampia rispetto alla precedente materia assistenza sanitaria e ospedaliera»” (328/06).

Bisogna osservare che l’esperienza dei PDR comporta che, con continuità a partire dal 2007, la tutela della salute non è una competenza concorrente in tutte le Regioni su tutto il territorio nazionale.

Comunque si vogliano giustificare o intendere limiti e vincoli che si determinano una volta sottoscritto il PDR, non credo si possa ragionevolmente negare la loro conseguenza sul piano amministrativo, finanziario, ma innanzitutto normativo regionale.

Le Regioni in PDR perdono la competenza – nonostante la materia costituzionale<sup>155</sup> – effettiva ed autonoma in materia di tutela della salute. A maggior ragione l’osservazione vale per le Regioni commissariate.

Se si dispongono sulla cartina geografica – come avviene nel sito del ministero della Salute – le Regioni in PDR si ha subito un contraccolpo visivo: il Meridione d’Italia (*id est*, la sanità nel Mezzogiorno) è in costante disavanzo sanitario e pressoché tutto in PDR (Basilicata esclusa).

Credo sia opportuno articolare l’osservazione<sup>156</sup>.

In realtà, i dati economici dei diversi SSR suggeriscono l’esistenza – anche nel Mezzogiorno – di due realtà distinte: una sorta di macroregione adriatica meridionale (Abruzzo, Molise, Puglia), con disavanzi complessivamente gravi, ma non disastrosi<sup>157</sup>, ed una macroregione tirrenica meridionale (Lazio, Campania, Calabria, Sicilia) che negli ultimi dieci anni ha prodotto la

---

<sup>153</sup> Cfr., volendo, S. Calzolaio, *Di alcune «regolarità» nella giurisprudenza costituzionale successiva alla riforma del Titolo V*, in «Ist. fed.», 2013, p. 453 ss.

<sup>154</sup> ... e infatti così avviene: cfr. ordd. 118/10, 217/11, 141/14; anche con modalità inadeguate, sent. 123/11.

<sup>155</sup> ... per più ampi riferimenti sulla ricorrente dissociazione «materia»/«competenza» legislativa, sia consentito rinviare a S. Calzolaio, *Il cammino*, cit., p. 145 ss.

<sup>156</sup> Va segnalato, peraltro, anche il ben più nordico «Regno di Sardegna» non si trova in condizioni particolarmente brillanti sotto il profilo dei disavanzi sanitari.

<sup>157</sup> La situazione del Molise è, in termini relativi, gravissima; ma in termini assoluti è marginale, considerate le ridotte dimensioni della Regione.



maggioranza assoluta di tutti i disavanzi sanitari del Paese. Si tratta di Regioni tutte commissariate (tranne la Sicilia, che è regione a Statuto speciale).

Se si sovrappongono le osservazioni appena svolte con quelle precedenti si arriva al seguente risultato: gli strumenti normativi adottati, (pressoché tutti) dopo la riforma del Titolo V, per contrastare i disavanzi dei SSR conducono ad osservare che in due insiemi di regioni, entrambe collocate nel meridione d'Italia, la competenza in materia di tutela della salute è attualmente sospesa a tempo indeterminato. La competenza in materia occupa saldamente oltre 2/3 del bilancio regionale di queste Regioni. La situazione è veramente grave sul versante tirrenico: stiamo parlando di SSR che si occupano della salute di circa 1/3 della popolazione italiana.

Di norma da queste osservazioni si fa discendere la necessità di «statalizzare» la competenza in materia di tutela della salute<sup>158</sup>.

Non sarebbe – ad avviso di chi scrive – una soluzione adeguata alla natura del problema dei disavanzi sanitari.

Come appena rilevato, infatti, tutte le Regioni con SSR in disavanzo hanno già perso la relativa competenza, senza che fosse mutata una virgola della Costituzione italiana vigente dal 2001 (su questi temi, ovviamente). Si tratta quindi di un falso problema.

Per buona parte delle altre Regioni, riportare al centro la competenza sanitaria significherebbe (almeno) interrompere l'implementazione di modelli di SSR, ormai molto diversi fra loro<sup>159</sup> (si pensi ai diversi modelli: lombardo, emiliano-romagnolo, marchigiano), che hanno dato proprio in questi anni una buona prova di sé, non solo sul piano della sostenibilità economica. Con la centralizzazione del sistema sanitario si correrebbe il rischio concreto di ottenere una uniformità livellata verso il basso delle diverse esperienze sanitarie regionali attualmente in atto.

---

<sup>158</sup> Tale obiettivo ha influenzato, almeno in parte, il recente d.d.l. costituzionale approvato dal Senato della Repubblica, cfr. A.S. 1429, XVII legisl. (su cui v. le acute considerazioni di E. Gianfrancesco, *Torniamo a Zanobini (!)*, in «Rivista AIC», 2/2014). Nel testo approvato sono abrogate le competenze concorrenti, fra cui rientra attualmente la materia «tutela della salute». Fra le competenze esclusive dello Stato fa il suo ingresso, nell'art. 117, c. 2, lett. m), la materia «disposizioni generali e comuni per la tutela della salute». Nel comma quarto dell'art. 117 si prevede che «spetta alle Regioni la potestà legislativa in materia (...) di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali (...)». Tuttavia si devono tenere ben presenti – anche ai fini del presente lavoro – almeno altre due disposizioni: a) il comma quinto dell'art. 117, in base al quale «su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale»; b) l'ultima parte dell'art. 120, c. 2, in forza del quale «la legge (...) stabilisce i casi di esclusione dei titolari di organi di governo regionali e locali dall'esercizio delle rispettive funzioni quando è stato accertato lo stato di grave dissesto finanziario dell'ente».

<sup>159</sup> Cfr. E. Catelani, G. Cerrina Feroni, M.C. Grisolia (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Quaderni CESIFIN, Giappichelli, Torino, 2011, e ivi, in particolare, la tavola rotonda dedicata alle esperienze concrete di diversi sistemi sanitari regionali (p. 113 ss.) e l'appendice a cura di L. Portera (p. 169 ss.).



Ma vi è una ragione più profonda e, se si vuole, più strettamente giuridica.

Il sostrato normativo vigente, in cui si sono insediati i PDR, è fondato sulla alterità delle competenze rispettive di Stato e Regioni da cui discende, da un lato, l'esigenza di utilizzo del metodo pattizio nella regolazione della tutela della salute, ma da cui deriva, dall'altro, l'alterità (finanziaria) delle responsabilità dei disavanzi.

Se viene meno questa alterità, perché si riassume tutta la competenza a livello statale, viene meno il fondamento del modello dei PDR.

