

Osservatorio sulle fonti

IL FINANZIAMENTO E LE PRINCIPALI LEGGI DI SPESA NEL SETTORE SANITARIO DELLA REGIONE SARDEGNA

di *Emanuele Talarico**

SOMMARIO: 1. L'assetto costituzionale. – 2. Il coordinamento finanziario statale e la legittimità costituzionale del contenimento della spesa sanitaria. – 3. Il nuovo regime delle entrate ed il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale. – 4. Il piano di riqualificazione e riorganizzazione del SSR. – 5. Il finanziamento della spesa sanitaria nel SSR della Sardegna. – 5.1. La legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23. – 5.2. La legge regionale 28 luglio 2006, n. 10. – 5.3. La legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (Fondo regionale per la non autosufficienza). – 5.4. La legge regionale 7 agosto 2007, n. 8 (Norme per l'istituzione di centri antiviolenza e case di accoglienza per le donne vittime di violenza). – 5.5. La legge regionale 15 marzo 2012, n. 6 (legge finanziaria 2012). – 6. Il cofinanziamento dell'edilizia sanitaria.

1. L'assetto costituzionale

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante le “Modifiche al titolo V della parte II della Costituzione” ha comportato una nuova formulazione, tra gli altri, degli articoli 117 e 119 della Costituzione. In particolare, per i profili che qui interessano, l'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost., disciplinando la ripartizione della potestà legislativa e regolamentare tra lo Stato e le Regioni, affida alla competenza esclusiva del legislatore statale la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». E' invece ricompresa tra le materie di legislazione concorrente, di cui al comma 3 del medesimo articolo, la *tutela della salute*.

A livello regionale, invece, lo Statuto della Sardegna¹, all'art. 4, comma 1, lett. *i*), attribuisce alla Regione la competenza legislativa concorrente in tema di *igiene e sanità pubblica*, nel rispetto dei *principi stabiliti dalle leggi dello Stato*².

Poiché l'art. 10, l. Cost. 3/2001, stabilisce espressamente che le disposizioni del nuovo Titolo V trovino applicazione anche per le Regioni a Statuto speciale, nei limiti in cui la nuova formulazione costituzionale preveda forme di autonomia più ampie rispetto a quelle già attribuite (*clausola di maggior favore*) e sino all'adeguamento dei rispettivi statuti, si è posto il problema di valutare l'esatta dimensione della competenza statale e di quella regionale speciale. Riguardo all'operatività della clausola di maggior favore, infatti, la Corte costituzionale ha stabilito che questa debba applicarsi anche quando si è in presenza di una competenza statutaria analoga ad una competenza prevista dal titolo

* Dottorando di ricerca in Scienze Giuridiche, Università di Pisa.

1 Legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3 – Statuto speciale per la Sardegna

2 E' di tutta evidenza la similitudine con la formulazione dell'art. 117, comma 3, Cost.: «Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato».

Osservatorio sulle fonti

V della Costituzione, ma il cui contenuto appare, in base alla formulazione, meno ampio³. Sulla base di tali considerazioni, la Corte Costituzionale ha così precisato che la *tutela della salute* costituisce una materia molto più ampia rispetto alle “vecchie” competenze *igiene e sanità* o *assistenza sanitaria e ospedaliera*⁴.

Alla luce dell’assetto costituzionale sopra delineato, la materia sanitaria risulta dunque affidata alla Regione, che esercita la propria potestà legislativa nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dal legislatore statale e dei *livelli essenziali di assistenza* (LEA), rimessi alla competenza del legislatore nazionale in virtù dell’art. 117, comma 2, lettera *m*), Cost.⁵

Peraltro, il differente grado di autonomia derivato dalla specialità regionale si riflette anche sul piano finanziario: con particolare riferimento all’ambito regionale sardo, infatti, il Titolo III dello Statuto, dedicato alle “*Finanze, Demanio e Patrimonio*”, dispone all’art. 7 che «la Regione ha una propria finanza, coordinata con quella dello Stato, in armonia con i principi della solidarietà nazionale, nei modi stabiliti dagli articoli seguenti». Il successivo art. 8, invece, disciplina il regime delle entrate, così come recentemente modificato⁶. A riguardo, si precisa che sebbene lo Statuto costituisca una normativa di grado costituzionale, suscettibile di modifica esclusivamente con il procedi-

³ Spesso si tratta di confrontare formule linguistiche che, pur indicando analoghi ambiti materiali, non sono immediatamente sovrapponibili, tanto da rendere, in alcuni casi, non agevole verificare se le competenze dedotte dalle disposizioni del titolo V della Costituzione costituiscano in concreto una condizione più vantaggiosa rispetto alla corrispondente attribuzione statutaria.

