

La specialità che c'è, ma non si vede

La sanità nelle Regioni a Statuto speciale*

Renato Balduzzi e Davide Paris**

SOMMARIO: 1. Introduzione; – 2. La specialità che non c'è: l'estensione della competenza concorrente in materia di «tutela della salute» alle Regioni speciali; – 3. La specialità che c'è (ma non sempre): l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale e i suoi riflessi sul «coordinamento della finanza pubblica»; – 3.1. Le fonti dell'autofinanziamento del servizio sanitario regionale nelle Regioni speciali; – 3.2. Le conseguenze dell'autofinanziamento del servizio sanitario regionale: la sottrazione ai vincoli statali imposti a titolo di coordinamento finanziario (e i suoi limiti); – 4. L'incidenza indiretta sulla sanità di altre competenze delle Regioni speciali; – 5. La legislazione sanitaria delle autonomie speciali e la sua sostanziale aderenza alla disciplina statale di riferimento; – 6. Conclusioni.

ABSTRACT:

A prima vista, le Regioni “speciali” italiane e le due Province autonome, non sembrano godere di alcuna forma particolare di autonomia nel campo della legislazione sanitaria. Nell'ambito della “tutela della salute”, esse godono dello stesso potere legislativo delle Regioni ordinarie. Diversamente dalle Regioni ordinarie, tuttavia, la maggior parte delle Regioni speciali finanzia i propri sistemi sanitari con risorse provenienti dal proprio bilancio. Ciò limita indirettamente il potere dello Stato di dirigere e vincolare la loro legislazione in materia sanitaria, espandendo di fatto la loro autonomia legislativa. Questo saggio discute i motivi e i limiti di questo più ampio potere legislativo alla luce della giurisprudenza della Corte costituzionale italiana, nonché della legislazione più rilevante in materia sanitaria approvata dalle Regioni speciali.

* “Questo saggio è destinato alla pubblicazione in *Le variabili della specialità. Evidenze e riscontri tra soluzioni istituzionali e politiche settoriali*, a cura di F. PALERMO e S. PAROLARI, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2018. Si ringraziano la casa editrice e i curatori del volume per averne consentito l'anticipazione in questa Rivista”

Il presente contributo è frutto di una riflessione condivisa tra i due autori. A Renato Balduzzi si deve la stesura dei paragrafi 2 e 4, a Davide Paris quella dei paragrafi 3 e 5. Introduzione e Conclusioni sono state scritte congiuntamente.

** Renato Balduzzi è componente del Consiglio superiore della magistratura e professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, renato.balduzzi@unicatt.it; Davide Paris è Senior Research Fellow presso il Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law, Heidelberg, paris@mpil.de

At first sight, the Italian “special” Regions (Friuli-Venezia Giulia, Sardinia, Sicily, Trentino-Alto Adige, and Valle d’Aosta) and the two autonomous Provinces of Trento and Bolzano, do not seem to enjoy any special form of autonomy in the field of health law. In the subject matter “health protection”, they enjoy the same legislative power as ordinary Regions. Unlike ordinary Regions, however, most special Regions finance their health systems with resources from their own budget. This indirectly limits the State power to direct and constraint their health law legislation, expanding de facto their legislative autonomy. This paper discusses grounds and limits of this broader legislative power in the light of the jurisprudence of the Italian Constitutional Court, as well as the main health law legislation passed by the special Regions.

1. Introduzione

Il governo della sanità italiana da parte dello Stato e delle Regioni è stato regolato, a partire dalla riforma del 2001 del Titolo V, parte seconda, della Costituzione, da due titoli prevalenti di competenza concorrente: la «tutela della salute» e il «coordinamento della finanza pubblica». Valutare quanto siano effettivamente ‘speciali’ le Regioni ad autonomia speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano nell’ambito della sanità significa quindi essenzialmente valutare quanto, in relazione a questi due titoli di competenza, la loro posizione si differenzi da quella delle Regioni ordinarie.

L’analisi che qui si propone mostrerà come, mentre sotto il profilo della «tutela della salute» la posizione delle Regioni speciali in nulla differisce da quella delle Regioni ordinarie, ed anzi, sono le Regioni speciali ad aver beneficiato dell’ampliamento di competenza disposto per le Regioni ordinarie dalla riforma del Titolo V (§ 2), le Regioni speciali, soprattutto quelle che provvedono a finanziare il servizio sanitario regionale senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, si distinguono notevolmente rispetto alle Regioni ordinarie sotto il profilo della soggezione ai vincoli che lo Stato può legittimamente imporre a titolo di principi fondamentali del «coordinamento della finanza pubblica» (§ 3). Lo studio si concentrerà quindi sulle fonti dell’autofinanziamento del servizio sanitario regionale nelle (*rectius*: in quasi tutte le) Regioni speciali (§ 3.1) e sulle sue conseguenze in ordine alla soggezione delle stesse ai vincoli imposti dallo Stato in forza della competenza in materia di coordinamento finanziario (§ 3.2). Si segnalerà inoltre rapidamente che anche altre competenze in materie non immediatamente collegate all’ambito sanitario possono incidere sull’organizzazione del sistema sanitario regionale e determinare una maggiore autonomia delle Regioni speciali nel governo della sanità, nonostante la medesima estensione della competenza in materia di tutela della salute (§ 4). Nel § 5 si prenderà quindi in esame la legislazione in materia sanitaria delle diverse autonomie speciali, soprattutto per quanto riguarda i profili istituzionali del servizio sanitario regionale, mostrandone la sostanziale aderenza al quadro legislativo statale e sottolineando l’assenza di rilevanti peculiarità rispetto alla legislazione delle Regioni ordinarie. In sede di conclusioni, riprendendo i principali aspetti di questa indagine, si cercherà di problematizzare il delicato rapporto fra la garanzia dell’autonomia speciale e la concorrenza delle Regioni speciali alle politiche sanitarie, al cui interno il profilo del coordinamento finanziario si intreccia strettamente con quello della tutela della salute.

2. La specialità che non c'è: l'estensione della competenza concorrente in materia di «tutela della salute» alle Regioni speciali

L'esame delle disposizioni degli Statuti speciali concernenti la sanità offre un quadro tendenzialmente omogeneo fra le varie Regioni, che, pur con formulazioni non coincidenti, annovera la materia sanitaria fra quelle di competenza concorrente.

Così, lo Statuto del Friuli-Venezia Giulia attribuisce alla competenza concorrente della Regione la materia «igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali»¹, lo Statuto sardo assegna alla Regione competenza concorrente in materia di «igiene e sanità pubblica»², e quello siciliano inserisce sempre fra le materie di competenza concorrente l'«igiene e sanità pubblica» e l'«assistenza sanitaria»³.

Anche lo Statuto del Trentino-Alto Adige affida alla competenza legislativa concorrente delle due Province autonome di Trento e di Bolzano la materia «igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera»⁴. In questo caso, tuttavia, alla competenza concorrente delle due Province lo Statuto affianca una competenza primaria della Regione in materia di «ordinamento degli enti sanitari ed ospedalieri»⁵. Tale più ampia autonomia legislativa della Regione rispetto alle Province è stata sostanzialmente neutralizzata in sede di norme di attuazione, che ne hanno dato una lettura estremamente riduttiva⁶, sicché oggi esistono due servizi sanitari provinciali indipendenti, mentre la Regione non esercita di fatto alcuna competenza in materia sanitaria⁷.

Fa eccezione, invece, lo Statuto della Regione Valle d'Aosta, secondo il quale la materia «igiene e sanità, assistenza ospedaliera e profilattica» è affidata alla potestà legislativa di integrazione e attuazione delle leggi della Repubblica⁸, configurando così, almeno in teoria, una minore autonomia in materia di questa Regione speciale rispetto alle altre. Ma occorre

¹ Art. 5, n. 16, l. cost. 31 gennaio 1963, n. 1 (St. Friuli-Venezia Giulia).

² Art. 4, lett. i), l. cost. 26 febbraio 1948, n. 3 (St. Sardegna).

³ Art. 17, lett. b), l. cost. 26 febbraio 1948, n. 2 (St. Sicilia).

⁴ Art. 9, n. 10, d.P.R. 31 agosto 1972, n. 670 (St. Trentino-Alto Adige).

⁵ Art. 4, n. 7, St. Trentino-Alto Adige.

⁶ Cfr. M. COSULICH, *I Servizi sanitari regionali a due anni dalla riforma costituzionale. Il Trentino*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, Giuffrè, 2005, pp. 135-157, 135 ss.

⁷ Per ottenere conferma fattuale di quanto affermato è sufficiente visitare la pagina web dedicata alla «Salute» del sito ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige, la quale consiste nella sola, lapidaria, affermazione: «La materia è tra le competenze attribuite alle Province Autonome di Trento e di Bolzano», con rinvio ai siti web delle due Province. Cfr. <http://www.regione.taa.it/salute.aspx>, consultato il 28/2/2018.

⁸ Art. 3, lett. D), l. cost. 26 febbraio 1948, n. 4 (St. Valle d'Aosta).

sul punto ricordare che lo Statuto speciale per la Valle d'Aosta è l'unico a non prevedere affatto la competenza concorrente⁹.

Nel vigore del precedente Titolo V, la potestà legislativa di tutte le Regioni speciali in materia sanitaria è stata soggetta a un duplice movimento di uniformazione, orizzontale e verticale. Da una parte si sono attenuate le pur non particolarmente rilevanti differenze fra le diverse Regioni a Statuto speciale; dall'altra la competenza legislativa concorrente delle Regioni speciali, pur più ampia di quella allora attribuita alle Regioni ordinarie dall'articolo 117, comma 1, cost. («assistenza sanitaria e ospedaliera»)¹⁰, si è uniformata verso il basso a quella delle Regioni ordinarie, accomunata nella medesima degradazione a potestà attuativa-integrativa¹¹. La riforma del Titolo V del 2001 sostanzialmente recepisce e cristallizza questa duplice uniformazione, fra le Regioni speciali e fra Regioni speciali e Regioni ordinarie, pur se, almeno nell'intento del riformatore costituzionale del 2001, tale uniformazione avrebbe dovuto prodursi questa volta 'verso l'alto'.