Il problema, tuttavia, è che la fine della competenza regionale e dei connessi PDR non condurrebbe – perché dovrebbe? – al riassorbimento dei disavanzi, ma semplicemente alla fine dell'alterità delle responsabilità dei medesimi nei rapporti fra Stato e singola Regione (e fra Regioni). La sanità delle Regioni del Tirreno meridionale continuerebbe a produrre disavanzi giganteschi e questi sarebbero ascritti direttamente nel bilancio dello Stato (titolare della materia legislativa, delle funzioni amministrative e della responsabilità finanziaria). In una parola: immediato deficit (e poi debito) pubblico.

Inoltre, come coloro che hanno avuto la pazienza di leggere sin qui avranno intuito, proprio nelle Regioni con più gravi disavanzi, che sono anche Regioni molto importanti, il modello PDR si fonda su una grande quanto opportuna ambiguità: la nomina di CAA del Presidente della Regione, giustificata da ragioni di rispetto della autonomia regionale, ma subito corretta dall'immancabile affiancamento di sottocommissari governativi dotati di rilevanti competenze.

Sul piano formale, tutti sono nominati ed adempiono il mandato del Governo. Sul piano sostanziale, però, solo uno è anche Presidente, eletto ed in carica, della Regione (quando esercita competenze diverse da quelle sanitarie, che invece svolge in qualità di CAA).

E' del tutto evidente che la responsabilità politica dei «tagli» e delle «tasse» che immancabilmente si abbattono sui SSR e sulla Regione viene *comunemente* (seppure, formalmente, in modo erroneo) attribuita a questi, in qualità di Presidente.

All'esito di questo studio, si ritiene non trattarsi di un elemento da sottovalutare nella strategia di attuazione dei PDR. E' necessario domandarsi, in altri termini, se il Governo nazionale sarebbe in grado di adottare le stesse misure che «richiede» di adottare al Presidente della Regione/CAA o meglio – cfr. sent. 219/13 – che adotta per interposta persona.

Bisognerebbe anche chiedersi quali sarebbero le conseguenze sulle – come di consueto – risicate italiche maggioranze parlamentari di scelte impopolari e contrastate del Ministro competente del Governo in carica che coinvolgono i territori di residenza di diverse decine di parlamentari. Solo



sommando le tre Regioni con maggiori disavanzi, si tratta (attualmente) di centinaia di parlamentari.

Ne consegue che la riassunzione al centro della competenza in materia di tutela della salute non appare un'idea praticabile se si vuole rimediare ai disavanzi sanitari.

Viceversa, appare un'idea appropriata se si vogliono annacquare i disavanzi di due o tre Regioni nel grande mare del deficit e del debito pubblico italiano.

Ecco allora una prima conclusione (parafrasando Winston Churchill<sup>160</sup>): i piani di rientro sono la peggior modalità di ripiano dei disavanzi sanitari possibile, eccezion fatta per tutte le altre sperimentate fino ad ora (che poi si riassumono in una: i ripiani a piè di lista).

## **6. Efficacia e limiti dei piani: *after the soft budget constraint*?**

Per porre adeguatamente il tema dell'efficacia dei PDR è opportuno cercare di approfondire quale sia la correlazione esistente fra l'obiettivo di contenimento della spesa e la qualità dei servizi sanitari.

A questo riguardo è bene sgombrare il campo da due obiezioni di fondo che – istintivamente – verrebbe da muovere nei confronti dei PDR. Lo si farà partendo da evidenze emerse in campo economico, sulla base di studi dettagliati e autorevoli.

La prima obiezione generale riguarda proprio la connessione fra livello del finanziamento e qualità del SSR. Istintivamente si sarebbe portati a ritenere che all'aumentare della spesa, aumenti anche la qualità del servizio reso e che, viceversa, al contenimento della spesa consegua necessariamente una diminuzione del livello di tutela.

E' evidente che, da una prospettiva costituzionalistica, se vi fosse questa inevitabile correlazione, la vicenda dei PDR dovrebbe essere osservata a partire da un adeguato e costante bilanciamento<sup>161</sup> fra principio dell'equilibrio economico-finanziario e tutela del contenuto

---

<sup>160</sup> W. Churchill pronunciò l'11 novembre 1947 alla Camera dei Comuni la seguente frase: "Indeed, it has been said that democracy is the worst form of Government except all those other forms that have been tried from time to time" (cfr. <http://hansard.millbanksystems.com/>, ove è possibile consultare il rapporto ufficiale dei dibattiti del Parlamento britannico dal 1803 al 2005).

<sup>161</sup> ... che spetta principalmente al legislatore effettuare e, di norma in seconda battuta, alla Corte costituzionale controllare: cfr. M. Luciani, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria fra Stato e Regioni*, in E. Catelani, G. Cerrina Feroni, M.C. Grisolia, *Diritto alla salute, cit.*, p. 30. L'A. sottolinea che "il rapporto fra diritto alla salute, determinazione dei livelli essenziali e compatibilità di bilancio è assai complesso. Invano si cercherebbe nella giurisprudenza costituzionale la puntuale identificazione della sua concreta articolazione: soprattutto l'evidente carenza di una compiuta teoria delle relazioni fra risorse economico-finanziarie e soddisfacimento dei diritti costituzionali l'ha impedita. Ma questo sembra, ormai, un passaggio ineludibile per la nostra Corte" (p. 33). V. anche, più in generale, A. Morrone, *Bilanciamento (giustizia costituzionale)*, in «Enc. Dir.», Annali, vol. II, tomo II, Giuffrè, Milano, 2008, p. 185 ss.



essenziale del diritto alla salute, ove il secondo dovrebbe sempre, in ultima analisi, prevalere (fin dove il generale principio di realtà lo consente<sup>162</sup>).

Tuttavia, è stato osservato che, in Italia, vi è tendenziale “assenza di correlazione tra la spesa regionale (*pro capite* aggiustata) e la qualità dei servizi”<sup>163</sup>.

In particolare – se ben si comprende – una volta fissato il livello di spesa fra Stato e Regioni ed i relativi criteri di riparto fra Regioni, vi è evidenza empirica che la spesa in disavanzo è inefficiente, ovvero non comporta un aumento della qualità dei servizi sanitari<sup>164</sup>.

Uno studio molto accurato della Banca d'Italia mostra – anch'esso sulla base di evidenze empiriche – che le Regioni ove la spesa sanitaria pro-capite corretta è più alta sono anche le Regioni in cui la qualità percepita è tendenzialmente più bassa rispetto alle altre e dove c'è una vasta mobilità sanitaria verso altre Regioni<sup>165</sup>.

Queste osservazioni si basano sul fatto che una maggiore spesa per il personale, per i servizi farmaceutici e una maggior capillarità degli ospedali pubblici, che si rileva in queste Regioni, non sono garanzia di qualità della sanità<sup>166</sup>.

