

Gianluca Cosmelli*

**VINCOLI ALLA SPESA SANITARIA REGIONALE E GARANZIA DEI LEA:
IL PUNTO SULL'AUTONOMIA LEGISLATIVA E FINANZIARIA DELLE REGIONI SPECIALI
ALLA LUCE DEGLI ULTIMI SVILUPPI DELLA GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE
(IN MARGINE A CORTE COST., SENTT. NN. 36 E 51 DEL 2013)**

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Tutela della salute *versus* competenze statutarie. – 3. Le autonomie speciali e i LEA. – 4. Obblighi di contenimento della spesa sanitaria regionale per ragioni di coordinamento finanziario. – 5. Il modello pattizio: dalle procedure cooperative ai c.d. piani di “rientro”. – 6. Sull’incompatibilità del regime di PdR con il finanziamento autonomo del SSN. – 7. La sent. n. 36/2013... – 8. ... e la n. 51/2013 – 9. Osservazioni conclusive.

He who pays the piper calls the tune

[Adagio inglese]

1. *Introduzione.* – Una coppia di pronunce recentemente emesse dalla Corte costituzionale – la n. 36 e la n. 51 del 2013 – contribuisce a chiarire, in termini speculari, i margini d’azione della potestà legislativa (oltre che di spesa) delle Regioni a statuto speciale entro i limiti imposti dal rispetto dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (c.d. LEAS o LEA), nella cornice delle politiche di ripianamento del disavanzo sanitario.

Sottoposti al vaglio della Consulta sono due provvedimenti del legislatore regionale speciale (rispettivamente, sardo e siciliano) entrambi autorizzativi di erogazioni a carico del Fondo sanitario regionale, dirette al finanziamento, in un caso, del Fondo regionale per la non autosufficienza¹, e, nell’altro, di attività di ricerca su temi di interesse della Regione².

Si presenta, dunque, come cruciale la questione del grado di autonomia esercitabile dalle Regioni speciali all’atto della previsione per via legislativa di nuove uscite finanziarie in

*Dottore di ricerca in diritto pubblico con “european label” e culture della materia in diritto costituzionale presso l’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

¹Il primo degli interventi citati ha ad oggetto, in particolare, diversi articoli della l.r. Sardegna n. 6 del 2012, tra cui, per quanto qui rileva, l’art. 2, co.3, in forza del quale “l’Assessore competente in materia di bilancio è autorizzato nell’anno 2012, ad integrare, previo parere della Commissione consiliare competente, mediante prelevamento dal Fondo sanitario regionale di cui all’UPB S05.01.001, sino all’importo di euro 10.000.000, la dotazione del Fondo per la non autosufficienza, qualora, a seguito dell’istruttoria delle richieste pervenute la stessa risulti carente”.

²La sent. n. 51/2013 investe la delibera legislativa relativa al disegno di legge n. 483, recante “Promozione della ricerca sanitaria”, approvata dall’Assemblea regionale siciliana nella seduta del 30 luglio 2012, e segnatamente l’art. 8, secondo cui “l’Assessore regionale per la salute è autorizzato a utilizzare, per la finalità della presente legge, una quota a valere sull’1 per cento del Fondo sanitario regionale, ai sensi dell’articolo 66, comma 9, della legge regionale 1 settembre 1993, n. 25, fissata in sede di programmazione delle risorse, non inferiore a un milione di euro per anno e non superiore a tre milioni di euro per anno” (primo comma) e, inoltre, “per le attività di ricerca compatibili con le previsioni e discipline dei singoli fondi strutturali europei, potranno altresì essere attivate ulteriori risorse a valere sulle quote degli indicati fondi assegnate alla Regione” (secondo comma).

materia sanitaria. L'ampiezza di tale prerogativa incontra generalmente, secondo quanto si avrà modo di osservare, una duplice categoria di limiti, consistenti, per un verso, negli obiettivi nazionali di contenimento della spesa pubblica, e, per un altro, nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza sul territorio regionale.

Molteplici sono i profili che, al riguardo, vengono in rilievo, e segnatamente:

- a) il titolo di competenza azionabile *in subiecta materia* dalle autonomie speciali;
- b) l'applicabilità a queste ultime dei LEA fissati dal legislatore nazionale;
- c) i limiti imponibili da parte dello Stato alla spesa sanitaria delle medesime.

È utile procedere ad un riepilogo degli orientamenti pretori maturati attorno ai temi suddetti, per poi confrontarne gli esiti con le soluzioni offerte dalle due pronunce in rassegna.

2. *Tutela della salute versus competenze statutarie.* – Sotto il primo degli aspetti indicati, può dirsi pacifica, in applicazione della c.d. clausola di equiparazione³, la recessività delle potestà legislative concorrenti in tema di “igiene e sanità pubblica” contemplate dagli Statuti speciali⁴ nei confronti della omologa competenza prevista dal terzo comma dell'art. 117 Cost. nella “tutela della salute”. Ad opinione della Corte, infatti, l'attribuzione introdotta con la l. cost. n. 3/2001 si presenta “assai più ampia”⁵ rispetto alla “assistenza sanitaria ed ospedaliera” precedentemente spettante – sempre a titolo concorrente – alle Regioni di diritto comune ai sensi dell'art. 117, co. 1, Cost. (nel testo originario)⁶, e di cui la Corte ha ripetutamente evidenziato il “carattere contenuto”⁷.

Secondo la Consulta, inoltre, la nuova formulazione dell'art. 117, co. 3, Cost., rispetto a quella del previgente primo comma, denuncerebbe “l'intento di una più netta distinzione fra la competenza regionale a legiferare in queste materie e la competenza statale, limitata alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina”⁸. Non sempre, per la verità,

³Cfr. art. 10, l. cost. n. 3/2001, in virtù del quale, come è noto, “sino all'adeguamento dei rispettivi statuti, le disposizioni della presente legge costituzionale si applicano anche alle Regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e di Bolzano per le parti in cui prevedono forme di autonomia più ampie rispetto a quelle già attribuite”.

⁴Cfr. rispettivamente art. 4, co. 1, lett. i), St. Sardegna e art. 17, co. 1, lett. c), St. Sicilia.

⁵Cfr. Corte cost., sentt. nn. 270/2005, 134, 181 e 328/2006, 98 e 162/2007, 371/2008, 207/2010.

⁶Sull'ampliamento delle competenze regionali per effetto della nuova dizione cfr. D. MORANA, *La salute nella costituzione italiana, Profili sistematici*, Milano, 2002, 101 ss.

⁷Si legge, testualmente, in Corte cost., sent. n. 245/1984 – in relazione, naturalmente, al testo costituzionale del 1948 – che “la Corte è dell'avviso che l'assistenza sanitaria ed ospedaliera”, sebbene compresa nell'elenco dell'art. 117 Cost., non si risolve in una materia pienamente assimilabile agli altri settori di competenza regionale: sia per la particolare intensità dei limiti cui sono in tal campo sottoposte la legislazione e l'amministrazione delle Regioni, sia per le peculiari forme e modalità di finanziamento della relativa spesa pubblica, sia - soprattutto - per i tipici rapporti che l'ordinamento vigente stabilisce fra le varie specie di enti ed organismi cooperanti ed interagenti nella materia medesima”. Cfr. altresì Corte cost., sentt. nn. 452/1989 e, più di recente, 134/2006, su cui cfr. oltre nel testo.

⁸Cfr. Corte cost., sent. n. 282/2002.

l'evoluzione della giurisprudenza è parsa coerente con questo enunciato, cui ha fatto riscontro, all'opposto, una graduale "riespansione" della legislazione di principio⁹.

Con riferimento precipuo alle Regioni ad autonomia speciale, ad ogni modo, sin dal 2006 la Consulta¹⁰ ha chiarito come, in materia sanitaria, l'operatività della clausola "di maggior favore" di cui all'art. 10, l. cost. n. 3/2001 sia giustificata dalla estensione comparabilmente maggiore della "tutela della salute", se raffrontata alle competenze statutarie corrispondenti.¹¹ In dottrina, tuttavia, è stato esposto qualche dubbio in ordine alla consistenza del percorso dimostrativo seguito sul punto dalla giurisprudenza, mancando, in realtà, le tracce di una comparazione realmente analitica *sub specie iuris*¹².

3. *Le autonomie speciali e i LEA.* – Nonostante le perplessità appena descritte, tuttavia, la Corte svolge ulteriormente il ragionamento, per concluderne – e si viene qui al punto b) – che l'imputazione delle attribuzioni in materia sanitaria degli enti ad autonomia differenziata alla competenza concorrente ex art. 117, co. 3, Cost. determina la parallela sottoposizione di tali soggetti ai "limiti, espressi od impliciti, contenuti nel nuovo Titolo V"¹³. Primi tra tutti – ai fini che in questa sede interessano – i limiti attinenti "all'esercizio della competenza esclusiva dello Stato in punto di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali"¹⁴.

Anche le Regioni differenziate soggiacciono, quindi, alla potestà normativa "trasversale"¹⁵ sancita dall'art. 117, co. 2, lett. m), della Costituzione. Vale la pena di ricordare come il *proprium* della competenza in questione venga identificato da un costante

⁹Cfr. D. MORANA, *Le norme statali di dettaglio in materia sanitaria tra vecchio e nuovo Titolo V: spunti dalla giurisprudenza costituzionale*, in *Rass. parl.*, 2010, 707 ss. e spec. 718 ss.

¹⁰Cfr. Corte cost., sentt. nn. 134/2006 e 98/2007.

¹¹Le quali, d'altronde, avevano già formato oggetto di letture riduttive ad opera della giurisprudenza svoltasi nel vigore del primo regionalismo: cfr. ad es. Corte cost., sent. n., 294/1986, secondo cui, "quando si tratti di organizzare un servizio a carattere nazionale, o di regolare una programmazione, o di dettare norme sostitutive e anticipatrici della medesima [...] le regole del riparto fra Stato e soggetto di autonomia in tema di legislazione concorrente non possono essere interpretate in modo così rigido da impedire alla legislazione statale di porre in essere strumenti normativi ed organizzatori diretti al perseguimento dei fini generali del servizio o della programmazione" e "tanto deve ritenersi anche se la legislazione concorrente sia attribuita nel quadro di un'autonomia speciale, per definizione particolarmente garantita, e ciò almeno quando, come nel caso, il servizio (si tratta di servizio sociale) e la programmazione rientrano nell'attuazione di un valore assistito da specifica protezione costituzionale".