L'attuale articolo 117, comma 3 cost., come noto, enumera infatti fra le materie di competenza concorrente la «tutela della salute». Nell'intento del riformatore costituzionale del 2001, ciò avrebbe dovuto riscattare la competenza legislativa regionale in materia sanitaria dalla deludente situazione in cui si era venuta a trovare, per cui in tale materia le Regioni erano «solo in grado di emanare delle norme di attuazione della legislazione statale, norme sostanzialmente regolamentari emanate sotto forma di legge»¹². Questo auspicato ampliamento delle competenze legislative regionali è stato immediatamente recepito dalla giurisprudenza costituzionale. La Corte costituzionale ha infatti riconosciuto, non solo che la nuova competenza in materia di «tutela della salute» è «assai più ampia rispetto alla precedente materia "assistenza ospedaliera"» attribuita alle Regioni ordinarie dal previgente art. 117 cost.¹³, ma anche che essa presenta un'estensione maggiore delle competenze in materia di «igiene e sanità» previste dagli Statuti speciali, e si applica quindi anche alle Regioni a Statuto speciale in forza della clausola di maggior favore di cui all'art. 10 della legge cost. n. 3 del 2001¹⁴.

⁹ Cfr. R. BALDUZZI e A. PITINO, *Una «piccola» sanità: il sistema sanitario della Valle d'Aosta*, in *I Servizi sanitari regionali*, cit., pp. 49-63, 50.

¹⁰ E con la precisazione importante che tale competenza materiale è stata oggetto di attuazione estensiva da parte della legislazione statale ordinaria e della giurisprudenza costituzionale (sul punto v. già R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni regionali*, 2002, pp. 65-85, 67).

¹¹ R. BALDUZZI e A. PITINO, *Una «piccola» sanità*, cit., p. 51.

¹² G. MOR, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità Pubblica*, 1997, pp. 620 ss. Per un primo commento dell'impatto della riforma del Titolo V sulle competenze legislative regionali in materia sanitaria v. R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, cit.

¹³ Corte cost., sent. n. 270/2005.

¹⁴ Corte cost., sent. n. 134/2006: «Deve ritenersi che in questa materia l'applicazione dell'art. 10 della legge cost. n. 3 del 2001 trovi fondamento nella maggiore estensione della "tutela della salute" rispetto alle corrispondenti competenze statutarie in materia sanitaria, di cui questa Corte ha in più occasioni sottolineato il carattere contenuto, atteso che esse non si risolvono "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».

L'affermazione è stata resa in riferimento agli Statuti del Trentino-Alto Adige e del Friuli-Venezia Giulia, ma essa è pianamente estendibile a tutte le Regioni speciali, alla luce del quadro delle disposizioni statutarie sopra brevemente delineato, e rappresenta oggi un orientamento consolidato della giurisprudenza costituzionale¹⁵. Recentemente si legge ad esempio nella sentenza n. 231 del 2017, in relazione alle Province autonome di Trento e Bolzano: «Va ricordato che la costante giurisprudenza di questa Corte (da ultimo, sentenza n. 126 del 2017) ha affermato, proprio con riferimento alle Province autonome, che, in ambito sanitario, non vengono in rilievo le norme dello Statuto speciale del Trentino-Alto Adige/*Südtirol* (o delle relative disposizioni di attuazione), bensì l'art. 117 cost., in quanto la competenza legislativa concorrente in materia di “tutela della salute”, assegnata alle Regioni ordinarie dall'art. 117, terzo comma, cost., dopo la riforma costituzionale del 2001, è “assai più ampia” di quella, attribuita alle Province autonome dagli statuti speciali in materia di “assistenza ospedaliera” [...]. La formula utilizzata dall'art. 117, terzo comma, cost. esprime, inoltre, “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” (sentenza n. 282 del 2002). Ne consegue che per le Province autonome deve trovare applicazione la clausola di favore contenuta nell'art. 10 della legge cost. n. 3 del 2001 e che, di conseguenza, il regime delle competenze provinciali in materia sanitaria è quello fissato dall'art. 117, terzo comma, cost., per la materia della “tutela della salute”».

In dottrina, non sono mancate perplessità rispetto a tale estensione, cui il giudice costituzionale perviene sulla base di un *iter* argomentativo « che è apparso talvolta apodittico e privo di un'analitica comparazione tra la disciplina statutaria delle competenze in materia sanitaria e quella introdotta dal nuovo Titolo V »¹⁶. Ugualmente, il richiamo alla netta distinzione fra competenza regionale e competenza statale, quest'ultima limitata ai soli principi fondamentali, se poteva risultare ragionevole nella sua prima enunciazione, nella sentenza n. 282 del 2002, all'indomani dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V, suona invece oggi alquanto ingenuo. A oltre 15 anni dalla riforma costituzionale, il governo della sanità risulta interamente improntato a logiche collaborative fra Stato e Regioni¹⁷ e nella prassi la presunta netta distinzione di competenze fra Stato e Regioni ha offerto un ben debole riparo alle competenze legislative regionali da una legislazione statale che di certo non si è limitata a stabilire i principi fondamentali della materia¹⁸.

¹⁵ Cfr. Corte cost., sentt. nn. 134/2006, 98/2007, 162/2007, 240/2007, e, più recentemente, 126/2017, 231/2017.

¹⁶ Così G. CARPANI e D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di «tutela della salute»*, in R. BALDUZZI e G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, pp. 87-125, 123.

¹⁷ La stessa Corte costituzionale riconosce che «La disciplina del settore sanitario [...] è interamente improntata al principio di leale cooperazione» (sent. n. 187/2012).

¹⁸ Fra le analisi più recenti v. D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio AIC*, 1, 2018.

Quello che è certo è che in relazione alla competenza in materia sanitaria la posizione delle Regioni speciali non si differenzia affatto da quella delle Regioni ordinarie e che le Regioni speciali nulla hanno da guadagnare, a tutela della propria legislazione, dall'invocazione delle disposizioni statutarie¹⁹. Tanto le Regioni ordinarie, quanto le Regioni speciali dispongono dunque di competenza concorrente in materia di «tutela della salute» e, nell'esercizio di tale competenza, tanto le une quanto le altre sono soggette ai «limiti, espressi od impliciti, contenuti nel nuovo Titolo V della Costituzione [...], ed, in particolare, all'esercizio della competenza esclusiva dello Stato in punto di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali»²⁰.

3. La specialità che c'è (ma non sempre): l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale e i suoi riflessi sul «coordinamento della finanza pubblica»

Le osservazioni svolte nel precedente paragrafo non devono portare a concludere rapidamente nel senso di una piena parificazione fra Regioni speciali e Regioni ordinarie nell'ambito sanitario. Il punto è che il governo della sanità e, in particolare, i vincoli che lo Stato può legittimamente imporre alle Regioni nell'organizzazione e gestione del servizio sanitario regionale, sono spesso transitati non dalla competenza concorrente in materia di «tutela della salute» bensì da quella in materia di «coordinamento della finanza pubblica», attraverso una serie di misure finalizzate primariamente alla riduzione dei costi nel settore sanitario, ma che incidono significativamente sull'autonomia delle Regioni nella gestione del proprio servizio sanitario.

Sul punto, in via generale, la posizione delle Regioni a Statuto speciale non coincide con quella delle Regioni ordinarie. La Corte costituzionale ha certamente affermato che i vincoli imposti a titolo di coordinamento finanziario «devono ritenersi applicabili anche alle autonomie speciali, in considerazione dell'obbligo generale di partecipazione di tutte le Regioni, ivi comprese quelle a statuto speciale, all'azione di risanamento della finanza pubblica»; ma ha anche affermato che «tale obbligo [...] deve essere temperato e coordinato con la speciale autonomia in materia finanziaria di cui godono le predette Regioni, in forza dei loro

¹⁹ Emblematica, a questo riguardo, la sent. n. 98/2007, dove la posizione della Regione Friuli-Venezia Giulia viene espressamente parificata a quella delle altre Regioni (ordinarie) ricorrenti: in forza dell'art. 10, l. cost. n. 3/2001, ritiene la Corte che «possano essere individuati come parametri comuni per tutte le Regioni ricorrenti l'art. 117, terzo comma, e l'art. 118 della Costituzione, nonché il principio costituzionale di autonomia finanziaria di cui all'art. 119».

²⁰ Corte cost., sent. n. 134/2006.

statuti», e ha individuato nel «metodo dell'accordo» lo strumento che «deve essere tendenzialmente preferito ad altri» per tutelare l'autonomia finanziaria delle Regioni speciali²¹.

La distanza fra Regioni ordinarie e Regioni speciali, tuttavia, si amplia ulteriormente nell'ambito sanitario, poiché, soprattutto nella giurisprudenza costituzionale più recente, una particolare importanza ha assunto il profilo dell'autofinanziamento del servizio sanitario regionale da parte delle Regioni speciali (o meglio, come subito si vedrà: di quasi tutte le Regioni speciali). In diverse occasioni, infatti, il giudice delle leggi, ha ritenuto che taluni vincoli posti dal legislatore statale in materia sanitaria in ragione della competenza a dettare i principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica non possano trovare applicazione nelle Regioni speciali, in forza del principio secondo cui «lo Stato, quando non concorre al finanziamento della spesa sanitaria, neppure ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario»²².

È opportuno quindi concentrare l'attenzione sulle fonti che disciplinano l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale nelle Regioni speciali – poiché è lì che risiede la vera specialità delle Regioni speciali in materia sanitaria –, e analizzare quindi le ricadute di tale autofinanziamento sui vincoli che il legislatore statale può loro legittimamente imporre.