La prima evidenza scientifica, quindi, è che l'aumento indiscriminato della spesa sanitaria non conduce ad un aumento della qualità dei servizi sanitari.

Al contrario, in Italia, offrono una sanità migliore le Regioni che non producono disavanzi.

La seconda evidenza è che le Regioni con maggiori disavanzi sono quelle che si vedono attribuite più risorse *pro capite*, se calcolate al netto della mobilità sanitaria e considerato il peso demografico della popolazione residente<sup>167</sup>.

In sintesi, pertanto, l'«operazione PDR» potrebbe essere una situazione cd. «*win-win*»: potrebbe condurre a ridurre la spesa pubblica, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi resi da interi SSR.

---

<sup>162</sup> Cfr. al riguardo la ricostruzione dei termini e degli esiti di tale bilanciamento in F. Minni, A. Morrone, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in «Rivista AIC», 3/13, p. 8-12.

<sup>163</sup> Così G. Coco, *Deficit e controllo nel sistema sanitario*, in C. De Vicenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, 2010, p. 56, che fonda l'affermazione sul riferimento al noto lavoro di M. Piacenza, G. Turati, *Does fiscal discipline towards subnational governments affect citizens' well-being? Evidence on health*, Department of Economics and Public Finance «G. Prato», Univ. Di Torino, Working Paper Series, n. 12, April 2010, ora in «Journal of Health Economics», 2/2014, p. 199 ss.

<sup>164</sup> Per l'appunto, secondo M. Piacenza, G. Turati, *op. ult. cit.*, 221-222: “*«expected» funding (i.e., CG transfers conditional on expectations of deficit bailouts) influences only the inefficient component of RG spending*”, dove CG sta per Governo e RG per Regioni.

<sup>165</sup> M. Francese, M. Romanelli, *Healthcare in Italy: expenditure determinants and regional differentials*, Working paper n. 828 del 2011, in <http://www.bancaditalia.it/>, p. 23.

<sup>166</sup> *Ibidem*, 11.

<sup>167</sup> *Ibidem*, 9-10. In questo senso si discute, appunto, di spesa *pro capite* aggiustata o corretta.

Sul piano strettamente costituzionale, quindi, potrebbero accordarsi due principi apparentemente antitetici: equilibrio economico-finanziario e tutela della salute (fondata su un sistema che continui a garantire l'universalità delle cure, ancorché vada ben al di là della previsione costituzionale in materia<sup>168</sup>).

Si è dunque giunti ad affrontare la terribile domanda. I PDR funzionano?

Ancora una volta è necessario partire dai dati forniti dalla Ragioneria generale dello Stato e dalla Corte dei Conti.

La spesa sanitaria in Italia è calata, per la prima volta dagli anni 90, negli anni 2011, 2012, 2013, rispetto al dato massimo raggiunto nel 2010<sup>169</sup>.

<b>Spesa sanitaria corrente, in milioni di €</b> (estratto da dati RGS-MEF, 2014, 51, tab. 2.3)					
<b>Anno</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Spesa sanitaria corrente</b>	109.409	110.573	110.414	110.391	109.259
<b>% PIL</b>	7.2%	7.1%	7.0%	7.0%	7.0%

Osserva al riguardo la RGS che “la spesa sanitaria corrente è passata nel periodo 2002-2013 da un valore pari a 78.977 mln di euro a 109.260 mln di euro, con un incremento in valore assoluto pari a 30.283 mln di euro nell’arco di undici anni”<sup>170</sup> (ben più che proporzionale all’aumento del PIL, infatti la spesa sanitaria è passata dal 6% al 7% del PIL).

Tuttavia, il dato è da tripartirsi sul piano cronologico.

La spesa cresce fra gli anni 2002-06 “in valore assoluto di 19.971 mln di euro (...), con un incremento medio annuo del 5,8%”. Nel periodo 2006-2010, cresce “in valore assoluto di 11.626 mln di euro, a un tasso medio annuo del 2,8%”. Si osserva “un ulteriore rallentamento nell’ultimo periodo (2010-2013), nel quale si registra un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,4%)”.

<sup>168</sup> Cfr. E. Longo, A. Simoncini, *Art. 32 Cost.*, in R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Utet, I, 2006, 655 ss.

<sup>169</sup> Ministero dell’Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1*, cit., p. 35, tab. 2.1.

<sup>170</sup> *Ibidem*, 49-50.





La RGS fa risalire espressamente la causa del rallentamento della spesa alla previsione dello “strumento innovativo del piano di rientro”, che “si configura come uno strumento che individua e affronta selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente il prodursi dei disavanzi”.

E in effetti, se fra il 2002 ed il 2006 la spesa del gruppo di Regioni poi entrato in PDR (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia) cresceva al ritmo del 6.8% annuo, fra il 2006-10 la spesa di queste Regioni ha rallentato la crescita (1.5%), che poi è divenuta negativa nell'ultimo triennio (-1%), contribuendo in modo decisivo alla decrescita della spesa corrente complessiva<sup>171</sup>. Ancora meglio hanno fatto Piemonte e Puglia (in PDR leggero), che nell'ultimo triennio hanno ridotto la spesa mediamente dell'1.2% annuo.

Anche sotto il profilo dei disavanzi sanitari sembra che la situazione delle Regioni in PDR sia in fase di miglioramento<sup>172</sup> e la Corte dei conti osserva che dal 2006 al 2012 l'insieme delle Regioni italiane passa da un disavanzo complessivo di “6 miliardi di euro a 2,15 miliardi”<sup>173</sup>.

Il contributo maggiore a questo contenimento della dinamica di spesa – che come detto proviene dalle Regioni in PDR, ordinario e leggero – riguarda particolarmente la spesa per il personale dipendente (evidentemente grazie al blocco del *turn over* nelle «nostre» Regioni), per l'acquisto di beni e servizi e per la farmaceutica convenzionata.

Conferma il *trend* di riduzione della spesa sanitaria anche la relazione annuale sul CFP della Corte dei Conti<sup>174</sup>.

Contemporaneamente, sia l'uno che l'altro rapporto segnalano l'utilità dei PDR nel consentire una effettiva conoscenza, monitoraggio della spesa sanitaria e, infine, il connesso processo di armonizzazione dei bilanci regionali ai sensi del d.lgs. 118/11<sup>175</sup>.

---

<sup>171</sup> *Ibidem*, tab. 2.4.

<sup>172</sup> *Ibidem*, tab. 2.7.

<sup>173</sup> Così Corte dei Conti – Sez. Autonomie, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (Esercizi 2011-2012)*, 2013, in <http://www.corteconti.it/>, p. 367.