¹²In questi termini G. CARPANI, D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di "tutela della salute"*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 126 ss.

¹³Cfr. la citata Corte cost., sent. n. 134/2006. Ma sul punto in termini generali cfr. già la sent. n. 383/2005.

¹⁴Cfr. Corte cost., sentt. nn. 134/2006 e 162/2007

¹⁵Secondo un notissimo passaggio di Corte cost., sent. n. 282/2002, infatti, "non si tratta di una 'materia' in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle". Cfr. altresì Corte cost., sentt. nn. 322/2009 e 10/2010.

orientamento della giurisprudenza costituzionale¹⁶ nella “determinazione degli *standard* strutturali e qualitativi delle prestazioni da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio nazionale”¹⁷. Da qui una serie di corollari: tale titolo competenziale, in particolare, risulta utilmente invocabile “solo in relazione a specifiche prestazioni delle quali la normativa nazionale definisca il livello essenziale di erogazione”¹⁸. Mentre, *a contrariis*, in tale categoria non possono essere inquadrate “le norme volte ad altri fini”¹⁹, né trova copertura nella

¹⁶Cfr. Corte cost., sentt. nn. 120, 285 e 383/2005, 248/2006, 387/2007, 371/2008, nonché, da ultimo, 207/2010.

¹⁷Sul tema, tra i copiosissimi contributi dottrinali ci si limita qui a segnalare quelli più specificamente mirati, in prospettiva costituzionalistica, alla rielaborazione teorica dell'istituto e alle problematiche definitorie da questo sollevate nel quadro del novellato Titolo V, Parte II, Cost.: E. BALBONI, *Il concetto di "livelli essenziali" e uniformi come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2001, 1103 ss.; C. PINELLI, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 881 ss.; A. ANDRONIO, *I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nella recente giurisprudenza costituzionale*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2003, 173 ss.; E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Reg.*, 2003, 11183 ss.; R. BIFULCO, *"Livelli essenziali", diritti fondamentali e statuti regionali*, in T. Groppi, M. Olivetti (a cura di), *La Repubblica delle autonomie, Regioni ed enti locali nel nuovo Titolo V, II ed.*, Torino, 2003, 135 ss.; A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico, Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in questa rivista 2003, 1063 ss.; A. ROVAGNATI, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute, Un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m) comma 2, art. 117 Cost.*, in *Le Reg.*, 2003, 1141 ss.; A. SIMONCINI, *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte le prime indicazioni su regolamenti del Governo e «livelli essenziali» nelle materie regionali*, in *Le Reg.*, 2003, 1199 ss.; G. Cocco, *I livelli essenziali delle prestazioni*, in L. CHIEFFI, G. CLEMENTE DI SAN LUCA (a cura di), *Regione ed enti locali dopo la riforma del Titolo V della Costituzione fra attuazione ed ipotesi di ulteriore revisione*, Torino 2005, 187 ss.; L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, Profili di diritto interno e comparato*, Milano, 2005, 89 ss.; E. A. FERIOLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, in *Le Reg.*, 2006, 564 ss.; E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Le Reg.*, 2006, 1014 ss.; L. CUOCOLO, E. PESARESI, *Livelli essenziali: allegro ma non troppo*, in *Giur. cost.*, 2006, 1246 ss.; F. ZAMPANO (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni: questioni preliminari e ipotesi di definizione*, Roma, 2006; G. GUIGLIA, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, Padova, 2007; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008; M. BELLETTI, *Il controverso confine tra "livelli essenziali delle prestazioni", principi fondamentali della materia e divieto del vincolo di destinazione di finanziamenti statali, attendendo la perequazione nelle forme della legge n. 42 del 2009*, in *Le Reg.*, 2009, 747 ss.; F. COVINO, *La variabile dei livelli essenziali delle prestazioni nell'ordinamento pluralistico*, in AA.VV., *Studi in onore di Vincenzo Atripaldi*, Napoli, 2010, 407 ss.; C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni fra sussidiarietà e collaborazione*, in *Le Reg.*, 2010, 941 ss., e già in www.forumcostituzionale.it; A. RUGGERI, *"Livelli essenziali" delle prestazioni relative ai diritti e ridefinizione delle sfere di competenza di Stato e Regioni in situazioni di emergenza economica (a prima lettura di Corte cost. n. 10 del 2010)*, in www.forumcostituzionale.it, 24 febbraio 2010; R. BALDUZZI, *Un inusitato intreccio di competenze, Livelli essenziali e non essenziali*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di welfare*, Incontro di studio Gianfranco Mor sul diritto regionale, Milano, 2011, 79 ss.; C. PINELLI, *Livelli essenziali delle prestazioni e perequazione finanziaria*, in *Diritto e società*, 2011, 734 ss.; R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili, La sanità come paradigma*, in F. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Santarcangelo di Romagna, 2012, 79 ss.; N. LONGO, *I livelli essenziali delle prestazioni quale clausola di omogeneità sul territorio nazionale*, Roma, 2012; D. MESSINEO, *La garanzia del "contenuto essenziale" dei diritti fondamentali, Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Torino, 2012.

¹⁸Cfr. Corte cost., sentt. nn. 285 e 383/2005, 248/2006.

¹⁹Tra i “quali, ad esempio, l'individuazione del fondamento costituzionale della disciplina, da parte dello Stato, di interi settori materiali o la regolamentazione dell'assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all'erogazione delle prestazioni”: cfr. Corte cost., sentt. nn. 285 e 383/2005, 248/2006, 387/2007, 371/2008, e 207/2010.

medesima un precetto che, non determinando alcun livello di prestazione, si limiti a prevedere “somme a destinazione vincolata”²⁰ ovvero “meri finanziamenti di spesa”²¹.

In campo sanitario, quanto precede vale anche – può aggiungersi – a segnare lo iato concettuale tra *principio fondamentale*, stabilito dalla legge statale ai sensi dell’art. 117, co. 3, Cost., e *livello essenziale*, determinato, ex art. 117, co. 2, lett. m), Cost., sempre dal legislatore centrale. O, come in altri termini è stato detto, il discrimine esistente tra “essenzialità” e “fondamentalità”²². A ben vedere, ad onta delle apparenti analogie con lo schema della potestà concorrente suggerite dalla natura *lato sensu* “verticale” del criterio distributivo della competenza nella fissazione dei LEA²³, la cesura tra le due figure è piuttosto netta. Mentre la determinazione dei livelli essenziali, infatti, può trovare concretizzazione in norme sia di principio che di dettaglio²⁴, essendo però tenuta ad appuntarsi su una o più prestazioni specificamente individuate, la legislazione-quadro, all’inverso, è in grado di abbracciare l’intero settore materiale afferente alla “tutela della salute”, pur dovendo necessariamente arrestarsi al livello dei principi²⁵.

Nella giurisprudenza attuale, tuttavia, la comprensività della lett. m) dell’art. 117, co. 2, Cost. appare oggetto di letture estensive, cui non è estranea l’eco della fase “eccezionalmente negativa” attraversata dalla odierna congiuntura economica²⁶. Lungo questa via, sulla base

²⁰Cfr. Corte cost., sent. n. 423/2004.

²¹Cfr. Corte cost., sent. n. 50/2008.

²²Per L. CUOCOLO, E. PESARESI, *Livelli essenziali*, cit., 1266 ss., “senz’altro può dirsi che essenzialità e fondamentalità non coincidono”, riguardando l’una “le scelte regolatorie che incidono sull’essenza del diritto alla salute”, e l’altra “le scelte politiche di fondo”. Si v. altresì approfonditamente L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., 75 ss. Più di recente, Corte cost., sent. n. 99/2009, in tema di edilizia sanitaria, ritiene che la prospettazione statale confonda “i livelli essenziali di assistenza, che attengono all’erogazione dei servizi in campo sanitario, e le strutture che strumentalmente vengono predisposte per la prestazione dei servizi stessi”, giacché “soltanto con riferimento a questi ultimi” acquisterebbe “un senso la distinzione tra livelli essenziali e non essenziali”. A commento, cfr. M. BELLETTI, *Il controverso confine*, cit., 747 ss.

²³Ciò in ragione della spettanza alla Regione della titolarità di poteri discrezionali in merito ai livelli “non essenziali”.

²⁴Cfr. tuttavia Corte cost., sent. n. 162/2007, secondo cui, nell’ambito della tutela della salute, l’intreccio con la relativa potestà concorrente impone il ricorso alla leale collaborazione, di modo che “la competenza statale prevista dall’art. 117, secondo comma, lettera m), Cost., non può [...] giustificare [...] una disciplina, marcatamente dettagliata, quale è quella che impone il rispetto di determinate modalità procedurali nell’emanazione di disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell’erogazione delle prestazioni sanitarie è consentita per la sussistenza di motivi di natura tecnica” (nella specie, il vincolo era rappresentato dalla preventiva consultazione obbligatoria di associazioni a difesa di consumatori e utenti).

²⁵Cosicché, ad esempio, la libertà di scelta dell’utente tra strutture pubbliche e private (nella specie quelle autorizzate alla prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze) non può qualificarsi livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell’art. 117, co. 2, lett. m), Cost., dal momento che un simile inquadramento “non solo è concettualmente inappropriato, ma comporta conseguenze lesive dell’autonomia regionale, in quanto consente il superamento dei confini tra principi fondamentali della materia, riservati alla legislazione dello Stato, e disciplina di dettaglio, riservata alle Regioni, tipici della competenza ripartita di cui al terzo comma dell’art. 117 Cost., nel cui ambito indubbiamente ricade la normativa de qua, volta alla tutela della salute dei tossicodipendenti”: così Corte cost., sent. n. 387/2007.