3.1. Le fonti dell'autofinanziamento del servizio sanitario regionale nelle Regioni speciali

Le Regioni a Statuto speciale, con la sola eccezione della Sicilia, e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedono all'integrale finanziamento del Servizio sanitario regionale del rispettivo territorio con risorse a carico del proprio bilancio e quindi senza oneri a carico del bilancio statale²³. Tale autofinanziamento non era originariamente previsto negli Statuti speciali e nemmeno è stato disposto da norme di attuazione degli stessi. Esso è invece stato introdotto con legge ordinaria, in particolare attraverso la legge finanziaria o provvedimenti collegati, sulla base di specifiche disposizione degli Statuti speciali che, da un lato consentono la modifica con legge ordinaria rinforzata delle parti degli Statuti speciali relative ai rapporti finanziari con lo Stato, dall'altra conferiscono a tale legge rinforzata di modifica dello Statuto speciale una forza passiva che ne esclude la modifica attraverso una semplice legge ordinaria. Il quadro è piuttosto complesso e varia da Statuto a Statuto, per cui è opportuno un esame separato delle diverse Regioni speciali.

²¹ Corte cost., sent. n. 82/2007. In generale su questo profilo v. R. TONIATTI e F. GUELLA (a cura di), *Il coordinamento dei meccanismi di stabilità finanziaria nelle Regioni a Statuto speciale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2014; G. RIVOCCHI, *Finanza delle autonomie speciali e vincoli di sistema*, in *Riv. AIC*, 2016, n. 1; e, in questo volume, A. VALDESALICI, *Autonomia finanziaria e specialità: un modello per sei sistemi ad alto tasso di differenziazione*.

²² Così Corte cost., sent. n. 133/2010.

²³ L'ordinamento generale si fa carico di queste peculiarità: v., ad es., l'art. 3 del d.m. 2 aprile 2015, n. 70 (*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*), secondo cui «Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa» (c.d. clausola di salvaguardia).

Per la Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, l'autofinanziamento del servizio sanitario è previsto dall'art. 34, comma 3, l. 23 dicembre 1994, n. 724, recante Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, ai sensi del quale «la Regione Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nei rispettivi territori, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato». Tale norma trova una diversa copertura nello Statuto del Trentino-Alto Adige e in quello della Valle d'Aosta.

L'art. 104 dello Statuto del Trentino-Alto Adige prevede che le disposizioni del Titolo VI dello Statuto stesso relative ai rapporti finanziari tra Stato, Regione e Province, così come quelle di cui all'art. 13 che disciplina le grandi derivazioni idroelettriche, possano essere modificate, in deroga al procedimento di revisione costituzionale, «con legge ordinaria dello Stato su concorde richiesta del governo e, per quanto di rispettiva competenza, della Regione o delle due Province». È stato così possibile introdurre l'autofinanziamento dei servizi sanitari delle due Province autonome senza ricorrere al procedimento di revisione costituzionale, generalmente richiesto per le modifiche statutarie: l'art. 34 della legge finanziaria per il 1995 trova infatti copertura nell'art. 104 dello Statuto, che consente alla legge ordinaria di modificare le menzionate disposizioni statutarie «purché sia rispettato il principio consensuale»²⁴. Quanto alla forza passiva dell'art. 34 della legge n. 724 del 1994, come sottolineato dalla Corte costituzionale²⁵, esso non contiene una norma di attuazione statutaria, e non ha pertanto rango superiore a quello della legge ordinaria. Tuttavia, in virtù dell'art. 104 dello Statuto, la sua modifica è possibile solo con l'accordo della Provincia interessata²⁶.

Più complessa è la situazione riguardante la Valle d'Aosta. In questo caso lo Statuto prevede, all'art. 50, comma 5, che l'ordinamento finanziario della Regione venga stabilito, «entro due anni dall'elezione del Consiglio della Valle, con legge dello Stato, in accordo con la Giunta regionale». Tale ordinamento finanziario è stato inizialmente disciplinato dalla legge 29 novembre 1955, n. 1179, quindi rivisto dalla legge 6 dicembre 1971, n. 1065, ed infine dalla legge 26 novembre 1981, n. 690. L'art. 34 della citata legge n. 724 del 1994, pertanto, ha modificato tale ordinamento finanziario, nel rispetto dell'art. 50, comma 5 dello Statuto, introducendo l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale.

Le cose si complicano tuttavia poiché il di poco anteriore d.lgs. 22 aprile 1994, n. 320, che reca norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Valle d'Aosta, stabilisce, all'art. 1, che «Le norme di attuazione dello Statuto speciale della regione Valle d'Aosta [...]

²⁴ Corte cost., sent. n. 133/2010.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Secondo F. PALERMO, *La revisione dello statuto e i suoi limiti*, in J. MARKO, S. ORTINO e F. PALERMO (a cura di), *L'ordinamento autonomo della Provincia di Bolzano*, Padova, Cedam, 2001, pp. 845-857, 848, si tratterebbe di «fonti atipiche che, al pari delle norme di attuazione, trovano nella natura negoziale e concordata dell'atto la giustificazione della dissociazione tra forma e sostanza, e che per questo potrebbero complessivamente definirsi "fonti negoziate quasi costituzionali"».

nonché l'ordinamento finanziario della regione stabilito, ai sensi dell'art. 50, comma 3 [oggi comma 5], dello Statuto speciale, con la legge 26 novembre 1981, n. 690 [...] possono essere modificati solo con il procedimento di cui all'art. 48-bis del medesimo Statuto speciale», cioè secondo il procedimento previsto per l'adozione delle norme di attuazione statutaria. Ciò pone il problema di stabilire se, successivamente al d.lgs. 320/1994, le modifiche all'ordinamento finanziario della Regione Valle d'Aosta debbano avvenire attraverso il procedimento di cui all'art. 50, comma 5 dello Statuto (legge dello Stato preceduta da accordo preventivo fra Governo e Regione), oppure secondo quello previsto dall'art. 48-bis dello Statuto stesso (decreto legislativo elaborato dalla Commissione paritetica e sottoposto al parere del Consiglio della Valle).

La modifica concernente l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale è avvenuta secondo il procedimento previsto dall'art. 50, comma 5, il che si giustifica in ragione del fatto che la disposizione statutaria di cui all'art. 50 dovrebbe prevalere in base al criterio gerarchico su quella di cui all'art. 1, del d.lgs. n. 320 del 1994. La Corte costituzionale, tuttavia, sembra propendere per la soluzione opposta, o comunque non sembra aver risolto l'incertezza. Nella sentenza n. 133 del 2010 si legge infatti che «le modifiche dell'ordinamento finanziario della Regione Valle d'Aosta devono avvenire con il procedimento previsto dall'art. 48-bis dello Statuto, prescritto per l'approvazione dei decreti legislativi di attuazione statutaria», mentre nella successiva sentenza n. 125 del 2015 si legge invece, con specifico riferimento all'art. 34 della legge n. 724 del 1994 relativa all'autofinanziamento del servizio sanitario regionale, che «la disciplina dell'ordinamento finanziario della Regione autonoma Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste* può essere modificata solo con l'accordo della medesima, in virtù degli artt. 48-bis e 50, quinto comma, dello Statuto».

Al di là di quest'ultima incertezza, è certo che sia nelle Province autonome di Trento e Bolzano, sia nella Regione Valle d'Aosta, l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale (e, come si vedrà, la conseguente impossibilità per lo Stato di dettare norme di coordinamento finanziario quando non concorre al finanziamento della spesa) è presidiato dal principio consensualistico, per cui esso non potrebbe essere modificato senza l'accordo della Regione. Di una tutela (almeno formalmente) meno forte esso dispone in Friuli-Venezia Giulia e in Sardegna.

Per quanto riguarda il Friuli-Venezia Giulia, l'integrale trasferimento della spesa sanitaria a carico del bilancio regionale è stato disposto, a decorrere dal 1997, dall'art. 1, comma 144, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica. Tale disposizione è stata adottata conformemente all'art. 63, comma 5 dello Statuto, ai sensi del quale le disposizioni contenute nel titolo IV dello Statuto stesso, cioè quelle relative a finanze, demanio e patrimonio della Regione, possono essere modificate con leggi ordinarie, su proposta di ciascun membro delle Camere, del Governo e della Regione, e, in ogni caso, sentita la Regione. Questa disposizione statutaria istituisce una

particolare forma di legge rinforzata²⁷, cioè una «legge con forza passiva superiore a quella delle leggi ordinarie, dal momento che ogni sua modifica richiede la previa consultazione con la Regione speciale interessata»²⁸. Rispetto a quanto stabilito dagli Statuti della Valle d'Aosta e del Trentino-Alto Adige, quindi, la Regione Friuli-Venezia Giulia non gode, almeno formalmente, di un sostanziale potere di veto nei confronti del legislatore ordinario di fronte a un'eventuale modifica unilaterale del suo ordinamento finanziario, e quindi, anche dell'autofinanziamento del servizio sanitario regionale attualmente previsto.

Quanto alla Regione Sardegna, l'art. 54, comma 5, dello Statuto prevede, similmente allo Statuto del Friuli-Venezia Giulia, che le disposizioni del Titolo III relative a finanza, demanio e patrimonio «possono essere modificate con leggi ordinarie della Repubblica su proposta del Governo o della Regione, in ogni caso sentita la Regione». Ciò è avvenuto, in particolare, attraverso la legge 27 dicembre 2006, n. 296, legge finanziaria 2007, il cui art. 1, comma 834, ha sostituito l'articolo 8 dello Statuto speciale, e il cui successivo comma 836 ha stabilito che «dall'anno 2007 la Regione Sardegna provvede al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato»²⁹.

3.2. Le conseguenze dell'autofinanziamento del servizio sanitario regionale: la sottrazione ai vincoli statali imposti a titolo di coordinamento finanziario (e i suoi limiti)

L'autofinanziamento del servizio sanitario regionale previsto dalle disposizioni appena esaminate pone le Regioni speciali Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano in una situazione di minore soggezione ai vincoli imposti dallo Stato a titolo di coordinamento della finanza pubblica *ex art.* 117, comma 3 cost. In un periodo storico in cui il governo della sanità è stato segnato da una serie di misure adottate dal centro al fine di ridurre la spesa sanitaria delle Regioni nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, questa diversa posizione delle menzionate autonomie speciali determina una loro significativamente maggiore autonomia nella disciplina e gestione del servizio sanitario regionale. Al riguardo può essere utile esaminare tre casi emblematici in cui le Regioni e Province che finanziano il proprio servizio sanitario senza oneri a carico del bilancio dello Stato si sono trovate a godere di margini di autonomia in materia

²⁷ Cfr. L. PALADIN, *Commento allo statuto della Regione Friuli-Venezia Giulia*, II ed., Udine, Del Bianco, 1969, p. 195, che ritiene che le revisioni attraverso legge statale rinforzata debbano comunque riguardare solamente «i dettagli delle norme statutarie di diritto finanziario, laddove il nucleo può essere mutato nell'unica forma della legge costituzionale».