<sup>174</sup> Corte dei Conti, *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, maggio 2014, in <http://www.corteconti.it/>, p. 221 ss.

<sup>175</sup> Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1*, cit., p. 107 ss.; Corte dei Conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (Esercizi 2011-2012)*, cit., p. 366 ss.. Si tenga presente che nel 2012 la Corte dei Conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (Esercizi 2010-2011)*, p. 321, rilevava che in Calabria le aziende sanitarie non erano in grado di fornire dati certi in merito ai debiti verso i fornitori “per mancanza di un servizio d'informatizzazione dell'area amministrativo-contabile”. Il 9.6.10, in audizione alla Camera dei deputati nell'ambito di una Commissione di inchiesta, l'Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della RGS, dott. Massici, affermava: “l'accertamento della situazione patrimoniale e debitoria della Calabria è stato fatto di recente dalla regione stessa, con la gestione commissariale derivante dalla Protezione civile, che ha svolto tale funzione con l'ascolto certificato. L'ho definita «contabilità



Si potrebbe concludere, pertanto, che i Piani siano un successo e che tutto vada per il verso giusto.

Tuttavia, muovendo sempre dalle analisi e dai risultati di convergenti studi economici è bene non lasciarsi andare ad un facile ottimismo.

Per comprendere la natura dei problemi sul tappeto è necessario fare un ulteriore sforzo e tornare all'origine del finanziamento della spesa sanitaria, introducendo un concetto chiave, già citato, il *soft budget constraint*: “quando un soggetto non può essere vincolato credibilmente *ex ante*” e “sa che un eventuale deficit verrà ripianato *ex post*, senza particolari conseguenze”, da un altro soggetto, si parla di *soft budget constraint*, da ora SBC<sup>176</sup>.

E' del tutto evidente che la vicenda dei disavanzi sanitari regionali – nel contesto delle finanze derivata e della spesa storica – si fonda esattamente su questa dinamica dei rapporti fra Stato e (alcune) Regioni: queste ultime hanno sempre avuto consapevolezza del fatto che lo Stato, di fronte ai loro disavanzi, sarebbe *dovuto* intervenire. Pertanto hanno inteso produrre disavanzi che, in ultima analisi, quando si ha la consapevolezza del ripiano *ex post* dello Stato, non sono altro che forme di (... auto-)finanziamento suppletivo del proprio SSR, ottenuto in barba agli accordi siglati ed alle altre Regioni.

In questo contesto emerge un dato realmente significativo e, al tempo stesso, molto preoccupante.

Esso segna insieme l'importanza ed il rischio, che può diventare il limite, del modello dei PDR.

Bordignon e Turati, in un saggio ormai celebre e noto a livello internazionale<sup>177</sup>, hanno studiato – nella prospettiva del SBC – la spesa pubblica sanitaria in Italia negli anni 90, verificando che la sua determinazione ed il suo andamento effettivo, compresa la produzione di disavanzi, è parte, per l'appunto, di uno «*strategic game*» fra Stato e Regioni.

Quel che più conta è che essi hanno empiricamente osservato che la spesa sanitaria delle Regioni – che era sostanzialmente fuori controllo, in quegli anni – è calata solo quando la minaccia dello Stato di non risanare *ex post* i disavanzi regionali è risultata credibile da parte delle Regioni, a causa

---

merica», perché coloro che l'hanno effettuata, si presentavano presso le aziende sanitarie e oralmente raccoglievano i dati, il che non è una corretta contabilità; l'accertamento contabile e fatturale dei debiti deve avvenire con riscontro e incrocio di fatture e contabilità. Questo accertamento è ancora in corso con l'aiuto di KPMG, l'*advisor* nominato dalla regione Calabria anche su indicazione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'esperienza maturata soprattutto nel campo della contabilità sanitaria e tenuto conto anche dei tempi ristretti della definizione di tali procedimenti”.

<sup>176</sup> Ancora G. Coco, *op. cit.*, p. 53, cui si rinvia per più ampi, e molto interessanti, riferimenti.

<sup>177</sup> M. Bordignon, G. Turati, *Bailing out expectations and public health expenditure*, in «Journal of Health Economics», n. 2/09, p. 305 ss. (già Id., *Bailing Out Expectations and Health Expenditure in Italy*, CESifo Working Paper, No. 1026 del 2003).

di una serie di fatti accaduti all'inizio degli anni 90: una severa crisi finanziaria (quella del 1992) e i vincoli derivanti dal processo di adesione alla moneta unica<sup>178</sup>.

Di conseguenza, le Regioni hanno introdotto misure volte a contenere la spesa sanitaria.

Tuttavia, “*health expenditure started to accelerate again only after Italy had obtained access to the final stage of EMU (from 1997 onwards), with the relaxation of the external constraints*”: appena l'Italia ha ottenuto accesso alla fase finale della Unione monetaria, la spesa sanitaria regionale è ripartita.

Se osserviamo i dati descritti all'inizio del paragrafo con le lenti di questi acuti osservatori, facilmente si può verificare che le Regioni che producono disavanzi hanno iniziato a contenere la loro spesa indubbiamente in pendenza di PDR, ma gli anni del PDR coincidono con quelli in cui l'UE – attraverso trattati, accordi, regolamenti e direttive ... e addirittura “lettere”<sup>179</sup> – ha richiesto e richiede in modo pressante all'Italia di rispettare i vincoli di bilancio pattuiti: la spesa cala nel triennio 2010-13.

In realtà, vi è un altro dato che anche dopo il 2000 suffraga la tesi sostenuta da questi autori in riferimento ai dati del decennio precedente: la spesa sanitaria cresce in modo consistente nei primi anni 2000 (2004-05, in particolare) ovvero quando a livello europeo si era consentita la deroga ai vincoli del deficit pubblico. Quindi, sembra confermata la correlazione fra vincoli finanziari esterni dello Stato e spesa sanitaria regionale<sup>180</sup>.

La nozione e le osservazioni empiriche in merito al SBC ed alle sue regole in riferimento alla spesa sanitaria in Italia offrono due chiavi di lettura giuridiche.

La prima ci consente di affermare che il modello giuridico dei PDR – in astratto – attutisce effetti e caratteri del SBC: esso incide alla radice del fenomeno, in quanto, seppure con inevitabili correttivi (fondi transitori, anticipazioni di liquidità ecc.), tende a consolidare la certezza che lo Stato non ripiana più i disavanzi sanitari *ex post* e comunque non lo fa *gratis*, nel senso che le vicende conseguenti alla creazione del disavanzo si scaricano sia sulla collettività regionale, sia sull'istituzione regionale che perde stabilmente larga parte della propria autonomia.

Qui forse il punto di vista giuridico può contribuire, dopo aver cercato di studiarne i risultati, alla visione economica.