²⁶Estremamente eloquente, in proposito, quanto si legge in Corte cost., sent. n. 10/2010, punto 6.4 del considerato in diritto: “questa Corte ha ben presente, al riguardo, il disposto dell’art. 119, quarto comma, Cost., secondo cui le

dell'attribuzione competenziale in parola si è arrivati a permettere al legislatore statale – con la ratifica della Corte – la costituzione di un fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze dei cittadini meno abbienti²⁷, pur rientrando tale iniziativa tra le competenze regionali in materia di tutela della salute e assistenza pubblica di cui risultano titolari, *ex art. 10, l. cost. n. 3/2001*, altresì le Regioni a statuto speciale (nell'ultimo caso perfino a titolo residuale)²⁸.

Per completare questa parte dell'esposizione, occorre infine dare atto, sul piano dei rapporti tra le fonti, che la legge statale ben potrà lasciare le Regioni libere di abbassare la soglia delle prestazioni essenziali quando ciò sia motivato, ad esempio, da ragioni di contenimento della spesa pubblica. In tale evenienza, però, eventuali misure derogatorie dei LEA non potranno essere adottate con atti di natura normativa – quand'anche si tratti di una legge-provvedimento – se il legislatore statale abbia previsto, allo scopo, che la Regione debba procedervi con atti amministrativi²⁹.

4. *Obblighi di contenimento della spesa sanitaria regionale per ragioni di coordinamento finanziario.* – Maggiore articolazione richiede il discorso inerente alla questione *sub c)*: ad essere coinvolti, in questo caso, sono i poteri di coordinamento della finanza pubblica assegnati alla normazione statale. Anche qui è opportuno muovere da uno sguardo d'insieme sulla competenza in parola, per poi analizzarne più da vicino il rapporto con le autonomie speciali.

Anzitutto, essendo oggetto d'esame una “voce” concorrente, occorre ulteriormente distinguere tra l'*intensità* raggiungibile e la *portata* cingibile dal ruolo coordinativo svolto dallo Stato. Quanto al primo profilo, è evidente che, a dispetto della sua (discutibile) sistemazione tra le potestà ripartite, l'attività di coordinamento “di per sé eccede inevitabilmente, in parte, le possibilità di intervento dei livelli territoriali sub-statali”³⁰. Su

funzioni attribuite alle Regioni sono finanziate integralmente dalle fonti di cui allo stesso art. 119 (tributi propri, partecipazioni a tributi erariali e altre entrate proprie). Ritiene, peraltro che, in mancanza di norme che attuino detto articolo (è noto che la legge delega 5 maggio 2009, n. 42, che fissa i principi della materia, deve essere ancora attuata), l'intervento dello Stato sia ammissibile nei casi in cui, come quello di specie, esso, oltre a rispondere ai richiamati principi di eguaglianza e solidarietà, riveste quei caratteri di straordinarietà, eccezionalità e urgenza conseguenti alla situazione di crisi internazionale economica e finanziaria che ha investito negli anni 2008 e 2009 anche il nostro Paese”.

²⁷“Nella specie, “esigenze prioritariamente di natura alimentare e successivamente anche energetiche e sanitarie”: cfr. art. 81, d.l. n. 112/2008 (conv. con mod. in l. n. 133/2008).

²⁸Cfr. Corte cost., sent. n. 10/2010, con le osservazioni di M. CERIONI, *Un'ulteriore fattispecie di superamento giurisprudenziale della rigidità del riparto di competenze: i livelli essenziali delle prestazioni al tempo della crisi*, in *Giur. it.*, 2010, 2518; C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni*, cit., 941 ss.; A. RUGGERI, “*Livelli essenziali*” delle prestazioni, cit.

²⁹In questo senso Corte cost., sentt. n. 271/2008 e 44/2010.

³⁰Cfr. Corte cost., sentt. nn. 376/2003, 370/2010 e ord. n. 121/2007. A commento della prima delle pronunce citate si v. A. BRANCASI, *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in *Le Regioni*, 2004, 763 ss.

queste basi, la Corte costituzionale è giunta presto a scorgere nella competenza sul coordinamento finanziario una natura “finalistica” tale da consentire il collocamento a livello centrale, oltre che della “determinazione delle norme fondamentali che reggono la materia”, altresì dei “poteri puntuali” (*sic*) utili al perseguimento dell’obiettivo atteso³¹. In senso ancora più esplicito, la giurisprudenza successiva ha parlato – sciogliendo ogni residua equivocità della formula appena richiamata – di “norme puntuali” quale legittima estrinsecazione dell’azione di coordinamento finanziario³².

Sul piano, invece, dell’estensione materiale e “orizzontale” della competenza, la giurisprudenza è costante nell’ammettere in capo al legislatore statale, “per ragioni di coordinamento finanziario connesse ad obiettivi nazionali, condizionati anche dagli obblighi comunitari”, il potere di imporre obblighi alle Regioni nelle politiche di bilancio, “anche se questi si traducono, inevitabilmente, in limitazioni indirette all’autonomia di spesa degli enti”³³. Non è esclusa, peraltro, la legittimità di vincoli *diretti* all’aumento delle spese correnti, purché la disciplina che li prevede risulti³⁴:

- transitoria;
- circoscritta alla prescrizione di un “limite complessivo”³⁵;
- rispettosa del principio di ragionevolezza³⁶;

L’ammissibilità di simili limitazioni dell’autonomia finanziaria delle Regioni incontra quindi il proprio confine in ciò, “che il coordinamento incidente sulla spesa regionale deve limitarsi a porre i principi ai quali la Regione deve ispirare la sua condotta finanziaria,

³¹Eventualmente “in forza dell’art. 118, primo comma, della Costituzione”: tali principi, inizialmente affermati da Corte cost., sent. n. 376/2003 con riferimento all’imposizione alle Regioni di obblighi informativi, sono stati costantemente ribaditi, ad es. in Corte cost., sentt. nn. 35 e 417/2005, 237/2009, 52 e 370/2010.

³²Cfr. Corte cost., sent. n. 417/2005.

³³Cfr. Corte cost., sent. n. 36/2004. In discussione, nella specie, era la legittimità dell’imposizione, nel contesto del c.d. patto di stabilità interno, di un tetto massimo alla crescita delle spese correnti di province e comuni per la realizzazione di obiettivi di riequilibrio finanziario. Secondo l’avviso della Consulta, “la natura stessa e la finalità di tali vincoli escludono che si possano considerare le disposizioni impugnate come esorbitanti dall’ambito di una disciplina di principio spettante alla competenza dello Stato”. In senso analogo cfr. Corte cost., sentt. nn. 353/2004 e 417/2005.

³⁴Cfr. *ex plurimis* Corte cost., sentt. nn. 36/2004, 417/2005, 169/2007, 237 e 297/2009, 182/2011, 139 e 217/2012, nonché 36/2013.

³⁵Il quale sia tale da lasciare agli enti interessati “ampia libertà di allocazione delle risorse fra i diversi ambiti e obiettivi di spesa”: così ad es. Corte cost., sentt. nn. 36/2004, punto 6 del considerato in diritto.

³⁶Può osservarsi che, in altre sentenze, tale requisito appare omesso. Ad esempio in Corte cost., sent. n. 94/2004, peraltro in materia sanitaria, si afferma che “secondo la giurisprudenza di questa Corte, le norme statali che fissano limiti alla spesa delle Regioni e degli enti locali possono qualificarsi principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica alla seguente duplice condizione: in primo luogo, che si limitino a porre obiettivi di riequilibrio della medesima, intesi nel senso di un transitorio contenimento complessivo, anche se non generale, della spesa corrente; in secondo luogo, che non prevedano in modo esaustivo strumenti o modalità per il perseguimento dei suddetti obiettivi [...] ed incidano temporaneamente su una complessiva e non trascurabile voce di spesa [...], mirando il legislatore statale a perseguire l’obiettivo di contenere entro limiti prefissati una frequente causa del disavanzo pubblico, quale la spesa sanitaria, che abbia rilevanza strategica ai fini dell’attuazione del patto di stabilità interno e concerna un non trascurabile aggregato della stessa spesa.”

lasciando, poi, alla Regione la statuizione delle regole di dettaglio della condotta medesima³⁷. Per contro, la legge statale contravviene alla distribuzione costituzionale delle competenze quando “comprime illegittimamente l’autonomia regionale imponendo limiti precisi e puntuali” alla spesa regionale³⁸.

Nei suoi primi pronunciamenti sul punto, la Corte aveva avvertito, inoltre, la necessità di configurare i poteri del livello centrale “in modo consono all’esistenza di sfere di autonomia, costituzionalmente garantite”, non potendo il ruolo di coordinamento esercitato dallo Stato “mai eccedere i limiti, al di là dei quali si trasformerebbe in attività di direzione o in indebito condizionamento dell’attività degli enti autonomi”³⁹. Quasi una parafrasi della massima enunciata dalla Corte Suprema statunitense nel consentire al legislatore federale di indirizzare la libera legiferazione degli Stati membri azionando la leva fiscale, a patto che, appunto, i provvedimenti emessi dalla Federazione rimangano “*not so coercive as to pass the point at which pressure turns into compulsion*”⁴⁰.

Nondimeno, nel corso della giurisprudenza successiva tutti questi spunti vengono a declinare in favore di una lettura non altrettanto garantista. Preso atto – com’era del resto ovvio – che il coordinamento della finanza pubblica più che una “materia” in senso proprio rappresenta una “funzione”⁴¹, il pensiero della Corte non pare essersi evoluto nel senso della nozione bacheletiana di coordinamento come “armonizzazione” e “cospirazione” verso fini predeterminati di “una pluralità di attività e di soggetti (o di figure soggettive) di cui l’ordinamento riconosce una qualche autonoma individualità”⁴². Piuttosto, la giurisprudenza ha valorizzato la vocazione funzionale ravvisata nel titolo competenziale in discorso, interpretandolo teleologicamente, per abilitare il legislatore nazionale, in qualità di (co)ordinatore in posizione di supremazia, ad incidere trasversalmente sulla spesa regionale, intersecando i più vari ambiti materiali, se del caso anche all’interno della competenza regionale residuale⁴³ o primaria (per gli enti a statuto speciale)⁴⁴.

³⁷Così Corte cost., sent. n. 414/2004.