²⁸ Così Corte cost., sent. n. 156/2015.

²⁹ Si noti che la formula «del Servizio sanitario nazionale nel proprio territorio», mentre era accettabile nelle leggi degli anni '90, appare ora poco felice, se non ambigua, dopo che l'art. 1 del d.lgs. n. 229 del 1999 ha definito il Servizio sanitario nazionale quale «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale».

sanitaria diversi da quelli delle Regioni ordinarie: la riduzione dei posti letto ospedalieri, i piani di rientro e il cosiddetto super ticket.

Esemplificativa del governo dal centro dei servizi sanitari regionali attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria è la vicenda dell'art. 15 del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, significativamente intitolato «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini», e comunemente noto con il nome di *spending review*. Tale disposizione contiene una serie di misure volte al contenimento della spesa sanitaria e, sulla base delle economie così previste, dispone la progressiva riduzione del livello di fabbisogno del Servizio sanitario nazionale dal 2012 al 2015. Fra le misure di contenimento della spesa figura anche, al comma 13, lett. c), del menzionato art. 15, la riduzione dei posti letto ospedalieri. Più precisamente, la disposizione prevede che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottino provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a un livello non superiore a 3,7 posti per mille abitanti. Almeno il cinquanta per cento dei posti letto da ridurre deve essere a carico dei presidi ospedalieri pubblici e la riduzione deve essere conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Fino alla realizzazione del processo di riduzione, viene sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi a tempo determinato. Nell'ambito del processo di riduzione, le Regioni sono chiamate a verificare la funzionalità, sotto il profilo assistenziale e gestionale, delle piccole strutture ospedaliere e la promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e dal ricovero diurno all'assistenza ambulatoriale, favorendo altresì quella residenziale e domiciliare.

Tale disposizione viene impugnata dalle Province autonome di Trento e Bolzano, e dichiarata incostituzionale dalla Corte con la sentenza n. 125 del 2015, «nella parte in cui si applica alle Province autonome di Bolzano e di Trento». La motivazione della pronuncia rende chiaro quanto l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale sia determinante nel rendere inapplicabile tale disposizione alle Province autonome e nel differenziarne la posizione rispetto alle Regioni ordinarie. La Corte costituzionale prende infatti in considerazione tre diversi titoli di competenza statale che possono astrattamente giustificare la misura in esame: la tutela della salute, il coordinamento della finanza pubblica e i livelli essenziali di assistenza.

Secondo la Corte, «le norme impuginate non si articolano in enunciati generali riconducibili alla categoria dei principi, ma pongono in essere una disciplina di dettaglio. Ciò comporta che le misure in considerazione non possono trovare fondamento nella potestà legislativa concorrente dello Stato». Detto in altri termini, la disposizione in esame non può giustificarsi quale esercizio della competenza statale in materia di tutela della salute, poiché in questo ambito la legislazione statale deve limitarsi a dettare i principi fondamentali della materia.

Quanto al coordinamento della finanza pubblica, il giudice delle leggi in più di un'occasione non ha esitato a legittimare in nome di tale competenza interventi statali anche di

estremo dettaglio³⁰. In questo caso, tuttavia, la Corte rileva che nelle Province autonome il servizio sanitario è interamente finanziato dalle Province stesse, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato. Pertanto, «lo Stato non ha comunque titolo per dettare norme di coordinamento finanziario che definiscano le modalità di contenimento di una spesa sanitaria interamente sostenuta da tali enti».

La Corte esclude infine che la stessa disposizione possa giustificarsi quale espressione della competenza esclusiva dello Stato a dettare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale³¹. La disposizione impugnata, infatti, «disponendo una riduzione dello standard dei posti letto, non tende a garantire un minimum intangibile alla prestazione, ma ad imporre un tetto massimo alla stessa», per giunta, rileva nuovamente la Corte, in assenza di correlazione con il finanziamento statale della spesa sanitaria.

È dunque chiaro che ciò che giustifica, secondo la Corte, la legittima imposizione del vincolo statale alla riduzione dei posti letto ospedalieri nei confronti delle Regioni ordinarie non è la competenza concorrente in materia di «tutela della salute», né quella esclusiva in materia di «livelli essenziali», rispetto alle quali le Regioni a Statuto speciale non godrebbero di alcun trattamento privilegiato. La disposizione si giustifica soltanto quale espressione della competenza statale in materia di «coordinamento della finanza pubblica» e ciò che la rende inapplicabile alle Province autonome non è una generale sottrazione delle stesse a tali vincoli, bensì il carattere autofinanziato del servizio sanitario in quelle realtà. Lo chiarisce la stessa Corte costituzionale, nella sentenza n. 231 del 2017, in cui, richiamando la sentenza n. 125 del 2015, così ne ricostruisce la dichiarazione di incostituzionalità dell'applicazione alle Province autonome della riduzione dei posti letto: «Questa Corte ne ha dichiarato l'illegittimità costituzionale in quanto norma di dettaglio, come tale non ascrivibile alla competenza legislativa statale concorrente in materia di "tutela della salute". Ha, altresì, espressamente escluso sia la riconducibilità alla competenza statale esclusiva in punto di determinazione dei livelli essenziali di assistenza, sia l'applicazione alle Province autonome come norma di coordinamento della finanza pubblica, non essendo la loro spesa sanitaria finanziata dallo Stato».

Non v'è dubbio che l'obbligo di riduzione dei posti letto ospedalieri, che si traduce necessariamente nella chiusura dei piccoli ospedali e dei reparti che non rispettano determinati standard di appropriatezza, abbia un'incidenza notevole sull'organizzazione e gestione dei servizi sanitari regionali: a questa eterodeterminazione statale sfuggono le Regioni a Sta-

³⁰ Per alcuni esempi v. M. BELLETTI, *Forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali*, in *Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2014, pp. 85-145.

³¹ Criticamente, sul punto, v. D. SERVETTI, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto: note a margine della sentenza della Corte n. 231 del 2017, rileggendo la n. 125 del 2015*, in *Corti Supreme e Salute-Rivista online*, 1/2018, che correttamente ricostruisce lo stretto legame tra la posizione di standard organizzativi e la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

tuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano in forza dell'autofinanziamento del proprio servizio sanitario³².

L'autofinanziamento del servizio sanitario regionale fa inoltre ritenere inapplicabile – o, quantomeno, difficilmente applicabile – alle autonomie speciali lo strumento principale con cui, negli anni più recenti, si è affrontato il problema dello squilibrio economico-finanziario dei servizi sanitari regionali e, più in generale, si è governata la sanità, in un numero considerevole di Regioni, vale a dire i piani di rientro³³.

Il piano di rientro, di riqualificazione e riorganizzazione del servizio sanitario regionale consiste essenzialmente in un accordo (o meglio: in un allegato a un accordo, di cui costituisce parte integrante) stipulato fra la singola Regione interessata da un disavanzo particolarmente elevato e i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, che individua gli interventi necessari per superare la situazione di squilibrio finanziario nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Esso stabilisce una serie di misure estremamente dettagliate che, nella sostanza, annullano qualsiasi autonomia della Regione nell'organizzazione e gestione del proprio servizio sanitario. A presidiare il rispetto degli obblighi contenuti nel piano di rientro, la legislazione statale prevede un'articolata procedura di verifica degli adempimenti contenuti nel piano, che può sfociare (e spesso è sfociata), in caso di perdurante inadempienza da parte della Regione, nella nomina da parte del Consiglio dei Ministri di un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano.

Le previsioni contenute nel piano di rientro sono vincolanti per la Regione e prevalgono anche sulla legislazione regionale eventualmente contraria, tanto precedente quanto successiva alla sottoscrizione del piano di rientro. Esiste ormai infatti una giurisprudenza costituzionale cospicua e consolidata che dichiara l'incostituzionalità di leggi regionali in materia sanitaria per violazione delle prescrizioni contenute nei piani di rientro. Chiave di volta di questa giurisprudenza è la qualificazione della norma statale che afferma il carattere vincolante del piano per la Regione che lo ha sottoscritto: si tratta dell'art. 1, comma

³² È condivisibile la ricostruzione di D. SERVETTI, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto: note a margine della sentenza della Corte n. 231 del 2017, rileggendo la n. 125 del 2015*, cit., secondo cui la sentenza n. 231 del 2017 circoscrive la portata di alcune affermazioni contenute nella motivazione della precedente sentenza n. 125 del 2015. Per altri esempi in cui l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale comporta una posizione di vantaggio delle autonomie speciali rispetto alle Regioni ordinarie nei confronti dei vincoli imposti a titolo di coordinamento della finanza pubblica v. Corte cost., sent. n. 133/2010, che solleva le menzionate autonomie speciali dall'obbligo di riversare nel bilancio dello Stato le somme ricavate dalle economie sulla spesa farmaceutica, e, ancora, sent. n. 231/2017, sulla disciplina delle forme e modi di reperimento del personale sanitario necessario a far fronte alle eventuali carenze connesse all'osservanza degli obblighi europei sul riposo giornaliero. Proprio quest'ultima pronuncia consente di apprezzare i limiti entro i quali la specialità regionale costituisce barriera all'operatività di disposizioni statali in campo sanitario.

³³ La disciplina dei piani di rientro viene qui brevemente richiamata nei suoi capisaldi, limitatamente ai profili di interesse per il presente contributo. Per un'analisi dell'impatto di questo istituto sul Titolo V, parte seconda della Costituzione, e per i riferimenti normativi, giurisprudenziali e di dottrina si rinvia a D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 2014, pp. 203-225. A. PATANÈ, *La difficile "metabolizzazione" regionale del ruolo del Commissario ad acta nell'attuazione dei piani di rientro e la ferma posizione della Corte costituzionale*, in questa Rivista.