Con l'affermarsi e la stabilizzazione dei PDR si materializza una sanzione enorme ed immediata per i «*policy makers*» regionali sottoposti a PDR: sia che tendano ad attuare i piani, sia che vi si

---

<sup>178</sup> Nel saggio di Turati e Piacenza, cit., p. 204-5, si articola molto dettagliatamente questa serie di eventi rilevanti, fra il 1992-1997, ricomprendendovi oltre a quanto precede nel testo anche le riforme elettorali nazionale e regionale.

<sup>179</sup> V. ora G. Pitruzzella, *op. cit.*, p. 32.

<sup>180</sup> Lo ricorda G. Coco, *op. cit.*, p. 66.



oppongano in modo aperto o strisciante, è certo che il regime giuridico dei piani toglie loro potere proprio quando hanno raggiunto il vertice dell'Ente regionale, poiché li sottopone ad un controllo penetrante ed alle ricorrenti verifiche del «Tavolo Massicci»<sup>181</sup> (da cui dipende lo sblocco, in tutto o in parte, di finanziamenti rilevanti). Per le Regioni commissariate si aggiunge la fastidiosa presenza di subcommissari del Governo, con poteri effettivi, all'interno della Regione. All'inutilità di quella sorta di *damnatio memoriae* concepita nell'art. 2 del d.lgs. 149/11 (poi dichiarato illegittimo dalla Corte), fa da contraltare questa sanzione operativa ed immediata<sup>182</sup> che «consuma» il potere politico di chi lo ha legittimamente conquistato in sede elettorale *mentre* è in carica.

La documentata stabilità di Piani e commissariamenti proietta sul futuro queste considerazioni e le rivolge anche a chi aspira a farsi «*policy maker*» regionale<sup>183</sup>.

Questa stabile e prevedibile sanzione «politico-istituzionale», che deriva dal regime giuridico dei PDR, rende irragionevole l'aspettativa di un ripiano *ex post* dell'intero disavanzo regionale da parte dello Stato e, pertanto, corregge o almeno tempera strutturalmente la logica del SBC<sup>184</sup>.

Tuttavia, sulla base delle evidenze empiriche segnalate, l'efficacia dei PDR potrebbe essere legata a doppio filo alla permanenza di vincoli esterni alla spesa pubblica nazionale (e regionale) che persuada le Regioni che lo Stato *non può* permettersi di ripianare i loro disavanzi. Se si allentassero questi vincoli, come già accaduto, ripartirebbe la generazione di disavanzi.

Si tratterebbe di un limite grave del modello PDR, poiché significherebbe che esso può raggiungere l'obiettivo di calmierare temporaneamente la spesa dei singoli SSR, ma non riesce a conseguire l'obiettivo principale: modificare l'organizzazione dei singoli SSR, in concorso con le autonomie territoriali, in modo da renderli strutturalmente sostenibili, come è necessario affinché siano autonomi ed efficienti.

In altri termini, la vicenda dei PDR sarebbe segnata da una insanabile dissociazione fra lo statuto giuridico del medesimo (istituto volto a conseguire la sostenibilità strutturale dei SSR, cioè l'equilibrio di bilancio) e la realtà dell'esperienza economico-finanziaria (che invece ne farebbe

---

<sup>181</sup> Così, in gergo, utilizzando il riferimento al Dirigente della Ragioneria preposto, viene identificato il Tavolo di verifica degli adempimenti.

<sup>182</sup> ... che si affianca a quelle, pesanti, sopportate dalle collettività regionali.

<sup>183</sup> Non solo l'aspirante Presidente, ma anche le forze politiche che concorrono a divenire maggioranze consiliari o ad esprimere assessori regionali ed, in ultima analisi, la stessa classe dirigente regionale, compresi i molteplici «interlocutori economici» della sanità.

<sup>184</sup> Per questo bisognerebbe riflettere adeguatamente prima di dissociare – come vorrebbe il nuovo Patto per la salute – la figura del Presidente della Regione da quella del CAA: semmai, sarebbe più opportuno rendere più incisivi, se necessario *transitoriamente* prevalenti, i poteri dei sub commissari.



una specie di transitorio «tappabuchi<sup>185</sup>», dipendente da eventi esterni alle interrelazioni istituzionali).

Peraltro, questa osservazione si coniuga con altri rilievi vertenti sulla struttura complessiva dei primi PDR: troppo impegnati sul contenimento immediato della spesa e sugli aspetti finanziari e troppo poco sul versante di un profondo rimodellamento dei diversi SSR secondo le rispettive, e differenziate, esigenze<sup>186</sup>.

Vi sono segnali di un tale andamento dei PDR a due velocità: positivo, per gli aspetti strettamente finanziari e per quelli connessi alla possibilità di conoscere e monitorare le spese dei SSR; preoccupante, per i profili più specificamente connessi al risanamento delle carenze organizzative e strutturali manifestate dalle Regioni in PDR<sup>187</sup>.

Si può, conclusivamente, osservare che il modello dei PDR si trova di fronte ad un bivio.

La rapida evoluzione verso il consolidamento delle correzioni introdotte all'interno dei diversi SSR, grazie ad una effettiva condivisione delle medesime a livello regionale, che conduce alla conclusione del relativo regime speciale, ovvero il rischio di una nefasta stabilizzazione del regime speciale che i PDR comportano attraverso la proroga a tempo indeterminato di programmi operativi o di nuovi PDR. In questo secondo caso, è più probabile che, col passare del tempo, siano gli impermeabili sistemi regionali di spesa sanitaria in disavanzo ad adattare a sé i PDR, con conseguenze neanche troppo imprevedibili sulle finanze pubbliche.

Ne consegue che l'esperienza dei PDR – ad eccezione del caso della Liguria e, si spera, del Piemonte e della Puglia – lascia tuttora aperte due questioni decisive sotto il profilo dell'efficacia giuridica del modello.

E' ancora da verificare se siano in grado di conseguire una modifica strutturale dei SSR e di renderli progressivamente sostenibili in via autonoma.

Resta altresì aperta la domanda, che coinvolge fortemente l'autonomia e la responsabilità (*accountability*) regionale, su quale assetto giuridico possa configurarsi quando il Piano ha cessato i suoi effetti: cosa c'è *dopo* i PDR.

---

<sup>185</sup> Cfr. T. Cerruti, *I piani*, cit., p. 9

<sup>186</sup> Cfr. C. Cuccurullo, F. Lega, F. Ferrè, *I Piani di rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa*, in E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2010. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2012, p. 225 ss.