³⁸Cfr. ad es. Corte cost., sent. n. 88/2006, in tema di vincoli specifici alle assunzioni nelle amministrazioni regionali. In senso conforme cfr. Corte cost., sentt. nn. 390/2004, 417 e 449/2005, 159/2008.

³⁹Cfr. nuovamente Corte cost., sent. n. 376/2003.

⁴⁰Cfr. *South Dakota v. Dole*, 483 U.S. 203 (1987), e precedentemente, *Steward Mach. Co. v. Collector*, 301 U.S. 548 (1937).

⁴¹Cfr. Corte cost., sent. n. 414/2004.

⁴²Cfr. V. BACHELET, *Coordinamento*, in *Enc. giur.*, X, Milano, 1962, 631 ss. Sul punto cfr. A. BRANCASI, *Il coordinamento della finanza pubblica nel federalismo fiscale*, in *Dir. pubbl.*, 2011, 451 ss.

⁴³Cfr. Corte cost., sent. n. 139/2009, secondo cui la disposizione statale che impone alle Regioni e alle Province autonome di provvedere entro il termine di un anno alla riduzione del numero dei componenti degli organi direttivi di alcune specie di consorzi (quelli tra comuni compresi nei bacini imbriferi montani nonché i consorzi di bonifica e di miglioramento fondiario) non sarebbe “riferibile alla materia ‘agricoltura e foreste’, né a quella dell’ordinamento dei consorzi”, che la Regione ricorrente ascrive alla propria competenza legislativa residuale, bensì a quella del coordinamento della finanza pubblica”, deponendo in tal senso “quanto emerge dal contenuto

Un simile approccio consente alla Corte⁴⁵ di sostenere la poco perspicua distinzione secondo cui “il settore in cui devono operare strumenti e modalità” del coordinamento finanziario non coinciderebbe con “l’oggetto principale della normativa statale”⁴⁶. Giudicando, *quoad effectum*, non invasive della potestà legislativa locale non soltanto le norme recanti meccanismi premiali/incentivanti⁴⁷ o sanzionatori⁴⁸ a carico delle Regioni, ma anche l’imposizione, da parte del legislatore centrale, di stringenti vincoli di bilancio riferiti ad aggregati di spesa⁴⁹, quando non addirittura a singole voci⁵⁰. Parossistica, in questo senso, appare la decisione che ha dichiarato infondati i ricorsi proposti da varie Regioni contro la disposizione statale mediante la quale veniva stabilito un “taglio” orizzontale, nella misura pari al 10%, degli stanziamenti per i consumi intermedi degli enti ed organismi pubblici non territoriali, inclusi quelli regionali, contestualmente ordinando – si badi – il versamento all’entrata del bilancio *dello Stato* delle somme provenienti dalla divisata riduzione⁵¹.

delle norme denunciate, caratterizzato dall’obiettivo di un contenimento della spesa pubblica in relazione all’organizzazione dei consorzi di bonifica”.

⁴⁴Cfr. ad es. Corte cost., sent. n. 417/2005, che ritiene costituzionalmente legittima, imputandola al coordinamento della finanza pubblica anziché alle materie dell’“ordinamento degli uffici e degli enti dipendenti dalla regione” e dell’“ordinamento degli enti locali” (artt. 2, co. 1, lett. a) e b), e 4, St. Valle d’Aosta) la disposizione statale di cui ai novellati commi 3 e 3-bis dell’art. 26, l. n. 488/1999, attribuitivi alle amministrazioni pubbliche anche regionali della facoltà di scelta, per l’acquisto di beni e servizi comparabili, fra il ricorso alle convenzioni stipulate ai sensi del comma 1 dello stesso articolo 26, o, in alternativa, l’utilizzazione dei parametri di prezzo-qualità come limiti massimi.

⁴⁵Cfr. Corte cost., sent. n. 237/2009, punto 23.8 del considerato in diritto, su cui G. DI COSIMO, *C’erano una volta le materie residuali (nota a sentenza 24 luglio 2009, n. 237)*, in *Le Reg.*, 2010, 616 ss. e in *www.forumcostituzionale.it*, sub Giurisprudenza, Corte costituzionale, anno 2009.

⁴⁶Un distinguo senz’altro non convincente, se si considera come la competenza in parola, esibendo una vocazione dichiaratamente finalistica e funzionale, risulti priva di un corrispettivo sostrato materiale, cosicché è di fatto il legislatore statale, esercitandola, ad individuare di volta in volta l’oggetto – o, che è lo stesso, l’ambito o settore – su cui essa è destinata ad incidere: per la ricostruzione delle competenze finalistiche come “materie non-materie” cfr. A. D’ATENA, *La Consulta parla... e la riforma del titolo V entra in vigore*, in *Giur. cost.*, 2002, 2027 ss.; ID., *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quad. cost.*, 2003, 21 ss.; ID., *Diritto regionale*, Torino, 2010, 148 ss. Con specifico riferimento al coordinamento della finanza pubblica cfr. G. COSMELLI, *Clausola residuale ed erosione della tecnica enumerativa*, in S. MANGIAMELI (a cura di), *Il regionalismo italiano dall’Unità alla Costituzione e alla sua riforma*, II, *Raccolta di papers di Diritto regionale*, Roma, 20-21-22 ottobre 2011, Milano, Giuffrè, 2012, 209 ss.

⁴⁷Cfr. ad es. Corte cost., sentt. n. 36/2005, 98/2007, 40/2010 e 91/2012, in merito agli adempimenti richiesti alle Regioni ai fini dell’accesso a quote di finanziamento del servizio sanitario nazionale.

⁴⁸Per questo verso la “Corte ha più volte affermato che costituiscono principi di coordinamento della finanza pubblica le previsioni di sanzioni volte ad assicurare il rispetto di limiti complessivi di spesa, operanti nei confronti degli enti che abbiano superato i predetti limiti”: cfr. sent. nn. 412/2007, 190 e 289/2008.

⁴⁹Ad esempio quella riguardante i consumi intermedi: cfr. Corte cost., sent. n. 289/2008, su cui v. subito oltre nel testo. In senso analogo cfr. Corte cost., sent. n. 159/2008, in tema di riduzione degli oneri degli organismi politici e degli apparati amministrativi.

⁵⁰Come nel caso degli obblighi di riordino delle comunità montane e di riduzione delle spese destinate al funzionamento delle medesime, di cui si è occupata Corte cost., sent. n. 237/2009.

⁵¹Cfr. Corte cost., sent. n. 289/2008 e il commento di A. BRANCASI, *Continua l’inarrestabile cammino verso una concezione statalista del coordinamento finanziario (nota a sentenza 18 luglio 2008, n. 289)*, in *Le Reg.*, 2008, 1232 ss. e in *www.forumcostituzionale.it*, sub Giurisprudenza, Corte costituzionale, anno 2008. Di segno contrario, con riferimento alle autonomie speciali, Corte cost., sentt. nn. 341/2009 e 133/2010, su cui v. poco avanti nel testo. Sempre con riferimento alle Regioni a statuto ordinario, invece, per una pronuncia dagli esiti più

L'inclinazione centralistica progressivamente assunta dalla giurisprudenza si rivela, oltretutto, particolarmente pronunciata proprio nell'ambito della spesa sanitaria, in cui l'accentuazione del ruolo del legislatore statale viene ricollegata dalla Corte alla garanzia di un diritto, quale è quello alla salute, che gode di una posizione costituzionale prominente⁵². La giurisprudenza, ad esempio, nel sindacare il rispetto degli art. 117, co. 3, e 119 Cost. da parte di una norma statale prescrittiva di uno "sconto" in misura fissa e generalizzata sulla remunerazione delle prestazioni erogate per conto del SSN dalle strutture private accreditate, ha avuto occasione di ribadire che il fine di prevenire fenomeni di disavanzo va perseguito bilanciando, allo stesso tempo, "l'equilibrio della finanza pubblica e l'uguaglianza di tutti i cittadini nel godimento dei diritti fondamentali", e pertanto, poiché "il diritto alla salute spetta ugualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio nazionale", la parte di spesa pubblica che lo riguarda "si presta ad essere tendenzialmente manovrata, in qualche misura, dallo Stato"⁵³.

Tale prospettiva, tuttavia, risulta capovolta nei confronti di quelle autonomie speciali – ad oggi pressoché tutte, facendo eccezione la sola Regione Siciliana – che provvedono a finanziare il fabbisogno del Sistema sanitario nazionale nei territori rispettivi con risorse interamente proprie e "senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato"⁵⁴. La Corte, al riguardo, ha infatti correttamente argomentato che "dal momento che lo Stato non concorre al finanziamento del servizio sanitario [...] esso neppure ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario che definiscano le modalità di contenimento di una spesa sanitaria che è interamente sostenuta" dall'ente di autonomia⁵⁵.

equilibrati cfr. la recente Corte cost., sent. n. 183/2011, con la quale, da un lato, viene respinta la pretesa statale di interpretare il d.l. n. 78/2010 nel senso di "imporre alle Regioni l'osservanza puntuale ed incondizionata dei singoli precetti di cui si compone", costringendole "a operare una contrazione di singole e minute voci di spesa, proprio nella misura prescritta per le amministrazioni dello Stato", e, per altro verso, viene invece annullata la norma regionale che, senza individuare adeguate risorse compensative, autorizza un incremento della spesa per il personale sanitario in misura superiore al livello massimo complessivamente prescritto dalla normativa statale adottata a parametro interposto. Si v. il commento di A. BRANCASI, *La Corte considera rilevante (ma non troppo) la dimensione funzionale delle misure di coordinamento*, in *Giur. cost.*, 2011, 2354 ss.

⁵²In argomento cfr. G. FRANCE, *Diritto alla salute, devolution e contenimento della spesa: scelte difficili, scelte obbligate*, in *www.issirfa-cnr.it*, sub Studi e interventi, ottobre 2005; 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 Reg.*, 2008, 571 ss.; D. FRANCO, *Autonomia finanziaria delle regioni e spesa sanitaria*, in *www.issirfa-cnr.it*, sub Studi in materia di finanza e tributi, Novembre 2010.

⁵³Cfr. Corte cost., sent. n. 94/2009.