796, lett. b), della legge 296 del 2006 (legge finanziaria per il 2007)³⁴, quale principio fondamentale del «coordinamento della finanza pubblica». In particolare, nella sentenza 100/2010, la Corte, pur affermando che «il principio di leale collaborazione non può trovare applicazione, in via generale, in relazione all'attività di produzione legislativa», rileva che una norma statale – l'art. 1, comma 796, lett. b, appunto – ha reso vincolanti, per le Regioni che li abbiano sottoscritti, gli interventi individuati nei piani di rientro: «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». Ne consegue che la legge regionale in contrasto con il piano di rientro non viola soltanto un accordo fra lo Stato e la Regione, ma anche la legge statale che rende vincolante quell'accordo e quindi, indirettamente, l'art. 117, comma 3, cost., che impone alla legge regionale di conformarsi, nelle materie di competenza concorrente, ai principi fondamentali stabiliti con legge dello Stato. Il piano di rientro può così essere utilizzato come parametro di legittimità costituzionale nei confronti della legge regionale.

Il sistema dei piani di rientro, che ha caratterizzato il governo della sanità in numerose Regioni sostanzialmente azzerandone l'autonomia in questa materia³⁵, si legittima dunque alla luce della competenza statale in materia di coordinamento della finanza pubblica, nell'esercizio della quale lo Stato ha disciplinato e reso vincolanti per le Regioni degli accordi finalizzati superare la situazione di squilibrio finanziario nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Se così è, è dubbio che lo stesso strumento possa essere utilizzato con le stesse modalità e con il medesimo carattere vincolante nei confronti delle autonomie speciali che autofinanziano il proprio servizio sanitario regionale, soprattutto in relazione a disavanzi maturati successivamente all'introduzione dell'autofinanziamento del servizio sanitario regionale³⁶: queste possono infatti opporre il già ricordato principio secondo cui

³⁴ La disposizione recita: «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 [...] 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».

³⁵ A partire dal 2007, la metà delle Regioni italiane sono, o sono state, soggette a piano di rientro: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia.

³⁶ Nel senso dell'incompatibilità del sistema dei piani di rientro con il finanziamento autonomo del servizio sanitario regionale v. G. 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)*, in www.issirfa.cnr.it, maggio 2013, p. 14, dove si dà conto dell'eccezione della Sardegna per il triennio 2007-2009.

«lo Stato, quando non concorre al finanziamento della spesa sanitaria, neppure ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario»³⁷.

Un problema simile si è posto in relazione ai piani di rientro per le singole aziende ospedaliere, aziende ospedaliero-universitarie e istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, previsti dalla legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). I commi 524 ss. dell'art. 1 di tale legge, infatti, prevedono l'obbligo per le Regioni di adottare un piano di rientro per la singola azienda ospedaliera, o azienda ospedaliero-universitaria o istituto di ricovero e cura a carattere scientifico pubblico, qualora in relazione a essa si verifichi uno scostamento tra costi e ricavi superiore al 10 per cento o a 10 milioni di euro, oppure il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. La stessa disciplina si applica, a decorrere dal 2017, alle aziende sanitarie locali e ai presidi da esse gestiti, nonché ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, individuati da leggi regionali.

Anche in questo caso sembra doversi escludere l'applicabilità di queste norme alle autonomie speciali che autofinanziano il proprio servizio sanitario regionale. In quest'ottica, la legge 11 dicembre 2016, n. 232 (cosiddetta legge di stabilità per il 2017) ha precisato che i piani di rientro aziendali «si applicano alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono al finanziamento del servizio sanitario esclusivamente con risorse dei propri bilanci, compatibilmente con le disposizioni dei rispettivi statuti e delle conseguenti norme di attuazione» (art. 1, comma 391)³⁸. Peraltro, poiché dalla giurisprudenza costituzionale appare chiaro che tali forme di coordinamento finanziario non sono compatibili con l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale previsto dalle leggi rinforzate di modifica degli Statuti speciali, la disposizione, pur nella sua ambiguità, sembra doversi interpretare nel senso che il nuovo istituto dei piani di rientro aziendali non si applica nelle autonomie speciali menzionate.

Anche dalla vicenda del cosiddetto super ticket si possono ricavare utili indicazioni circa la effettiva specialità delle autonomie speciali in materia sanitaria. La compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie di dieci euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati è stata introdotta dall'art. 1, comma 796, lettera

³⁷ Si determina così, come nota M. COSULICH, *Le sanità regionali «speciali»*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, il Mulino, 2017, pp. 43-77, 75, una forte divaricazione fra le Regioni speciali, secondo il criterio Nord-Sud, fra Regioni fra autonomie speciali «in buona misura libere dai condizionamenti che lo Stato può dettare in forza del proprio contributo finanziario» e Regioni speciali come la Sicilia e, per un certo periodo, la Sardegna, nelle quali «detti condizionamenti sono non solo presenti, come in tutte le Regioni che non finanziano integralmente il proprio Servizio sanitario, ma risultano anche particolarmente forti, in quanto le specifiche previsioni del Piano di rientro costituiscono altrettante condizioni per fruire delle necessarie risorse finanziarie aggiuntive».

³⁸ Nel Dossier di documentazione *Legge di bilancio 2017, Vol. II, Articolo 1, comma 340 - Articolo 19*, curato dai servizi studi della Camera e del Senato, p. 465 (<http://documenti.camera.it/Leg17/Dossier/pdf/ID0026FS2.pdf>, consultato il 28/2/2018), si legge, a commento del comma citato: «Come emerge dai lavori preparatori presso la Camera, tale specificazione è stata inserita anche in considerazione della giurisprudenza della Corte costituzionale, secondo cui lo Stato non ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario che definiscano le modalità di contenimento di una spesa sanitaria interamente sostenuta dagli enti territoriali in esame», con esplicito richiamo alla sent. n. 125/2015.

p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007)³⁹. Tuttavia, non appena istituita questa misura, lo Stato ne ha immediatamente disposto l'abolizione provvedendo alla copertura finanziaria di tale abolizione attraverso due canali: da una parte incrementando il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui lo Stato concorre ordinariamente; dall'altra imponendo alle Regioni la riduzione del 20 per cento dei trattamenti economici di dirigenti e sindaci di strutture sanitarie e di adottare misure «finalizzate ad assicurare la riduzione degli oneri degli organismi politici e degli apparati amministrativi», nonché «ulteriori misure di incremento dell'efficienza e di razionalizzazione della spesa». In alternativa, le Regioni avrebbero potuto non adottare le misure di riduzione della spesa richieste mantenendo il ticket o adottando «altre forme di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria di effetto finanziario equivalente», ovviamente assumendosi i (pesanti) costi politici di tale operazione.

Contro il meccanismo così brevemente delineato hanno proposto ricorso alla Corte costituzionale sia un gruppo di Regioni ordinarie (Emilia-Romagna, Veneto e Calabria), sia la Provincia Autonoma di Trento, lamentando, in sostanza, la sottoposizione a una serie di misure puntuali e dettagliate stabilite dallo Stato in una materia di competenza concorrente quale la tutela della salute. Anche in questo caso, i ricorsi, decisi con la sentenza n. 349 del 2009, hanno avuto un esito diverso per le Regioni ordinarie e per la Provincia Autonoma di Trento.

Quanto alle prime, la Corte, dopo aver ricondotto la disciplina impugnata all'ambito materiale del coordinamento della finanza pubblica – «L'intera disciplina impugnata, infatti, in quanto complessivamente rivolta a permettere l'abolizione del ticket, individuando le relative modalità di copertura, ha palesemente una finalità di coordinamento finanziario, in un settore rilevante della spesa pubblica come quello sanitario» –, rileva che essa si mantiene «sul piano delle norme di principio e della indicazione di complessivi obiettivi di riequilibrio finanziario, lasciando alle Regioni sufficienti margini di autonomia circa i mezzi necessari per la realizzazione degli obiettivi stessi». Il ricorso delle Regioni ordinarie viene dunque respinto, in quanto i vincoli imposti dallo Stato alle Regioni sono considerati «legittimo esercizio del potere dello Stato di dettare principi fondamentali di coordinamento finanziario».

A differente conclusione si perviene in relazione al «diverso e peculiare contesto» della Provincia Autonoma di Trento, che provvede interamente al finanziamento del proprio servizio sanitario provinciale senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato: «Dal momento che lo Stato non concorre al finanziamento del servizio sanitario provinciale, né quindi contribuisce a cofinanziare una eventuale abolizione o riduzione del ticket in favore degli utenti dello stesso, esso neppure ha titolo per dettare norme di coordinamen-

³⁹ Per una ricostruzione della complessa normativa in esame e della sua evoluzione, nonché per una più ampia analisi della rilevante giurisprudenza costituzionale v. L. BUSATTA, *Il c.d. super ticket e la Corte costituzionale: solo una questione di competenze?*, in *Le Regioni*, 2013, pp. 1059-1075.

to finanziario che definiscano le modalità di contenimento di una spesa sanitaria che è interamente sostenuta dalla Provincia Autonoma di Trento».

La stessa disposizione, dunque, pur essendo espressione della medesima competenza concorrente in materia di coordinamento finanziario, legittimamente vincola le Regioni ordinarie, mentre non può fare altrettanto nei confronti delle autonomie speciali che autofinanziano il proprio servizio sanitario.