<sup>187</sup> In tal senso, la Corte dei conti osserva la difficoltà a consolidare i risultati raggiunti negli anni precedenti, sotto diversi profili: processo di riassorbimento dei disavanzi; provvedimenti regionali in contrasto con i PDR; conflitti fra Presidente/CAA e subcommissari; cfr. Corte conti, *Rapporto 2014*, cit., 221.



Se i singoli SSR in disavanzo non cambiano in profondità, non è implausibile ritenere – come avvenuto sin qui – che dopo i PDR ... ci siano, dopo qualche tempo, altri disavanzi e ancora PDR.

In tal caso, considerato l'impatto del regime dei PDR sugli ordinamenti regionali interessati e la loro localizzazione sul territorio nazionale non sarebbe una provocazione ipotizzare l'esistenza di una «macroregione» (in particolare, tirrenica) meridionale con un regime di autonomia differenziato a causa delle esigenze imposte dal principio dell'equilibrio di bilancio.

### **7. La via procedurale all'equilibrio di bilancio: sistema dei Piani e coordinamento finanziario «statico»**

Si sono passate in rassegna le disposizioni che prevedono i PDR, la relativa giurisprudenza costituzionale, si è osservato il diverso regime di competenza che connota stabilmente le Regioni dentro e fuori dai PDR, si è cercato di verificare se i PDR corrispondano alla funzione istituzionale e giuridica per cui sono stati istituiti e se, in tale traiettoria, siano efficaci.

E' possibile, ora, domandarsi quale sia la collocazione da attribuire, all'interno dell'ordinamento, alla complessiva disciplina finanziaria della sanità che culmina con la previsione dell'istituto dei Piani di rientro (lo chiameremo modello o sistema dei PDR). In particolare, sembra rilevante comprendere se, dall'indagine svolta, il modello normativo e funzionale dei PDR sia riferibile ad un assetto complessivamente, o prevalentemente, contingente ovvero se si tratti di disposizioni dotate di una stabilità tale da potervi ricondurre natura ordinamentale.

In altri termini, si tratta di capire se il sistema dei PDR è parte delle norme di coordinamento finanziario cd. «dinamiche» ovvero «statiche»<sup>188</sup>.

L'indagine svolta mostra che l'istituto rappresenta il rimedio specifico ed ormai assai consolidato che l'ordinamento appresta per affrontare la ricorrente ipotesi di disavanzi sanitari strutturali e per ricondurre i relativi SSR in condizione di equilibrio.

Il fondamento giuridico dell'istituto si rinviene nei principi di CFP, che si legano sia ad un intenso e stabile (possibile) esercizio dei poteri sostitutivi dello Stato, sia al principio generale di copertura delle spese, che trova specifica declinazione in riferimento ai vincoli di bilancio derivanti dalla attuazione del PDR (51/13). A loro volta, tali principi di CFP sono funzionali alla garanzia

---

<sup>188</sup> Secondo la nota descrizione di A. Brancasi, *Il coordinamento della finanza pubblica nel federalismo fiscale*, Relazione al 57° Convegno di Studi Amministrativi, *Il federalismo alla prova dei decreti delegati*, Varenna, 22-23-24 settembre 2011, in <http://www.astrid-online.it>, ripresa, in particolare, da G. Rivosecchi, *Il coordinamento dinamico della finanza pubblica tra patto di stabilità, patto di convergenza e determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali*, in «Rivista Aic», n. 1/2012.

dell'equilibrio della finanza pubblica, strettamente connessa al rispetto degli impegni assunti a livello europeo (“obblighi comunitari”: 141/10).

Si tratta pertanto di un istituto che ha una *funzione* ordinamentale tipica e normativamente tipizzata, poiché identifica la procedura *standard* che si applica dal momento in cui si accerta un disavanzo al momento in cui si riporta il sistema in equilibrio, con molteplici variabili intermedie, ampiamente descritte in precedenza.

Inoltre, l'istituto ha anche *effetti* di tipo ordinamentale, nel senso che, al verificarsi dei presupposti di operatività del medesimo, si realizza una stringente, costante, stabile limitazione della autonomia costituzionale degli enti regionali che vi sono sottoposti unita a conseguenze automatiche (a partire dagli *automatismi fiscali*) che si riverberano pesantemente sulla collettività regionale interessata.

Ne deriva che il complesso di norme che disciplina i PDR rientra nel novero di quella serie di disposizioni che determinano il regime di autonomia costituzionale degli enti regionali: in ultima analisi, queste norme hanno funzione ed efficacia conformativa dell'autonomia finanziaria (e non solo) delle Regioni.

Tale efficacia conformativa si esplica con evidenza diretta nei confronti delle Regioni sottoposte ai PDR, ma è necessario non sottovalutare l'effetto indiretto che la natura ordinamentale del regime dei Piani produce nei confronti di tutte le altre Regioni.

E' stato puntualmente evidenziato che sino al 2006 per tutte le Regioni ordinarie – comprese quelle cd. più efficienti – era conveniente e «necessario» chiudere i bilanci in passivo, poiché ciò consentiva di concorrere al riparto delle somme stanziato dallo Stato per i ripiani a piè di lista<sup>189</sup>.

Da quando il finanziamento della sanità è vincolato all'equilibrio economico finanziario tutte le Regioni cd. efficienti tornano in pareggio o in attivo: “il vantaggio offerto dalle anticipazioni premianti porta ben 9 Regioni a chiudere in avanzo”<sup>190</sup> e conduce buona parte delle altre verso la necessaria sottoscrizione dei PDR.

Come si può osservare, pertanto, le disposizioni che regolamentano il modello dei PDR hanno effetti generali, diretti e indiretti.

Si ritiene pertanto che il modello normativo ed istituzionale che si è affermato con l'istituzione dei Piani sia da considerarsi un insieme di disposizioni del coordinamento finanziario cd. «statico»: più precisamente, è proprio l'istituto dei PDR ed il suo specifico regime finanziario e normativo l'elemento di coordinamento statico di questa complessa disciplina, in quanto in

---

<sup>189</sup> La spiegazione del fenomeno, dati alla mano, è esposta in E. Caruso, N. Dirindin, *op. cit.*, p. 230.

<sup>190</sup> *Ibidem*, p. 230. V. anche par. 3.1, *supra*.





assenza di esso il paradigma dei rapporti finanziari fra Stato e Regioni (caratterizzato, sulla carta, da responsabilità nella gestione e condizionalità dei finanziamenti, in un quadro di leale collaborazione) rimane, come ha mostrato l'esperienza dei primi anni 2000, svuotato di forza precettiva.

In questi termini, inteso come complesso di norme del coordinamento statico, il modello PDR rappresenta la «via procedurale» all'equilibrio di bilancio della spesa sanitaria italiana.

La questione non è nominalistica e consente di concludere il presente lavoro affrontando due ultimi profili.