⁵⁴È il caso della Regione Valle d'Aosta e delle Province autonome di Trento e Bolzano (cfr. art. 34, co. 3, secondo periodo, l. n. 724/1994 e art. 32, co. 16, l.n. 449/1997), della Regione Friuli-Venezia Giulia (cfr. art. 1, co. 144, l. n. 662/1996 e art. 32, co. 16, l.n. 449/1997), nonché, da ultimo, della Regione Sardegna (cfr. art. 1, co. 836 l. n. 296/2006). Fa eccezione, come si vede, tra gli enti ad autonomia speciale, la sola Regione Siciliana, la cui aliquota di compartecipazione al finanziamento sanitario è determinata, a decorrere dal 2009, nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (cfr. art. 1, co. 830, l. n. 296/2006).

⁵⁵Così ragiona la Consulta in Corte cost., sent. n. 341/2009. Si v. negli stessi termini anche Corte cost., sent. n. 133/2010.

5. *Il modello pattizio: dalle procedure cooperative ai c.d. piani di “rientro”.* – Il quadro fin qui tracciato rappresenta un paradigma comune operante non solo per le Regioni a regime ordinario, ma altresì – salvo il correttivo di cui si dirà tra un momento – per gli enti ad autonomia differenziata. A tanto la giurisprudenza perviene “in considerazione dell’obbligo generale di partecipazione di tutte le Regioni, ivi comprese quelle a statuto speciale, all’azione di risanamento della finanza pubblica”⁵⁶. Il regime finanziario delle Regioni a statuto speciale è infatti da ricomprendersi nella nozione di “finanza pubblica allargata”, nei cui confronti lo Stato mantiene anche nel nuovo ordinamento regionale “poteri di disciplina generale e di coordinamento, nell’esercizio dei quali poteva e può chiamare pure le autonomie speciali a concorrere al conseguimento degli obiettivi complessivi di finanza pubblica, connessi anche ai vincoli europei”, quali quelli afferenti al c.d. *Patto di stabilità interno*⁵⁷.

La Corte, tuttavia, puntualizza che tale impegno “deve essere temperato e coordinato con la speciale autonomia in materia finanziaria di cui godono le predette Regioni, in forza dei loro statuti”⁵⁸. Quelle contenute nello Statuto, così come nelle relative norme di attuazione, sono, infatti, “disposizioni non unilateralmente derogabili dal legislatore statale”⁵⁹. Viceversa, ad assicurare l’equilibrio tra le contrapposte esigenze dell’unità (economica) e dell’autonomia (speciale) deve provvedersi, in via prioritaria, attraverso il ricorso allo strumento pattizio⁶⁰.

In materia sanitaria, comunque, è noto come il sistema degli accordi abbia trovato applicazione generalizzata anche nei confronti delle autonomie ordinarie, in considerazione della necessità di provvedere al finanziamento del servizio sanitario nazionale rispettando gli

⁵⁶Cfr. Corte cost., sent. n. 416/1995 e, in senso conforme, sentt. nn. 36 e 353/2004, 417/2005, 82 e 169/2007, 102/2008.

⁵⁷Cfr. Corte cost., sent. n. 425/2004 e, prima della riforma, sent. n. 421/1998.

⁵⁸Così Corte cost., sent. n. 82/2007. In precedenza cfr. sent. n. 353/2004.

⁵⁹Da questo punto di vista, si giudica, ad esempio, che la prescrizione del divieto di erogare somme in favore di consorzi e società partecipate dalle amministrazioni territoriali quale sanzione per l’inadempimento di obblighi informativi, così come la previsione della decurtazione dei fondi erariali trasferiti a Regioni ed enti locali nel caso in cui il divieto non venga rispettato, non incidendo dette violazioni sul complessivo limite di spesa da parte della Regione o dell’ente locale, costituisca indebita invasione nell’autonomia finanziaria degli enti a regime differenziato (nella specie la Provincia di Bolzano): cfr. Corte cost., sent. n. 190/2008.

⁶⁰Ed invero “la previsione normativa del metodo dell’accordo tra le Regioni a statuto speciale e il Ministero dell’economia e delle finanze, per la determinazione delle spese correnti e in conto capitale, nonché dei relativi pagamenti, deve considerarsi un’espressione della descritta autonomia finanziaria e del temperamento di tale principio con quello del rispetto dei limiti alla spesa imposti dal cosiddetto ‘patto di stabilità’”: cfr. nuovamente Corte cost., sent. n. 82/2007. Di recente, per la censura del mancato coinvolgimento delle Regioni speciali nella formazione delle norme attuative della legge-delega n. 42/2009 per l’attuazione dell’art. 119, Cost., cfr. Corte cost., sent. n. 178/2012.

obblighi europei di bilancio – e allo stesso tempo senza pregiudizio dei LEA – nelle more della attuazione del “federalismo fiscale”⁶¹, tuttora non completamente perfezionata.

Così, in un contesto “di esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario”⁶², si sono sviluppate modalità concertative tanto nella predisposizione della normativa statale di copertura finanziaria del S.S.N.⁶³, quanto nella fissazione del *minimum* di servizi sanitari da offrire uniformemente sul territorio nazionale⁶⁴.

All’interno delle procedure collaborative di questo genere si differenziano, secondo un’altra angolatura, le forme di codeterminazione pertinenti al raccordo Stato-Regioni nel suo complesso⁶⁵ dalle intese individualmente stipulate dagli enti regionali al momento di sottoporsi ad un c.d. *Piano di rientro* (PdR)⁶⁶.

⁶¹Con ciò intendendosi tanto la prefigurazione legislativa inaugurata dalle ll. nn. 448/1998 e 133/1999 [nonché, sulla base di quest’ultima, dal d.lgs. n. 56/2000], quanto la disciplina successivamente introdotta dall’art. 119 Cost. come novellato dalla riforma del Titolo V.

⁶²Così Corte cost., sentt. nn. 193/2007, 141/2010 e 163/2011.

⁶³Come ricorda Corte cost, sent. n. 98/2007, “pur in una situazione di perdurante inattuazione dell’art. 119 della Costituzione [...], la vigente legislazione di finanziamento del servizio sanitario nazionale trova origine in una serie di accordi fra Stato e Regioni, che spesso ne hanno anche successivamente sviluppato ed integrato la normativa, quantificando anche i corrispondenti livelli di spesa”; del pari “la stessa offerta ‘minimale’ di servizi sanitari non è unilateralmente imposta dallo Stato, ma viene concordata per taluni aspetti con le Regioni in sede di determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)”. In argomento cfr. G. CARPANI, *Accordi e intese tra Governo e Regioni nella più recente evoluzione del Servizio sanitario nazionale: spunti ricostruttivi*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent’anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, 35 ss.

⁶⁴La giurisprudenza costituzionale ha chiarito a più riprese come nella definizione dei livelli essenziali debba ritenersi “costituzionalmente necessitato”, in virtù del principio di leale collaborazione, che “queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge, che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori”: cfr. Corte cost., sentt. nn. 88/2003, 134/2006, 98, 162 e 387/2007, 124 e 322/2009, 121 e 309/2010, 8 e 330/2011. In argomento cfr. L. CUOCOLO, E. PESARESI, *Livelli essenziali*, cit., 1264 ss.; E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Le Reg.*, 2006, 1014 ss.; A. S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Ist. fed.*, 2007, 481 ss.

⁶⁵A partire dal *Patto di stabilità interno* recepito dall’art. 48, l. n. 448/1998 (il cui comma 15 per la verità prevedeva per le Regioni speciali un regime parzialmente differenziato), e a seguire i vari provvedimenti adottati in sede di Conferenza Stato-Regioni per i trienni 2002-2004 (c.d. *Patto di stabilità per la salute*, cfr. *Accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dell’8 agosto 2001 recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 e il 22 marzo 2001 in materia sanitaria*), 2005-2007 (cfr. Intesa 23 marzo 2005), 2007-2009 (c.d. *nuovo Patto sulla salute*, cfr. Intesa 5 ottobre 2006), 2010-2012 (cfr. Intesa 3 dicembre 2009, concernente il *nuovo Patto per la salute*).

⁶⁶Strumento che rinvie, com’è noto, la propria base giuridica in diverse leggi finanziarie, e originariamente nell’art. 1, co. 180, l. n. 311/2004, poi integrato dall’art. 1, commi 278 e 281, l. n. 266/2005 e reso operativo dall’art. 1, co. 796, lett. b), l. n. 296/2006, ai sensi del quale “gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all’articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, 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”. L’istituto è stato, da ultimo, rivisitato ad opera dell’art. 2, commi 66 ss., l. n. 191/2009. Sulla

Per quanto riguarda, specialmente, il modello dei piani poliennali di “rientro” dal *deficit* sanitario, è da sottolineare – nell’economia del presente discorso – come le limitazioni scaturenti dall’adozione di tali programmi, incardinate sulla puntuale individuazione delle spese finanziabili nel rispetto dei LEA⁶⁷, rendano apprezzabilmente visibile e penetrante il nesso tra perseguimento dell’equilibrio di bilancio e tutela dei livelli essenziali di prestazione⁶⁸. Un collegamento reso ancora maggiormente evidente dalla disciplina sul commissariamento delle Regioni inadempienti al piano di rientro dettata dal d.l. n. 159/2007⁶⁹, a mente del cui art. 4 la nomina (previa diffida) di un commissario *ad acta* si giustifica allorché, nell’ambito dei procedimenti di verifica e monitoraggio normativamente programmati, il mancato rispetto degli adempimenti previsti da parte della Regione si prefiguri “tale da mettere in pericolo la tutela dell’unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni”⁷⁰.

regolamentazione dei piani di rientro o suoi singoli aspetti si è pronunciata, in ripetute occasioni, anche la giurisprudenza costituzionale: cfr. ad es. Corte cost., sent. n. 98 e 193/2007, 216/2008, 107/2009. In dottrina cfr. E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Reg.*, 2012, 485 ss.; N. VICECONTE, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 371 ss.; M. BELLENTANI, L. BUGLIARI ARMENIO, *La logica dei piani di rientro e il difficile riequilibrio tra autonomia e responsabilità*, *ivi*, 391 ss. Per uno studio recente sullo stato di attuazione dell’istituto può leggersi ISSIRFA-CNR, *Tendenze e problemi della legislazione regionale*, in CAMERA DEI DEPUTATI - OSSERVATORIO SULLA LEGISLAZIONE, *Rapporto 2012 sulla legislazione tra Stato, Regioni e Unione europea*, Roma, 2012, 222 ss.