Il successivo sviluppo di questa vicenda, tuttavia, mette in evidenza i limiti entro cui le autonomie speciali possono sottrarsi ai vincoli statali espressione del coordinamento finanziario. L'art. 17, comma 6, del d.l. n. 98 del 2011 ripristina infatti il ticket introdotto dalla legge finanziaria 2007 e poi subito abolito, pur consentendo anche questa volta alle Regioni di adottare due tipi di misure alternative al ticket di dieci euro: l'introduzione di misure di partecipazione equivalenti oppure la stipula di un accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze per l'adozione di ulteriori misure alternative. Anche la disciplina reintroduttiva del ticket viene impugnata di fronte alla Corte costituzionale, dalla Regione Veneto e dalla Regione Friuli-Venezia Giulia. Scontato il rigetto del ricorso della Regione Veneto, nella sentenza n. 187 del 2012 la Corte non accoglie nemmeno la questione proposta dalla Regione speciale, ritenendo che la disciplina in esame vincoli anche le autonomie speciali che sostengono interamente i costi del proprio servizio sanitario. Questo perché la disciplina del ticket non è riconducibile al solo coordinamento finanziario, «ma incide anche sulla quantità e sulla qualità delle prestazioni garantite, e, quindi, sui livelli essenziali di assistenza».

Le Regioni speciali, dunque, mentre possono vantare una posizione differenziata rispetto alle Regioni ordinarie in relazione alla competenza statale in materia di (principi fondamentali del) coordinamento della finanza pubblica, sono invece assimilate a queste ultime quanto alle discipline riconducibili all'art. 117, comma 2, lett. m): «la natura stessa dei cosiddetti LEA, che riflettono tutele necessariamente uniformi del bene della salute, impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti ad autonomia speciale»⁴⁰. A conferma che la specialità regionale in materia sanitaria conosce limiti penetranti, sta proprio la cura con cui la stessa Corte – e, potremmo aggiungere, lo stesso relatore – sottolinea la differenza tra il caso deciso con la pronuncia del 2012 e quello oggetto della menzionata sentenza n. 349 del 2009⁴¹.

⁴⁰ Così già Corte cost., sent. n. 134/2006. Sulla vincolatività dei Lea anche nei confronti delle Regioni speciali v. M. COSULICH, *Le sanità regionali «speciali»*, cit., pp. 49 ss.

⁴¹ Si noti anche un'altra sottolineatura: la sentenza n. 187 del 2012, dopo avere precisato che la disciplina del settore sanitario è interamente improntata al principio di leale cooperazione (incentrato sui periodici Patti per la salute), conclude significativamente che «in tale contesto, le Regioni a statuto speciale hanno la possibilità di far valere la specificità – sotto il profilo finanziario – della propria posizione».

4. L'incidenza indiretta sulla sanità di altre competenze delle Regioni speciali

Dopo aver sottolineato che la maggiore autonomia delle Regioni speciali nel settore sanitario consiste ben più nella minore soggezione ai vincoli imposti dallo Stato a titolo di coordinamento finanziario, che non nella (inesistente) maggior ampiezza della competenza legislativa nella materia sanitaria vera e propria, occorre brevemente ricordare che ben può succedere che le autonomie speciali godano di margini di spazi più ampi di quelli delle Regioni ordinarie nel disciplinare un particolare aspetto del servizio sanitario regionale in forza di altri titoli di competenza, che indirettamente riguardano anche il settore sanitario. È noto infatti che assai frequentemente la disciplina di una particolare fattispecie è riconducibile a una pluralità di titoli di competenza diversi. Può quindi succedere che una Regione speciale, pur essendo sostanzialmente parificata alle Regioni ordinarie rispetto a uno di questi titoli – la tutela della salute, nel caso di specie – disponga invece di una competenza più ampia in relazione ad un altro: se il titolo di competenza più vantaggioso per l'autonomia speciale viene ritenuto prevalente, la Regione speciale si trova di fatto a poter disciplinare l'intera materia godendo di un'autonomia maggiore delle Regioni ordinarie.

Il recente caso della formazione specifica in medicina generale offre un esempio calzante sul punto, pur se l'impatto della vicenda non sembra particolarmente rilevante. Con legge provinciale 24 maggio 2016, n. 10, il legislatore bolzanino ha infatti previsto che possano svolgere il ruolo di tutori nell'ambito dei corsi di formazione specifica in medicina generale i medici di medicina generale convenzionati da almeno sei anni con il servizio sanitario nazionale o provinciale, così discostandosi da quanto previsto dalla legislazione nazionale che richiede invece per i medici tutori un'anzianità di almeno dieci anni di attività convenzionale con il Servizio sanitario nazionale.

La disciplina della formazione specifica in medicina generale interseca evidentemente due diverse materie, la «tutela della salute» e la «formazione professionale». La riconduzione all'una o all'altra materia è tutt'altro che indifferente ai fini dell'ampiezza della competenza legislativa della Provincia Autonoma di Bolzano: mentre in materia di «tutela della salute», come si è visto, la Provincia gode della stessa competenza concorrente delle Regioni ordinarie, in materia di «addestramento e formazione professionale», essa dispone invece di competenza esclusiva *ex art. 8, n. 29* dello Statuto.

Nella sentenza n. 126 del 2017, la Corte costituzionale ricorda che la formazione specifica in medicina generale già in precedenti pronunce è stata ricondotta nell'ambito dell'«addestramento e formazione professionale», spettante alla Provincia Autonoma in regime di potestà legislativa esclusiva. La Corte riconosce sì «l'indiretta incidenza della formazione dei medici su interessi comunque appartenenti alla sfera della sanità», ma ritiene che «la circostanza che la disposizione impugnata possa incidere anche sulla “tutela della salute” [...] non mut[i] le conclusioni raggiunte circa la sua prevalente inerenza alla formazione professionale». Così definito il titolo di competenza di cui la legge provinciale è espressione, la Corte respinge il ricorso statale.

In sostanza, la più ampia competenza legislativa in materia di addestramento e formazione professionale di cui gode la Provincia Autonoma di Bolzano si traduce in una maggiore autonomia nel disciplinare anche l'ambito della sanità, indirettamente coinvolto⁴².

5. La legislazione sanitaria delle autonomie speciali e la sua sostanziale aderenza alla disciplina statale di riferimento

Dopo aver chiarito che la specialità di cui godono le autonomie speciali in materia sanitaria non risiede in una più ampia potestà legislativa in materia di «tutela della salute», bensì nella non infrequente sottrazione ai vincoli definiti dallo Stato a titolo di «coordinamento della finanza pubblica», occorre aggiungere che la legislazione delle autonomie speciali in materia sanitaria non presenta profili di particolare originalità. In generale, i servizi sanitari regionali presentano una certa omogeneità di disciplina nelle varie Regioni, tanto ordinarie quanto speciali, e appaiono fortemente radicati nel quadro della disciplina del Servizio sanitario nazionale di cui al d.lgs. n. 502 del 1992 e successive riforme⁴³. Se un modello regionale ha inteso differenziarsi dagli altri, questo non è quello delle Regioni speciali o di una Regione speciale in particolare, bensì quello della Regione Lombardia, che, a partire dalla legge regionale n. 31 del 1997 (si noti: una legge precedente la riforma del Titolo V), ha perseguito «un modello di separazione tra acquirenti e fornitori, in cui l'azienda sanitaria Asl, dalla quale sono tendenzialmente scorporate tutte le funzioni di produzione, assume la funzione di acquirente pagando le prestazioni effettuate dai fornitori, che sono aziende di produzione pubbliche e private [...] in favore dei propri residenti, cui garantisce libertà di scelta»⁴⁴.

Ciò detto, può essere interessante comparare la legislazione regionale attuativa del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche sotto tre profili particolarmente rilevanti per la dimensione istituzionale del servizio sanitario regionale: la definizione del numero delle

⁴² In questo senso, può essere interessante segnalare che, all'inizio degli anni '90, la Provincia Autonoma di Trento aveva cercato di portare a termine la provincializzazione e aziendalizzazione del servizio sanitario provinciale già prima dell'approvazione del d.lgs. n. 502 del 1992. Per far questo aveva fatto ricorso «non tanto (o non solo) alla propria competenza (secondaria) in materia di sanità, quanto alle previsioni dell'art. 8 e dell'art. 19 dello Statuto che attribuiscono una specifica competenza in materia di assunzione diretta di servizi pubblici e loro gestione per mezzo di aziende speciali» (COSÌ F. DEBIASI, *La sanità provinciale negli anni Novanta: l'Azienda unica*, in M. MARCANTONI, G. POSTAL, R. TONIATTI (a cura di), *Trent'anni di autonomia*, vol. II, *Le politiche di settore*, Bologna, il Mulino, 2005, pp. 607-612, 655).

⁴³ Cfr. R. BALDUZZI, *Quanti sono i sistemi sanitari italiani? Un'introduzione*, in *I servizi sanitari regionali*, cit., pp. 9-37, 14, e L. VANDELLI, *Il federalismo alla prova: le Regioni tra uniformità e differenziazione*, in L. VANDELLI e F. BASSANINI (a cura di), *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, Bologna, il Mulino, 2012, pp. 9-32, 13, che nota come, per quanto riguarda la sanità, «nella sostanza fondamentale, le Regioni – fatta eccezione forse per la Lombardia – presentano sistemi normativi non troppo dissimili».

⁴⁴ COSÌ B. PEZZINI, *Ventuno modelli sanitari? Quanta diseguaglianza possiamo accettare (e quanta diseguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo*, in *I servizi sanitari regionali*, cit., pp. 399-424, 402.

aziende sanitarie locali, la disciplina degli organi di nomina politica delle stesse (direttore generale e collegio sindacale), il ruolo degli enti locali.

Quanto al primo profilo, l'imperativo contenuto nell'art. 3, comma 5, del testo originario del d.lgs. n. 502 del 1992, di ridurre il numero delle unità sanitarie locali, «prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia» è stato attuato in modi e tempi diversi nelle varie autonomie speciali. La Provincia Autonoma di Trento vi ha dato immediatamente attuazione, attraverso la legge provinciale n. 10 del 1993, istituendo l'azienda sanitaria unica, il cui ambito territoriale coincide effettivamente con quello della Provincia, e sopprime le precedenti undici unità sanitarie locali. Nella vicina, e comparabile dal punto di vista della popolazione, Provincia Autonoma di Bolzano, l'istituzione dell'azienda unica è avvenuta oltre dieci anni più tardi, con la legge provinciale n. 9 del 2006, che sopprime le quattro aziende sanitarie allora esistenti, che corrispondevano alle quattro unità sanitarie locali preesistenti al d.lgs. n. 502 del 1992.