*Il primo.* Tanto più l'istituto dei PDR fa parte del coordinamento statico, tanto più cioè gli si riconosce un connotato di stabilità nel quadro ordinamentale della finanza pubblica, quanto più si tempera la logica di SBC delle relazioni fra Stato e regioni in materia di disavanzi sanitari (per le ragioni indicate nel par. precedente, cui si rinvia). Ciò comporta che la materia «tutela della salute», e nel suo ambito l'organizzazione sanitaria, è, e resta, competenza concorrente regionale. Tale competenza può essere derogata e sospesa quando un SSR è – e finché resta – in disavanzo strutturale, nei casi e modi previsti dal modello PDR.

*Il secondo.* Se è vero che le disposizioni del modello PDR rappresentano norme riassumibili nel coordinamento finanziario statico, all'esito di questo lavoro abbiamo la seguente conseguenza: rimedi e vincoli stabili e stringenti, inesistenti sino a qualche anno fa, si affermano e derogano al regime di autonomia costituzionalmente previsto nella più rilevante materia di competenza concorrente regionale, anche di Regioni a statuto speciale, in dipendenza del percorso di integrazione europea e dei relativi vincoli ai bilanci delle amministrazioni pubbliche della Repubblica.

## **8. «Pieni di piani» ovvero pregi e difetti della «politica statistica»**

Per comprendere le implicazioni della affermazione con cui si è chiuso il precedente paragrafo è opportuno, in conclusione, osservare il modello dei PDR assumendo il punto di vista di chi ha svolto in questi anni una funzione essenziale di governo dei medesimi dal centro: principalmente, la Ragioneria generale dello Stato.

Leggendo il rapporto sul Monitoraggio della spesa sanitaria si può comprendere che la «preoccupazione» dei disavanzi sanitari per la RGS si sviluppa su due livelli.

Il primo è quello più facilmente comprensibile e concerne i disavanzi in quanto tali, ovvero flussi di risorse non preventivate che devono essere coperte.

C'è un secondo livello che riguarda i «flussi» delle informazioni sullo stato finanziario dei SSR.



Così come le informazioni in merito alla spesa sanitaria delle Regioni sono oggetto di controllo da parte della RGS (nei modi e nei termini delle «verifiche», di cui si è detto), «le medesime informazioni contabili sono utilizzate per la costruzione del Conto consolidato della sanità italiana che fa parte del più complesso Conto consolidato delle Amministrazioni Pubbliche redatto secondo i criteri europei SEC 95 per valutare l'indebitamento annuale del nostro Paese ai fini del monitoraggio dei parametri di Maastricht. Tale esame avviene nei mesi di febbraio-marzo dell'anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili, in concomitanza con la notifica da parte dell'Istat ad Eurostat ai fini del rispetto dei parametri di Maastricht»<sup>191</sup>.

Le informazioni che la RGS acquisisce dalle Regioni, in sede di verifica, sulla base delle quali lo Stato «giudica» le Regioni stesse, divengono parte di un nucleo più vasto di informazioni, sulla cui base è la stessa Repubblica che viene valutata in sede europea.

Questa procedura spiega bene la ragione per cui la RGS è vincolata al conseguimento immediato degli obiettivi dei PDR – «finanziari», prima ancora che strutturali – e perché il sistema dei PDR appaia, talvolta, orientato a conseguire obiettivi di breve termine: sono le esigenze *statistiche*, sotto le quali ovviamente si celano le dinamiche dell'andamento dei conti pubblici<sup>192</sup>, che vincolano la RGS ad ottenere risultati *statisticamente* tangibili dai PDR.

---

<sup>191</sup> Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1*, cit., p. 12.

<sup>192</sup> I conti consolidati delle Amministrazioni pubbliche debbono essere costruiti secondo le indicazioni del Sistema europeo dei conti (Reg. UE n. 2223/96, SEC95) il cui scopo è di fornire l'ordinamento europeo di dati statistici comuni e comparabili in merito (per quanto qui interessa) alle amministrazioni pubbliche, segnatamente in riferimento alla spesa pubblica, al disavanzo ed al debito pubblico (cfr. Manuale del SEC95 sul disavanzo e sul debito pubblico, 2002, curato da EUROSTAT - Commissione europea) – si segnala peraltro che dal 1.9.2014 il sistema viene sostituito dal Reg.UE n. 549/2013, che istituisce il SEC2010. Per comprendere la rilevanza di queste disposizioni – tanto decisive, quanto sconosciute – è sufficiente osservare che quando le manovre economiche, come avviene costantemente, introducono disposizioni che si rivolgono alle Amministrazioni pubbliche «inserite nel conto economico consolidato dello Stato», in sostanza fanno riferimento ad un elenco annualmente redatto dall'ISTAT sulla base della disciplina del SEC95 (sul tema, autorevolmente, M. Luciani, *L'equilibrio di bilancio e i principi fondamentali: la prospettiva del controllo di costituzionalità*, Relazione al Convegno «Il principio dell'equilibrio di bilancio secondo la riforma costituzionale del 2012», Corte costituzionale, Roma, 22.11.2013, in <http://www.cortecostituzionale.it>, p. 25-26; volendo, S. Calzolaio, *Le casse previdenziali private sono amministrazioni pubbliche (anche se non ce lo chiede l'Europa)*, in «Riv. del diritto della sicurezza sociale», 2013, 229 ss.). Ad esempio, con la sostituzione del SEC95 col SEC2010 si realizza questa piccola modifica «statistica» nel bilancio degli Stati membri: le spese per ricerca e sviluppo (R&S) saranno «riconosciute come una spesa di investimento», «diventano parte della domanda finale e contribuiscono quindi al Pil mentre in precedenza erano considerate come *costo intermedio dell'unità economica che la effettuava*» (come osserva l'Istat, *Sec 2010: Cambia il sistema dei conti nazionali*, in <http://www.istat.it>).

Ciò spiega altresì un certa recente condivisione di alcuni aspetti del modello dei PDR alle procedure di risanamento degli enti locali affetti da (sempre più ricorrenti) problematiche di bilancio<sup>193</sup>, non meno che alle procedure di risanamento degli atenei<sup>194</sup>.

Se si mettono assieme questi aspetti si può, in conclusione, osservare che il primo vincolo che deriva dal rispetto dei noti parametri europei consiste nella «politica statistica» che le istituzioni della Repubblica sono costrette a seguire.

Ciò conduce al proliferare del modello dei Piani (di rientro, di risanamento ecc.) che va al di là delle vicende della spesa sanitaria: siamo «pieni di piani», se si passa l'espressione, che finiscono per avere l'obiettivo primario di conseguire aggiustamenti finanziari statisticamente rilevabili, prima ancora che un risanamento strutturale degli enti che vi sono sottoposti.