⁶⁷Come dispone infatti già il comma 180 dell’art. 1 della finanziaria 2005 (l. n. 311/2004), la Regione interessata è tenuta ad elaborare “un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale”, all’uopo stipulando con i Ministri della salute e dell’economia e delle finanze “apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza” (nel medesimo senso cfr. art. 1, co. 281, l. n. 266/2005). A tal fine, la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo-2005, istituendo all’art. 12 il c.d. *Tavolo tecnico* per la verifica degli adempimenti derivanti dal PdR, prevede tra l’altro (v. il terzo comma) che esso si avvalga – per quanto di competenza – delle risultanze del *Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA* di cui all’art. 9 dell’Intesa stessa. Più analiticamente, invece, il punto 3.1, lett. b) del *Patto sulla salute 2007-2009* (poi trasfuso nell’art. 1, co. 796, l. n. 296/2006) subordina l’accesso alla ripartizione delle risorse Fondo transitorio statale per il triennio 2007-2009 “alla sottoscrizione di apposito accordo ai sensi dell’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi”, nel quale siano contenute in primo luogo “le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza”.

⁶⁸Osserva, di recente, E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., 479 ss., come lo strumento in parola mostri “l’obiettivo non solo di promuovere un contenimento generalizzato della spesa tale da consentire il ritorno al pareggio di bilancio, ma anche di favorire un più efficace governo del sistema che sappia conciliare l’equilibrio economico con la garanzia dell’effettività dei livelli essenziali di assistenza”.

⁶⁹Così come convertito, con modificazioni, in l. n. 222/2007.

⁷⁰La legge finanziaria 2010 (l. n. 191/2009), recettiva dell’Intesa del 9 dicembre 2009 (*nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012*) ha, poi, ulteriormente rimodellato i presupposti per la nomina commissariale, consentendo più genericamente che essa possa essere disposta ogni volta che, all’esito delle verifiche svolte nelle sedi competenti sull’attuazione del piano di rientro, “emerge l’inadempienza della regione”: cfr. art. 2, commi 81 e 83.

6. *Sull'incompatibilità del regime di PdR con il finanziamento autonomo del SSN.* – Per altro verso, occorre valutare, limitatamente alle autonomie speciali che praticano l'autofinanziamento della spesa sanitaria, se non vi siano argomenti capaci di far ritenere suffragata – in nome del criterio allocativo compendiabile nel motto “chi paga decide” richiamato in epigrafe⁷¹ – l'idea dell'inapplicabilità, nei confronti di tali enti, dell'intero istituto del piano di rientro, così come, più in generale, delle regole di contenimento finanziario⁷² stabilite a livello nazionale in sede di Conferenza Stato-Regioni⁷³.

A prima vista l'opinione parrebbe clamorosamente smentita dalla circostanza che in almeno un caso si è verificato quanto vorrebbe negarsi, avendo la Regione Sardegna sottoscritto un piano di rientro per il triennio 2007-2009⁷⁴, quando già era intervenuta la modifica statutaria con cui è stato sancito il principio dell'integrale finanziamento interno del fabbisogno sanitario dell'ente⁷⁵. Ma il rilievo non è decisivo: nello stesso programma operativo, infatti, si dà atto della “dimensione particolare” che il piano assume proprio alla luce delle regole neointrodotte in tema di copertura del Fondo sanitario regionale, spiegandosi, inoltre, che l'accordo è finalizzato alla riattribuzione e/o all'accesso ad erogazioni e contributi riferibili ad esercizi pregressi⁷⁶. Del resto, è anche la Corte dei Conti a dubitare, relativamente al nuovo regime di finanziamento del SSN adottato dalla Regione Sardegna, della persistente applicabilità alla medesima del *Patto per la salute 2010-2011*, nonché della normativa statale successivamente emanata per il controllo sulla spesa sanitaria⁷⁷.

Diversi argomenti militano, inoltre, in senso positivo alla prospettabilità dell'assunto, a cominciare dalla constatazione della inconciliabilità razionale tra *autoreperimento* delle risorse ed *eterodirezione* del relativo impiego. Anche nell'eventualità di squilibri di bilancio

⁷¹Nelle parole della Corte, “lo Stato, quando non concorre al finanziamento della spesa sanitaria, neppure ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario”: così Corte cost., sent. n. 133/2010.

⁷²Fatta salva, naturalmente, la possibilità di deroghe espresse in relazione a singoli aspetti disciplinari.

⁷³Senza contare che a tale momento di concertazione alcuni tra gli enti predetti non prendono neppure parte: la Regione Valle d'Aosta, ad esempio, in forza dello speciale regime finanziario cui è assoggettata, non partecipa alla stipula del Patto per la salute: cfr. il ricorso n. 68/2009 depositato in data 1° ottobre 2009, e la relativa sent. n. 133/2010.

⁷⁴Si v. al riguardo l'Accordo per l'approvazione del Piano di rientro di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sottoscritto in data 6 marzo 2007 con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e finanze.

⁷⁵Cfr. art. 1, commi 834 ss., l. n. 296/2006, adottato ai sensi dell'art. 54, co. 5, St. Sardegna.

⁷⁶Cfr. *Programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale di cui all'art. 1 comma 180 Legge n. 311 del 30-12-2004 e s.m.i., finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'art. 8 dell'Intesa Stato Regioni del 23-03-2005 per gli anni 2004 e precedenti nonché per l'anno 2005*, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 22/7 del 07 giugno 2007, 7 ss.

⁷⁷Cfr. CORTE DEI CONTI, SEZIONE DEL CONTROLLO PER LA REGIONE SARDEGNA, *Indagine di controllo sull'attività di indirizzo e sul finanziamento degli enti del servizio sanitario regionale da parte della Regione Autonoma della Sardegna (esercizi 2007-2010)*, Del. n. 23/2011/SSR, 5 ss.

superiori alla soglia del 5%, oltre la quale il *Patto sulla salute* nella versione vigente commina l'obbligo di presentazione del piano di rientro, è infatti da ritenersi che lo Stato non possa legittimamente invocare la funzione di coordinamento finanziario per ingerirsi nelle vicende gestorie di fondi che non ha contribuito ad alimentare⁷⁸. Tutt'al più, potrà porsi la questione della sufficienza o meno delle disponibilità regionali all'erogazione delle prestazioni essenziali: in tal caso, però, allo Stato corre l'onere, a rigore, di fornire prova tangibile del mancato assolvimento dei LEA, non potendo tale circostanza inferirsi per illazione dalla presunta inadeguatezza delle risorse erariali della Regione. Ma su questo si tornerà più avanti a proposito della sent. n. 36/2013.

Un secondo elemento si ricava dalla circostanza che, più in generale, le Regioni speciali ordinariamente non partecipano a forme di solidarietà nazionale⁷⁹, dovendo tra l'altro ogni variazione dell'assetto finanziario regionale passare attraverso le norme di attuazione degli Statuti, frutto di negoziati bilaterali con lo Stato⁸⁰. Così, il *Patto di stabilità interno* – lo si ricordava già *supra* – trova applicazione per le autonomie speciali secondo modalità ampiamente derogatorie e doverosamente concertate, come più volte intimato dalla giurisprudenza⁸¹. E altrettanto si riscontra, stavolta per espressa disposizione normativa, nell'ambito della l. n. 42/2009, il cui art. 27, rubricato “Coordinamento della finanza delle regioni a statuto speciale e delle province autonome” esonera le autonomie differenziate, oltre che dal patto citato, dagli obblighi perequativi posti dalla disciplina generale⁸², abbozzando un regime separato logicamente conseguente all'inapplicabilità agli enti *de quibus* dell'art. 119, Cost. (naturalmente, nel testo post-riforma)⁸³.

⁷⁸In tal senso cfr. Corte cost., sentt. nn. 341/2009 e 133/2010, già menzionate *supra*.

⁷⁹Così G. CERA, *La finanza delle autonomie speciali: le previsioni originarie, la realtà e le prospettive del “federalismo”*, in J. WOELK (a cura di), *Federalismo fiscale tra differenziazione e solidarietà*, Bolzano, 2010, 71 ss.

⁸⁰Lo rileva O. CHESSA, *Specialità e asimmetria nel sistema regionale italiano*, in S. MANGIAMELI (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma*, cit., 171 ss.

⁸¹Cfr. ad es. Corte cost., sentt. nn. 82/2007 e 178/2012.

⁸²Così infatti il comma 1: “Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto degli statuti speciali, concorrono al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà ed all'esercizio dei diritti e doveri da essi derivanti, nonché al patto di stabilità interno e all'assolvimento degli obblighi posti dall'ordinamento comunitario, secondo criteri e modalità stabiliti da norme di attuazione dei rispettivi statuti, da definire, con le procedure previste dagli statuti medesimi”. Critica la sottrazione delle Regioni speciali agli obiettivi di perequazione C. PINELLI, *Livelli essenziali delle prestazioni*, cit., 734 ss.

⁸³Cfr. P. GIARDA, *Le regole del federalismo fiscale nell'articolo 119: un economista di fronte alla nuova Costituzione*, in *Le Reg.*, 2001, 1473 ss.; D. IMMORDINO, *Ragioni e prospettive della specialità finanziaria nel nuovo assetto del sistema di finanza pubblica*, *ivi*, 2009, 1330 ss.; F. GUELLA, *Le autonomie regionali differenziate nella riforma del “federalismo fiscale”. Art. 27 l. 42/2009 e modelli di coordinamento della specialità, tra autonomia e principio di unità*, in S. MANGIAMELI (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma*, cit., 628. In argomento cfr. anche Corte cost., sent. n. 102/2008. Sull'art. 27, l. n. 42/2009 cfr. altresì A. M. BARONI, *Il rapporto tra regioni ordinarie e regioni speciali: la “rincorsa” sul terreno delle funzioni amministrative dopo la riforma del Titolo V*, in S. MANGIAMELI (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma*, cit., 764 ss. Sulla disposizione di cui al comma 2 dell'art. 1,

Ulteriore conferma viene, ancora, dalle clausole di salvaguardia, certo generiche ma comunque dotate di valore sintomatico, abitualmente inserite nelle intese sul *Patto per la salute*, che fanno salve le competenze delle autonomie speciali⁸⁴.