Altre Regioni speciali, dopo aver istituito un numero di aziende sanitarie grossomodo corrispondente a quello delle province, hanno provveduto a un ulteriore accorpamento in anni recenti. Così, in Sicilia, attraverso la legge regionale n. 5 del 2009, pur restando invariato il numero delle aziende sanitarie locali (nove, come le province), sono state soppresse dodici aziende ospedaliere, incorporandole come presidi ospedalieri nelle aziende sanitarie locali di riferimento. Più recentemente, la legge n. 14 del 2017 della Regione Friuli-Venezia Giulia ha disposto l'accorpamento di due aziende sanitarie, portando il numero complessivo da sei a cinque, nonché l'incorporazione delle due aziende ospedaliero-universitarie di Trieste e Udine nelle rispettive aziende sanitarie, che assumono così la denominazione di «azienda sanitaria universitaria integrata».

Particolarmente drastico è stato il recente intervento della Regione Sardegna, che, con legge n. 17 del 2016 ha istituito l'«Azienda per la tutela della salute», il cui ambito corrisponde con l'intero territorio della Sardegna, contestualmente sopprimendo le nove aziende sanitarie locali esistenti. Si tratta di un intervento particolarmente deciso, finalizzato a rendere sostenibile il servizio sanitario regionale – la Regione Sardegna è stata in piano di rientro dal 2007 al 2010 – attraverso la centralizzazione del governo della sanità.

Per quanto riguarda la nomina dell'organo di vertice delle aziende sanitarie (il direttore generale) e dell'organo di controllo (il collegio sindacale), la legislazione statale non lascia molto spazio alla legge regionale nel definire la procedura di nomina del direttore generale. Quest'ultima è ora disciplinata dal d.lgs. n. 171 del 2016, in materia di dirigenza sanitaria, che prevede che le Regioni attingano a un elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina a direttore generale, istituito presso il Ministero della salute e aggiornato con

cadenza biennale, normativa che anche le Regioni a Statuto speciale stanno iniziando ad applicare⁴⁵.

La legislazione regionale si è piuttosto concentrata sul tentativo di estendere le ipotesi di decadenza dall'incarico del direttore generale al di là dei casi previsti dalla disciplina statale. Ai sensi dell'art. 3 *bis* del d.lgs. n. 502 del 1993, infatti, la Regione sottopone a verifica il direttore generale trascorsi diciotto mesi dalla sua nomina, con possibilità di non conferma dell'incarico in caso di valutazione negativa relativa al raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati all'atto di nomina. La decadenza è inoltre possibile quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione. A queste ipotesi di cessazione dell'incarico legate a una valutazione negativa di tipo oggettivo della *performance* del direttore generale, diverse Regioni hanno cercato di aggiungerne un'altra, disponendo l'automatica decadenza dei direttori generali a seguito del rinnovo del Consiglio regionale: si introduce così una forma di *spoils system* che consente al nuovo governo regionale di scegliere i 'suoi' direttori generali. Oltre a ciò, le Regioni hanno cercato di introdurre un'ulteriore forma di *spoils system* riferita questa volta ai direttori sanitari e amministrativi, di cui si dispone la cessazione dall'incarico a seguito della nomina del nuovo direttore generale.

Entrambe queste forme di *spoils system* sono state giudicate incostituzionali dal giudice delle leggi. Dopo una prima pronuncia favorevole a entrambe le ipotesi, in cui si è sottolineato l'*intuitus personae* che caratterizzerebbe il rapporto fra gli organi politici della Regione e il direttore generale⁴⁶, la Corte ha infatti costantemente espresso, a partire dalla sentenza n. 104 del 2007, un orientamento contrario a tali ipotesi di *spoils system*⁴⁷. Quanto al direttore generale, esso rappresenta «figura tecnico-professionale che ha il compito di perseguire, nell'adempimento di un'obbligazione di risultato (oggetto di un contratto di lavoro autonomo), gli obiettivi gestionali e operativi definiti dal piano sanitario regionale [...], dagli indirizzi della Giunta, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale»⁴⁸: introdurre una forma di cessazione anticipata dall'incarico dipendente da un atto dell'organo politico, e non da una valutazione dei risultati aziendali o del raggiungimento degli obiettivi assegnati, determina una violazione dei principi di imparzialità e buon andamento dell'amministrazione di cui all'art. 97 cost. Ugualmente in contrasto con l'art. 97 e con i principi di efficacia, efficienza e continuità dell'azione ammi-

⁴⁵ V. la deliberazione della Giunta regionale della valle d'Aosta 19 febbraio 2018, n. 188, dove si afferma che per la nomina del nuovo direttore trovano applicazione le disposizioni di cui al d.lgs. n. 171 del 2016, e il parere del Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana 2 febbraio 2018, n. 2.

⁴⁶ Corte cost., sent. n. 233/2006; assai criticamente sul punto v., *ex multis*, C. PINELLI, *L'avallo del sistema delle spoglie, ovvero la vanificazione dell'art. 97 Cost.*, in *Giur. cost.*, 2006, pp. 2357-2362.

⁴⁷ V. le sentt. nn. 351/2008, 34/2010, 224/2010, 228/2011, 152/2013 e 27/2014.

⁴⁸ Sent. n. 104/2007.

nistrativa si pone l'ipotesi di decadenza automatica dei direttori amministrativi e sanitari in occasione del rinnovo del direttore generale, poiché l'interruzione del rapporto di ufficio non è ancorata a ragioni legate alle modalità di svolgimento dell'incarico, bensì a una circostanza estranea alle modalità di svolgimento dell'ufficio⁴⁹.

Anche le autonomie speciali hanno talvolta tentato di introdurre simili forme di *spoils system*. La legge di riforma del servizio sanitario trentino n. 16 del 2010 prevedeva ad esempio l'automatica decadenza del direttore sanitario, del direttore amministrativo, del direttore per l'integrazione socio-sanitaria e dei responsabili delle articolazioni organizzative aziendali novanta giorni dopo la data di assunzione in servizio del nuovo direttore generale dell'azienda provinciale per i servizi sanitari. Impugnata la legge di fronte alla Corte costituzionale, il legislatore trentino ha modificato la disposizione stabilendo che, in caso di cessazione anticipata per qualunque causa del rapporto di lavoro del direttore generale, il nuovo direttore generale procede alla verifica qualitativa dell'operato dei menzionati direttori, con facoltà di revocare gli incarichi a fronte di una valutazione negativa, nel rispetto del principio del giusto procedimento⁵⁰. Ciò ha determinato la rinuncia all'impugnazione da parte del Governo e la dichiarazione di estinzione del processo da parte della Corte costituzionale⁵¹.

In altri casi, forme più o meno esplicite di *spoils system* sono sfuggite al controllo del Governo e sono tuttora vigenti in alcune Regioni speciali: qualora applicate, tuttavia, esse potrebbero essere dichiarate incostituzionali in un giudizio instaurato in via incidentale, come già avvenuto in alcuni casi concernenti leggi di Regioni ordinarie⁵². Si pensi, ad esempio, alla legge n. 5 del 2000 della Regione Valle d'Aosta, che prevede, all'art. 16, la possibilità per la Giunta regionale di sostituire il direttore generale non soltanto nelle ipotesi previste dalla legislazione statale, ma anche «nei casi in cui venga meno il rapporto fiduciario», delineando quindi un rapporto fra organi politici e direttore generale chiaramente caratterizzato dall'*intuitus personae*, in contrasto con il costante orientamento della Corte costituzionale. Similmente, la legge della Regione Sardegna n. 10 del 2006, all'art. 10, comma 8, prevede che «il direttore sanitario e il direttore amministrativo cessano dall'incarico non oltre sessanta giorni dalla data di nomina di un nuovo direttore generale, salvo conferma», ciò che, alla luce della giurisprudenza costituzionale esaminata, deve ritenersi in contrasto con l'art. 97 cost.

Qualche spunto di interesse presenta anche la disciplina regionale della nomina dell'organo di controllo dell'azienda sanitaria, il collegio sindacale. L'art. 3 *ter* del d.lgs. n. 502 del 1992, introdotto dal d.lgs. n. 229 del 1999, ne stabiliva la composizione in cinque membri,

⁴⁹ V. soprattutto la sent. n. 224/2010.

⁵⁰ Art. 28, comma 3, l.p. n. 16 del 2010, come modificato dall'art. 46, l.p. n. 27 del 2010.

⁵¹ Corte cost., ord. n. 148/2011.

⁵² Corte cost., sentt. nn. 104/2007, 351/2008, 34/2010, 224/2010, 228/2011.

di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro del tesoro, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci. La legge di stabilità 2015 ne ha ridotto il numero di componenti a tre, nominati uno dal presidente della Giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.

Le leggi delle Regioni speciali tendono su questo punto a ripetere le disposizioni della legge statale o a farvi rinvio. Singolarmente, in Valle d'Aosta, pur se la legge regionale del 2000 è rimasta ferma alla precedente composizione di cinque membri, nel 2017 la Regione, in occasione del rinnovo del collegio sindacale dell'azienda sanitaria, ha ritenuto di adeguarsi alla nuova normativa statale, designando, nelle more della revisione della legge regionale, un solo componente del nuovo consiglio⁵³. Le Province autonome di Trento e Bolzano fanno invece eccezione, disponendo una composizione dell'organo di revisione interamente provinciale, non prevedendo alcun potere di nomina ministeriale. La legge provinciale trentina n. 16 del 2010, all'art. 30, comma 1, prevede che il collegio sindacale sia composto da tre membri, «uno dei quali designato dalla Giunta provinciale, uno dal Consiglio provinciale su indicazione delle minoranze consiliari e uno dal Consiglio delle autonomie locali». In Alto Adige tutti e tre i membri del collegio dei revisori dell'azienda sanitaria unica sono nominati dalla Giunta⁵⁴, che si trova così dotata del potere esclusivo di nomina tanto del vertice di governo dell'azienda, quanto dell'organo di controllo, ciò che non può non destare qualche perplessità.