In conclusione, sembra potersi osservare che il modello dei Piani anticipi e strutturi nell'ordinamento interno alcuni dei tratti caratteristici dell'evoluzione del rapporto con la *Lex fiscalis europea*<sup>195</sup>, che oggi troviamo largamente trasfusi nella l.c. 1/12 e nella connessa l. n. 243/12<sup>196</sup>.

In particolare, questa via procedurale della «politica statistica» trova ampia conferma – e una base giuridica ormai difficile da scalfire – nell'art. 5, c. 1, l. cost. 1/12 e nelle definizioni di cui all'art. 2, l. 243/12, che «costituzionalizzano» il sistema europeo dei conti e, insieme ad esso, le connesse verifiche e monitoraggi della spesa pubblica nazionale in sede europea.

Di ciò si fa, come di consueto, fedele interprete il giudice costituzionale, il quale in una recente decisione<sup>197</sup> sottolinea l'esigenza costituzionale del rispetto dei vincoli europei.

Il conseguimento di tale obiettivo – osserva la Corte – si verifica a partire dal bilancio consolidato delle PA, redatto secondo le regole stabilite dall'UE, mentre i bilanci degli enti del settore

---

<sup>193</sup> Cfr. la procedura di riequilibrio pluriennale degli enti locali di cui al d.l. 174/12 (su cui v. Corte dei Conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (Esercizi 2011-2012)*, cit., p. 527, e G. Verde, *Lo squilibrio finanziario degli enti locali*, 2013, in <http://finanzalocale.interno.it/>, spec. p. 6-10); artt. 3 e 16, c. 2, d.l. 16/2014; artt. 243-bis ss., TUEL.

<sup>194</sup> Cfr. art. 5, c. 4, lett. h), l. 240/2010 e d.lgs. n. 199/2011.

<sup>195</sup> Cfr. della Cananea, *op. cit.*, p. 7 ss.

<sup>196</sup> Su cui v. M. Luciani, *L'equilibrio di bilancio*, cit.; G.L. Tosato, *La riforma costituzionale sull'equilibrio di bilancio alla luce della normativa dell'unione: l'interazione fra i livelli europeo e interno*, in «Riv. di Diritto Internazionale», n. 1/14, p. 5 ss.; T.F. Giupponi, *Il principio costituzionale dell'equilibrio di bilancio e la sua attuazione*, in «Quad. cost.», 2014, p. 51 ss.

<sup>197</sup> Nella sent. n. 40/14 si afferma: «Il patto di stabilità esterno e, più in generale, i vincoli di finanza pubblica obbligano l'Italia nei confronti dell'Unione europea ad adottare politiche di contenimento della spesa, il cui rispetto viene verificato in relazione al bilancio consolidato delle amministrazioni pubbliche (sentenze n. 138 del 2013, n. 425 e n. 36 del 2004). (...) Quest'ultimo deve corrispondere ai canoni stabiliti dalla stessa Unione europea mentre le sue componenti aggregate, costituite dai bilanci degli enti del settore allargato, sono soggette alla disciplina statale che ne coordina il concorso al raggiungimento dell'obiettivo stabilito in sede comunitaria».



pubblico allargato sono disciplinati dallo Stato, che tuttavia li coordina proprio al fine di conseguire il rispetto dei vincoli individuati in sede europea.

Ad avviso di chi scrive, il contributo offerto dalla esperienza dei PDR consiste nell'offrire l'opportunità di osservare la dinamica descritta dal giudice costituzionale (che muove dai vincoli europei ed arriva ai criteri europei e nazionali di redazione dei bilanci) secondo l'ordine invertito, che poi è quello che in concreto determina le azioni ed i controlli della RGS sulla spesa pubblica (non solo) sanitaria: partire dalle esigenze connesse ai flussi di spesa previsti nei bilanci regionali per arrivare alla redazione del bilancio consolidato delle PA.

Quel che si osserva, appunto, è l'affermarsi di una via procedurale all'equilibrio di bilancio fortemente influenzata dalla pressante esigenza di ottenere immediatamente buoni risultati finanziari, statisticamente rilevabili a livello di conti nazionali.

Si tratta di una dinamica che mostra alcuni limiti strutturali, di ordine pratico, ma che a questo punto non trova significative alternative praticabili.

La «politica statistica» comporta che fra «pareggio» ed «equilibrio» di bilancio – in caso di conflitto fra i due profili – a prevalere sia necessariamente il primo. Almeno, questo è quanto si è potuto osservare per i Piani di rientro dai disavanzi sanitari.

L'ineluttabilità di questa dinamica sembra osservarsi in un'ultima analogia – imperfetta, ma non per questo inutile – che si può osservare fra l'esperienza dei piani, in riferimento alla autonomia regionale, e le relazioni fra la Repubblica, l'Unione europea ed il «popolo del mercato»<sup>198</sup>: purtroppo, appare evidente che “*la souveraineté s'arrête là où cesse la solvabilité*”<sup>199</sup>.

Ciò non toglie, però, che quel che vale per l'efficacia dei PDR non possa essere rilevante anche per i conti pubblici della Repubblica rispetto ai vincoli esterni, europei ed internazionali.

Infatti, sia che l'equilibrio di bilancio raggiunga il suo fine «statistico», sia che fallisca il risanamento della spesa sanitaria o della spesa pubblica nel suo complesso, rimane aperta la domanda<sup>200</sup>: cosa c'è e cosa resta al di là della «via procedurale» all'equilibrio di bilancio?

---

<sup>198</sup> Cfr. ancora G. Pitruzzella, *op. cit.*, 33 ss.

<sup>199</sup> Così Insitut Delors – Rapporto Padoa Schioppa, *Parachever l'euro - Feuille de route vers une union budgétaire en Europe*, 2012, p. 37, in <http://www.notre-europe.eu/>.

<sup>200</sup> ... a partire dalla indagine svolta, si tratta di una domanda che conduce alla radice del fenomeno del diritto: per un percorso in tal senso cfr. R. Bifulco, O. Roselli (a cura di), *Crisi economica e trasformazioni della dimensione giuridica. La costituzionalizzazione del pareggio di bilancio tra internazionalizzazione economica, processo di integrazione europea e sovranità nazionale*, Giappichelli, Torino, 2013, e quindi, in particolare, A. Febbrajo, *Dal diritto riflessivo al diritto frammentato. Le tappe del neo-pluralismo teubneriano*, in A. Febbrajo, F. Gambino (a cura di), *Il diritto frammentato*, Giuffrè, Milano, 2013, 167 ss., spec. 194; G. Teubner, *Ordinamenti frammentati e costituzioni sociali*, in A. Febbrajo, F. Gambino, *Il diritto*, cit., p. 375 ss.