Un altro indizio può, poi, ravvisarsi nel recente d.l. n. 35/2013, non ancora convertito in legge, riguardante il pagamento dei debiti scaduti della P.A. E precisamente nell'ottavo comma dell'art. 3, il quale, nell'autorizzare anticipazioni di liquidità da parte dello Stato al fine di accelerare il pagamento dei debiti contratti dagli enti del SSN, e contestualmente delineando una serie di obblighi e controlli per gli enti destinatari delle erogazioni, avverte la necessità di esplicitare che le disposizioni in questione “si applicano anche alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano che non partecipano al finanziamento del Servizio sanitario nazionale con oneri a carico del bilancio statale”. Concorrendo, quindi, ad avvalorare il concetto per cui l'inclusione di dette realtà nel raggio degli interventi statali impositivi di vincoli alle politiche di bilancio delle Regioni, *quod erat demonstrandum*, non è affatto da ritenere scontata.

Ciò posto, in ultima premessa all'esame delle sentenze annotate, è bene segnalare che entrambe le Regioni con riferimento alle quali sono state emesse hanno forzatamente imboccato, nel periodo 2007-2009, la strada del piano di rientro, resa obbligata dalle condizioni gravemente deficitarie del bilancio sanitario, il cui fabbisogno all'epoca dei fatti risultava ancora eterofinanziato⁸⁵. Alla scadenza del termine triennale si è assistito ad esiti divergenti: la Regione Sardegna, malgrado il mancato raggiungimento degli obiettivi⁸⁶, è fuoriuscita *per facta concludentia* dal regime vincolato, mentre la Sicilia⁸⁷ – che pure in

l. n. 42/2009, che circoscrive agli artt. 15, 22 e 27 le uniche disposizioni della legge-delega sul federalismo fiscale applicabili agli enti ad autonomia differenziata cfr. Corte cost., sentt. nn. 201/2010, 64, 71 e 108/2012.

⁸⁴Sul genere della seguente, che si trova all'art. 20, co. 2 del *nuovo Patto per la salute 2010-2012*: “sono fatte salve le competenze delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono alle finalità della presente Intesa ai sensi dei rispettivi Statuti speciali e delle relative norme di attuazione”. Analogamente disponeva l'art. 13 della precedente Intesa del 23 marzo 2005: “i contenuti della presente intesa si applicano alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione”. Nell'Accordo 8 agosto 2001 si prometteva invece, “per le regioni Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e di Bolzano, che attualmente provvedono con risorse proprie al finanziamento del loro servizio sanitario”, l'impegno del Governo “a verificare l'opportunità di rivedere i rapporti finanziari con lo Stato, al fine di pervenire a finanziamenti coerenti con le intese raggiunte con le altre regioni”.

⁸⁵Attualmente ciò continua ad essere vero solo per la Regione siciliana, secondo quanto si è già detto *supra*.

⁸⁶Quanto all'esito delle verifiche definitive sull'attuazione del piano di rientro al 31 dicembre 2010 si v. Tavolo Tecnico – Riunione del 15 febbraio 2011. Cfr. ora anche CORTE DEI CONTI, SEZIONE DEL CONTROLLO PER LA REGIONE SARDEGNA, *Indagine di controllo sull'attività di indirizzo e sul finanziamento degli enti del servizio sanitario regionale da parte della Regione Autonoma della Sardegna (esercizi 2010-2011)*, di cui alla Delibera n. 97/2012/SSR, 9 (per gli esercizi 2007-2010 v. Delibera n. 23/2011/SSR). I dati attinenti all'aumento della spesa sanitaria nel periodo di riferimento possono vedersi altresì in MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (2009)*, II, *Le analisi*, 298 ss.

⁸⁷Cfr. *l'Accordo per l'approvazione del Piano di rientro di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma*

passato ne aveva impugnato la disciplina istitutiva⁸⁸ – ha accettato di continuare a sottoporvisi sia nel triennio 2010-2012⁸⁹ che, nuovamente, per gli anni 2013-2015⁹⁰.

7. *La sent. n. 36/2013...* – Torniamo, a questo punto, alle due decisioni in commento. In merito, non è difficile constatare come esse forniscano risposte tra loro diametralmente opposte, pur a fronte dell'identità strutturale tra le fattispecie esaminate⁹¹.

La sent. n. 36/2013, dal proprio canto, “salva” il precetto regionale indubbiato per un triplice ordine di ragioni⁹², in cui riecheggiano le linee argomentative che si è sinora provato a seguire.

Le eccezioni della difesa erariale vengono respinte, anzitutto, per avere il Presidente del Consiglio ricorrente, nel lamentare la lesione della lett. *m*) dell'art. 117, co. 2, Cost., omesso di individuare analiticamente le prestazioni in relazione alle quali veniva invocato l'intervento della Corte, con ciò disattendendo il consolidato indirizzo della giurisprudenza costituzionale cui si è accennato in precedenza.

In secondo luogo, si osserva che la destinazione dei finanziamenti prelevati dal fondo sanitario regionale non comporta, nella circostanza *sub iudice*, il sacrificio dei LEA. Anzi, appare funzionale alla attuazione degli stessi, sulla scorta del rilievo che il fondo regionale per la non autosufficienza risulta costituito proprio a sostegno di prestazioni espressamente qualificate come essenziali dalla stessa normativa statale⁹³.

Infine – e si tratta di un profilo di estremo interesse – la Corte argomenta che “non vi è un rapporto automatico tra ammontare del fondo sanitario regionale e rispetto dei livelli

180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, siglato in data 31 luglio 2007 con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e finanze.

⁸⁸Invero, sollevata la questione di legittimità, tra l'altro, del comma 796, lett. *b*) dell'art. 1, l. n. 296/2006, la Regione Siciliana ha successivamente depositato atto di rinuncia al ricorso *pro parte qua*, prontamente accettata dal Governo: cfr. Corte cost., sent. n. 145/2008, punto 4 del ritenuto in fatto.

⁸⁹Cfr. la delibera di Giunta del 30 dicembre 2010, n. 497 e il decreto dell'Assessore alla salute 30 dicembre 2010, n. 3254, di approvazione del Programma Operativo (POR) per gli anni 2010 – 2012.

⁹⁰Cfr. la nota dell'Assessore alla salute della Regione siciliana datata 24 gennaio 2013 e la successiva nota del 19 febbraio 2013, prot. 33P, con cui il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha preso atto dell'opzione esercitata dalla Regione ai sensi dell'art. 15, co. 20, d.l. n. 95/2012 (conv. in l. n.135/2012).

⁹¹Discutendosi, in ambedue le ipotesi, di stanziamenti a valere sul F.s.r., sia pure con finalità diverse.

⁹²Cfr. punto 4.1. del considerato in diritto.

⁹³Osserva la Corte, al riguardo, che il fondo per la non autosufficienza della Regione autonoma della Sardegna, al pari dell'omonimo fondo nazionale, “concorre ad assicurare l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza con riguardo agli anziani non autosufficienti”. Esso, infatti, è rivolto “al fine di sostenere le persone non autosufficienti, definite come persone anziane o disabili che non possono ‘provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri’”, e appunto “l'attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani non autosufficienti è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal d.P.C.M. 29 novembre 2001”.

essenziali di assistenza”, in quanto “il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione”⁹⁴.

8. ... e la n. 51/2013. – Di altro tenore, come si è anticipato, è invece il dispositivo della di poco successiva sent. n. 51/2013. Le censure del Commissario per lo Stato, nell’occasione, investivano due distinti aspetti.

In primis, l’utilizzo di risorse finanziarie a carico del fondo sanitario siciliano per una tipologia di spesa non consentita dal piano di rientro.

In secondo luogo, l’inosservanza delle tecniche di copertura finanziaria delle leggi, previste, in attuazione dell’art. 81, co. 4, Cost., dalla legge di contabilità e finanza pubblica (l. n. 196/2009).

Rilevata l’“inderogabilità delle prescrizioni contenute nel piano di rientro, la quale impedisce qualsiasi estensione di spesa a servizi sanitari diversi da quelli compresi nel piano stesso”⁹⁵, la Corte accoglie il primo motivo di impugnazione, mentre l’altro resta assorbito.

Il Collegio osserva, in particolare, come “la finalità di incentivare la ricerca su temi di specifico interesse della Regione” non risulti espressamente inclusa “tra gli obiettivi e i servizi suscettibili di finanziamento” a norma del piano di rientro dal disavanzo sanitario⁹⁶. Ne consegue che il disegno di legge n. 483/2012 della Regione siciliana, in quanto prevede interventi in materia sanitaria non contemplati nel PdR, omettendo di reperire allo scopo risorse aggiuntive, si pone in contrasto con il principio di copertura della spesa e di “conciliazione contabile” sancito dall’art. 81, co. 4, Cost.⁹⁷, giustificandosi perciò la caducazione dell’intera delibera legislativa⁹⁸.

Si noti che la motivazione neppure si sofferma a valutare l’eventualità – né del resto la tesi risulta prospettata dalla resistente difesa regionale – di ricondurre, almeno in parte, la disciplina censurata alla materia della “ricerca scientifica”⁹⁹ anziché alla “tutela della salute”,

⁹⁴Punto 4.1 del considerato in diritto.

⁹⁵Punto 2 del considerato in diritto.

⁹⁶Punto 3.2 del considerato in diritto.

⁹⁷Sul punto, recentemente, Corte cost., sent. n. 70/2012, su cui cfr. D. MORGANTE, *Il principio di copertura finanziaria nella recente giurisprudenza costituzionale*, in *www.federalismi.it*, 4 settembre 2012; M. NARDINI, *La “tutela degli equilibri di bilancio” delle Regioni nella sentenza n. 70/2012 della Corte Costituzionale, alla luce dei nuovi articoli 81 e 119 della Costituzione*, in *www.amministrazioneincammino.luiss.it*, 14 novembre 2012. Si v. altresì Corte cost., sent. n. 141/2010, con la nota di G. D’AURIA, *Gli accordi Stato-regioni sui «piani di rientro» dai disavanzi sanitari: quali vincoli per la legislazione regionale? (Osservaz. a Corte cost. 23 aprile 2010, n. 141, e 17 marzo 2010, n. 100)*, in *Foro it.*, 2010, 2644.