Quanto infine al ruolo degli enti locali, dopo la loro drastica estromissione dalle funzioni di gestione diretta del servizio sanitario operata dal d.lgs. n. 502 del 1992, il d.lgs. n. 229 del 1999 ne ha rivalorizzato il ruolo nelle funzioni di programmazione e valutazione del servizio sanitario regionale. In particolare, il comma 2 *bis* dell'art. 2 del d.lgs. n. 502 del 1992, introdotto dal d.lgs. n. 229 del 1999, stabilisce che la legge regionale istituisca e disciplini «la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali». È infatti attraverso quest'organo, cui spetta in particolare l'espressione di un parere sul piano sanitario regionale, che gli enti locali concorrono alle funzioni di programmazione e valutazione del servizio sanitario regionale. Nella legislazione delle Regioni speciali attuativa dell'art. 2, comma 2 *bis*, sono individuabili tre diversi modelli di rapporto fra la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e l'organismo rappresentativo delle autonomie locali.

In un primo modello si dà piena coincidenza fra i due organi. È il caso della Valle d'Aosta, che nel dare pronta attuazione alla riforma sanitaria del 1999 con la legge regionale n. 5 del 2000, non ha istituito la specifica Conferenza prevista dalla norma statale, bensì ha attribuito funzioni di proposta nella programmazione sanitaria e di valutazione delle attività

⁵³ Cfr. Corte dei conti, sezione di controllo per la Regione Valle d'Aosta, *Relazione sulla gestione del Servizio sanitario della Regione Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste. Esercizio 2016*, p. 50.

⁵⁴ Art. 15, comma 1, l.p. n. 3 del 2017.

e risultati dell'azienda sanitaria al Consiglio permanente degli enti locali, cioè all'organo che in Val d'Aosta corrisponde al Consiglio delle Autonomie locali previsto per le Regioni ordinarie dall'art. 123, ultimo comma della Costituzione. L'organo rappresentativo degli enti locali valdostani (in cui, si noti, siedono i sindaci di tutti i Comuni della Valle) svolge così anche le funzioni che la riforma sanitaria del 1999 affida alla Conferenza permanente. Un secondo modello, in cui ugualmente la Conferenza non viene istituita come organo distinto da quello rappresentativo degli enti locali e tuttavia non si dà piena coincidenza fra i due organi, è attualmente rappresentato dal Friuli-Venezia Giulia. L'art. 9 della legge regionale n. 12 del 2015 di disciplina del Consiglio delle autonomie locali, infatti, dispone che questo organo eserciti le funzioni della Conferenza permanente di cui all'articolo 2, comma 2 *bis*, del d.lgs. n. 502 del 1992 e che nell'esercizio di tali funzioni la sua composizione sia integrata dai presidenti delle Conferenze dei sindaci previste in ambito aziendale, nonché dal rappresentante di Federsanità - ANCI, con diritto di parola.

La legge della Regione Sicilia n. 10 del 2008, che ha dato attuazione all'art. 2, comma 2 *bis* con nove anni di ritardo, rappresenta invece un terzo modello, in cui vi è piena distinzione fra Conferenza e organo rappresentativo degli enti locali. La Conferenza siciliana è infatti composta da due assessori regionali (per la sanità e per le politiche sociali e autonomie locali), dai presidenti delle Conferenze dei sindaci dei Comuni ricompresi nell'ambito territoriale delle Aziende sanitarie locali, nonché da un rappresentante dell'Associazione regionale dei comuni siciliani - A.N.C.I. Sicilia e da un rappresentante dell'Unione delle province regionali siciliane. Le modalità di raccordo fra la Conferenza per la programmazione sanitaria e la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali sono rimesse a un decreto del Presidente della Regione adottato previa delibera della Giunta regionale.

6. Conclusioni

L'analisi qui svolta ha cercato di mettere in luce come, al di là della parificazione fra Regioni ordinarie e Regioni a Statuto speciale quanto alle competenze legislative in materia di tutela della salute, le autonomie speciali godono effettivamente di una maggiore autonomia rispetto alle Regioni ordinarie nel settore della sanità. Essa consiste non tanto in una maggiore libertà di disciplina delle forme organizzative del servizio sanitario regionale, quanto piuttosto in una minore soggezione ai vincoli organizzativi posti dallo Stato a titolo di coordinamento della finanza pubblica⁵⁵, con misure che, al fine di contenere i costi

⁵⁵ Sulla finanza pubblica come *Grundnorm* costituzionale nei rapporti tra Stato e Regioni v. G. ROLLA, *Alcune considerazioni in merito al fondamento costituzionale del regionalismo speciale. L'apporto del diritto comparato*, in *Le Regioni*, 2015, pp. 333-356, 351 ss.

della spesa sanitaria, impongono una serie di restrizioni alla disciplina e alla gestione del servizio sanitario regionale⁵⁶.

Tale sottrazione ai vincoli statali imposti a titolo di coordinamento finanziario dipende principalmente dal fatto che il servizio sanitario regionale viene finanziato esclusivamente con risorse dei propri bilanci, senza alcun onere per il bilancio dello Stato. Ciò determina due peculiarità della specialità regionale in materia sanitaria. Da una parte, essa non caratterizza in modo uguale tutte le autonomie speciali, ma solo alcune di esse⁵⁷: come si è visto, infatti, l'autofinanziamento del servizio sanitario regionale non è previsto in Sicilia, in cui l'autonomia in materia sanitaria è di fatto minima, essendo la Regione da anni sottoposta al regime del piano di rientro. Dall'altra, essa gode di una tutela particolare, che va ricondotta non al testo originario degli Statuti speciali, né alle norme di attuazione statutaria, bensì alle particolari leggi statali rinforzate previste dagli Statuti speciali per la modifica delle disposizioni finanziarie degli Statuti speciali stessi, che possono a loro volta essere modificate solamente con l'accordo della Regione interessata (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige) o sentita la stessa (Friuli-Venezia Giulia e Sardegna).

Nell'esercizio di una potestà legislativa in materia sanitaria che non differisce da quella delle Regioni ordinarie se non per il menzionato profilo della frequente sottrazione ai vincoli imposti dallo Stato a titolo di coordinamento della finanza pubblica, le autonomie speciali si sono mantenute in un contesto di attuazione della normativa statale dettata dal d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche. In questo, la legislazione delle autonomie speciali non si è differenziata di molto da quella delle Regioni ordinarie, di cui talvolta ha seguite le tendenze, come mostra il menzionato caso dello *spoils system*.

Tale situazione di specialità attenuata è stata recentemente riaffermata dalla Corte costituzionale proprio con riferimento alle Province autonome, sottolineando che, in ambito sanitario, non vengono in rilievo le norme dello Statuto speciale del Trentino-Alto Adige/*Südtirol* (o delle relative disposizioni di attuazione), bensì l'art. 117, terzo comma, cost., in quanto trova applicazione la clausola di favore contenuta nell'art. 10 della legge cost. n. 3 del 2001⁵⁸. Sembra cioè di potere affermare che, nella materia sanitaria, la differenziazione ammissibile sia qualitativamente e quantitativamente minore rispetto ad altri settori, e ciò

⁵⁶ A conclusioni molto simili giunge, con riferimento alla Provincia Autonoma di Trento, F. DEBIASI, *Le competenze*, in *Trent'anni di autonomia*, vol. II, cit., 612, che sottolinea come l'esclusione dal riparto del fondo sanitario nazionale ha rafforzato notevolmente le competenze locali garantendo alla Provincia la salvaguardia delle proprie prerogative rispetto a ripetuti interventi normativi statali con i quali sono stati regolamentati assetti organizzativi e strutturali dei servizi, o addirittura modalità gestionali delle aziende sanitarie, con l'intento dichiarato di controllare le dinamiche di spesa.

⁵⁷ Cfr. M. COSULICH, *Le sanità regionali «speciali»*, cit., pp. 75-77, che sottolinea come in ambito sanitario le Regioni speciali siano speciali sì, «ma non troppo».

⁵⁸ Il riferimento è naturalmente alla già menzionata sentenza n. 231 del 2017.

in forza sia della natura stessa del bene tutelato, il diritto alla salute, sia della stretta interrelazione tra i profili prestazionali, finanziari e organizzativi⁵⁹.

Una siffatta conclusione sembra d'altronde consonante con la ricostruzione che vede nelle specialità regionali una deroga all'ordinamento complessivamente inteso, piuttosto che alla disciplina delle Regioni ordinarie⁶⁰, in quanto tali enti autonomi sono collegati storicamente ad «elementi pregiuridici» che ne giustificano l'esistenza e la peculiarità⁶¹: in campo sanitario, una tale deroga, per le ragioni accennate (inclusa quella che in esso domina il principio della leale cooperazione)⁶², è ammissibile soltanto entro spazi molto ristretti, sostanzialmente riconducibili all'autonomia in punto di spesa sanitaria, in quanto non finanziata dallo Stato.

⁵⁹ Di cui la vicenda attinente al d.m. recante gli standard ospedalieri costituisce, come si è visto sopra, un illuminante esempio, in particolare per quanto attiene al collegamento tra lo standard dei 3,7 posti letto per mille abitanti (di cui lo 0,7 destinato a posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie) e la pluralità di standard ospedalieri che a quello si raccordano (sul punto v. D. SERVETTI, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto: note a margine della sentenza della Corte n. 231 del 2017, rileggendo la n. 125 del 2015*, cit.).

⁶⁰ M. COSULICH, *Regioni a statuto speciale*, in *www.treccani.it* (Diritto-on-line), 2017. Tale criterio distintivo varrebbe anche a differenziare la specialità e il relativo regionalismo speciale rispetto al regionalismo asimmetrico: così G. ROLLA, *Alcune considerazioni in merito al fondamento costituzionale del regionalismo speciale. L'apporto del diritto comparato*, cit., p. 335.

⁶¹ A. D'ATENA, *Passato, presente... e futuro delle autonomie regionali speciali*, in *Rivista AIC*, n. 4/2014, p. 6.

⁶² Cfr. *supra*, nt. 41.