⁹⁸Nel senso che la natura del vizio di legittimità *de quo agitur* importi l’estensione dell’incostituzionalità all’intero provvedimento legislativo, cfr. già Corte cost., sent. n. 106/2011.

⁹⁹Può osservarsi, infatti, per quanto specificamente riguarda la ricerca scientifica in campo medico-sanitario, che in passato la Consulta ha imputato alla omonima potestà regionale concorrente la regolamentazione di dettaglio dell’organizzazione degli enti pubblici operanti in detto ambito (specialmente gli IRCCS) così come quella dei controlli sulla relativa attività: cfr. Corte cost., sentt. nn. 270/2005, 422/2006 e 188/2007. Più in generale, la

come *e silentio* sembra darsi per scontato. Segno che, per la Corte, il titolo competenziale astrattamente rivendicabile dalla Regione diventa irrilevante a fronte di una violazione del piano di rientro.

9. *Osservazioni conclusive.* – È consentito, allora, trarre alcune brevi conclusioni.

Da un canto deve accogliersi positivamente il *favor* manifestato nella sent. n. 36/2013 per un giudizio di tipo sostanziale e intrinseco sull'esercizio delle prerogative regionali, che rifiuta programmaticamente il ricorso a schemi presuntivi nello scrutinio sulla violazione dei limiti competenziali, pretendendo al contrario la verifica *in concreto* dell'assolvimento degli obblighi inerenti ai LEA. Con il passaggio riportato poco sopra, la sentenza esibisce, da un lato, la chiara intenzione di conservare alle Regioni un congruo spazio di discrezionalità nella gestione della spesa sanitaria, indipendentemente dalla presenza di uno stato di disavanzo finanziario¹⁰⁰. Correlativamente, il Collegio di fatto si riserva il controllo, caso per caso, sulla effettiva assicurazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie¹⁰¹.

L'opposizione della Corte ad indebiti automatismi che portino meccanicamente a dedurre la mancata copertura dei livelli essenziali – “fatto ignoto” alla cui dimostrazione si vorrebbe risalire – dall'accertamento della *deminutio* patrimoniale del fondo sanitario regionale – il “fatto noto” che fa da premessa minore del sillogismo – appare particolarmente significativa almeno per due ordini di ragioni.

Innanzitutto perché serve ad evitare che la lett. *m*) possa essere utilizzata come paravento per tutelare interessi più propriamente ascrivibili al coordinamento finanziario, surrettiziamente rappresentandone le veci laddove ne sia inibito il pieno esercizio, come ad esempio – ed è il caso che ci occupa – nei riguardi di enti che provvedano al fabbisogno del Servizio sanitario attraverso risorse autonome senza apporti finanziari da parte dello Stato.

Inoltre, e sotto un distinto profilo, è importante rimarcare come nulla osti a che, dal principio in parola, enucleato con riferimento a una Regione speciale, possa astrarsi un canone interpretativo universalmente valido nell'ambito del sindacato sulla violazione dei LEA.

giurisprudenza ha definito la competenza legislativa in esame come una “materia-valore” ad azione trasversale (per tale concetto v. Corte cost., sent. nn. 407/2002 e 259/2004), ricomprendendovi, tra l'altro, gli interventi normativi rivolti alla promozione o al finanziamento di progetti di ricerca: cfr. Corte cost., sentt. nn. 423/2004 e 31/2005.

¹⁰⁰Nella specie, per di più, non appianato – secondo quanto si è ricordato poc'anzi – neppure durante l'esecuzione del primo (ed unico) PdR stipulato, risalente al triennio 2007-2009.

¹⁰¹Occorre, tuttavia, tenere presente che il giudice costituzionale sembra ascrivere l'oggetto considerato alla competenza legislativa residuale dell'assistenza e dei servizi sociali – esercitabile dalla Regione ex art. 10, l. cost. n. 3/2001 – piuttosto che alla meno ampia potestà di dettaglio in materia di tutela della salute: si v. in proposito il punto 4.2. del considerato in diritto.

Spostando, poi, l'angolazione ad un diverso ordine di problemi, occorre dare conto di come le norme sui piani di rientro producano una piena omologazione disciplinare tra Regioni ordinarie e Regioni a statuto differenziato non autofinanzianti, che parimenti vi risultano soggette. Indipendentemente dal tipo di autonomia, identica è infatti la libertà di manovra che residua alle une come alle altre nell'esercizio delle rispettive potestà legislativo-finanziarie in caso di adozione del piano di risanamento. La partecipazione statale al finanziamento della sanità regionale, quale fattore accomunante, fa dunque premio anche sulle articolazioni della varietà tipologica degli enti ai fini della configurazione del regime competenziale. Ancora una volta sembra potersi dire: *wer zahlt, will auch bestimmen*.

Il giudice costituzionale, oltretutto, ricostruisce in termini particolarmente severi la tassatività delle prescrizioni provenienti dall'accordo interistituzionale. Identificando qualsiasi scostamento dai contenuti del programma concordato come una infrazione allo stesso¹⁰², la Corte giunge in definitiva a registrare la presenza di un impedimento alla realizzazione degli obiettivi del piano a prescindere da una verifica officiosa della reale ostatività della spesa imprevista al percorso di risanamento della Regione, facendo gravare su quest'ultima l'onere della prova contraria¹⁰³. In apparente contrasto con una lettura non formalistica del dettato normativo, pure da questo consentita nel momento in cui, sì, definisce espressamente gli interventi individuati nel piano di rientro come "vincolanti per la regione", ma al contempo precisa che i "provvedimenti, anche legislativi" che questa è tenuta a rimuovere, o ad astenersi dall'adottare, sono soltanto quelli "che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro"¹⁰⁴.

Il presupposto di questo argomentare, dalla Corte evidentemente considerato sottinteso, è invece che l'incondizionata accettazione delle clausole fissate dall'accordo precluda anticipatamente alla Regione ogni rivendicazione di competenza non fondata su quanto minuziosamente regolamentato nel programma¹⁰⁵. Tutto ciò in ossequio al principio

¹⁰²Tuttavia, per il caso di una disposizione regionale riconosciuta legittima perché più restrittiva di quella statale, cfr. Corte cost., sent. n. 100/2010, su cui G. D'AURIA, *Gli accordi Stato-regioni sui «piani di rientro»*, cit., 2644.

¹⁰³Al riguardo, la sent. n. 36/2013, dopo aver rimarcato come la "clausola generale di vincolo del PDR" dispieghi "sugli interventi regionali presenti e futuri", tanto di "carattere normativo che amministrativo", un "effetto interdittivo di qualsiasi disposizione incompatibile con gli impegni assunti ai fini del risanamento economico-finanziario del disavanzo sanitario regionale", assicurato da "un rigoroso percorso di selezione dei servizi finanziabili", sembra lasciare comunque aperto uno spiraglio "difensivo" per l'ente di autonomia, consentendo, almeno in astratto, che la Regione possa attestare il reperimento di risorse esterne utili alla opportuna copertura finanziaria per la misura derogatoria del piano di riparto "abusivamente" introdotta.

¹⁰⁴Come concordemente dispongono i commi 80, secondo periodo, e 95, dell'art. 2, l. n. 191/2009 (finanziaria 2010).

¹⁰⁵Coerentemente con questo approccio fortemente restrittivo delle prerogative regionali, all'art. 17, co. 4, lett. a), d.l. n. 98/2011 (conv. con mod. dalla l. n. 111/2011) si prevedono modifiche – di dubbia costituzionalità – alla disciplina del potere sostitutivo nell'ambito dei piani di rientro contenuta nell'art. 80, co. 2, l. n. 191/2009, per cui qualora "gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvenano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di

di leale collaborazione, chiamato – o più esattamente *piegato* – a fornire lo sfondo giustificativo¹⁰⁶ a questa anomala architettura *extra constitutionem* dei rapporti tra livelli territoriali di governo¹⁰⁷. Così facendo, tuttavia, la dialettica tra centro e periferia disegnata dal Titolo V viene a ridursi ai minimi termini di una contrattazione condotta su base tutt'altro che paritaria – come non si è mancato di evidenziare¹⁰⁸ – oltre che tecnicamente surrogatoria della distribuzione costituzionale delle competenze. Con il rischio, certo non trascurabile, di decostituzionalizzare il riparto, abbandonandolo agli ondivaghi andamenti delle contingenze politico-economiche.

contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi”, e a questo punto “il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga”, in caso contrario “il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli”. In merito cfr. E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., 462 ss.

¹⁰⁶Una giustificazione indebolita, peraltro, dalla progressiva trasfigurazione del potere sostitutivo *ad hoc* previsto nell'ambito dell'istituto in esame, adesso disciplinato dal comma 79 dell'art. 2 della finanziaria 2010. Sul tema, che sfugge all'oggetto della presente trattazione, cfr. *funditus* E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., 485 ss.

¹⁰⁷Non va dimenticato, al riguardo, come il canone della leale cooperazione non costituisca – né possa costituire – un criterio allocativo delle competenze, limitandosi ad imporre una modalità di esercizio delle stesse: cfr. G. DI COSIMO, *Materie (riparto di competenze)*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, Aggiornamento, Milano, 2008, II, 482.

¹⁰⁸Cfr. E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., 479 ss. e spec. 481 ss., che condivisibilmente obietta come “la tesi volta a giustificare in virtù della natura concordata del piano di rientro qualsivoglia deroga al sistema regionale di competenze debba essere in realtà esaminata con le dovute cautele, in quanto, a ben guardare, il piano di rientro rappresenta un accordo che la Regione sottoscrive non per sua autonoma scelta, bensì per ottemperare ad un obbligo di legge. rispetto al quale è prevista un'apposita procedura sostitutiva, e che peraltro viene predisposto ed approvato senza alcuna forma di coinvolgimento dell'assemblea legislativa regionale”.