⁴ Corte Cost. 23 giugno 2005, n. 270; in particolare, Corte Cost. 31 marzo 2006, n. 134, considerato in diritto n. 8, sui ricorsi promossi dalla Regione Friuli-Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Trento: «la competenza legislativa concorrente concernente la “tutela della salute” è assai più ampia rispetto alla precedente relativa all’“assistenza ospedaliera”. Quindi deve ritenersi che in questa materia l’applicazione dell’art. 10, l. cost. n. 3 del 2001, trovi fondamento nella maggiore estensione della “tutela della salute” rispetto alle corrispondenti competenze statutarie in materia sanitaria [...] 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. La riconduzione delle attribuzioni dei soggetti ad autonomia speciale in materia sanitaria all’art. 117, terzo comma, della Costituzione, implica però [...] il contemporaneo assoggettamento delle stesse 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».

⁵ Prima della novella costituzionale del Titolo V, il concetto di *livello essenziale* ha trovato applicazione proprio in tema di sanità. Infatti, la previsione dei livelli delle prestazioni si deve in prima battuta all’art. 3, comma 2, l. 23 dicembre 1978, n. 833 – Istituzione del SSN, il quale dispone testualmente che: «La legge dello Stato, in sede di approvazione del PSN di cui all’art. 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini». Successivamente, l’art. 1, comma 3, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, (c.d. “*riforma bis*” della Sanità), come modificato dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, (c.d. “*riforma ter*” della Sanità), li ha definiti come livelli – essenziali ed uniformi – di assistenza da determinarsi «contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica».

⁶ Art. 1, comma 834, l. 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007).

Osservatorio sulle fonti

mento stabilito dalla Costituzione per le leggi costituzionali⁷, per espressa previsione statutaria il titolo III (artt. 7 – 14) è invece modificabile con legge ordinaria statale, purché adottata di concerto con la Regione⁸.

2. Il coordinamento finanziario statale e la legittimità costituzionale del contenimento della spesa sanitaria

Nella fase applicativa del criterio di riparto ora illustrato, il legislatore nazionale, in più occasioni, non si è limitato ad enunciare i principi fondamentali della materia, ma è intervenuto con norme di dettaglio, tese soprattutto ad inserire puntuali limitazioni di spesa, in contrasto con il dettato costituzionale. Si è dunque posto (ed ancora oggi si pone) il problema di conciliare l'autonomia delle autonomie speciali garantendo, nel contempo, il ruolo dello Stato quale coordinatore della finanza pubblica.

Sembra pertanto opportuno illustrare le principali pronunce della Corte Costituzionale, che ha fornito in più occasioni (anche se non sempre coerentemente) un criterio interpretativo dirimente.

Tale analisi deve essere condotta all'interno del perimetro tracciato dai criteri generali individuati, da un lato, nel principio stabilito dalla Corte Costituzionale nella sentenza 19 giugno 2002, n. 282, per il quale l'art. 117, comma 2, lett. m), possiede un *carattere trasversale*, giustificato dalla necessità – generale – di assicurare l'uniformità delle prestazioni garantite, intese come contenuto essenziale dei corrispondenti diritti civili e sociali⁹; per altro verso, nell'orientamento consolidato della giurisprudenza costituzionale per il quale «le norme che fissano vincoli puntuali relativi a singole voci di spesa dei bilanci delle Regioni e degli enti locali non costituiscono principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost., e ledono pertanto l'autonomia finanziaria di spesa garantita dall'art. 119 Cost.»¹⁰

In generale, può affermarsi che la giurisprudenza costituzionale sia stabilmente orientata nel considerare le norme statali che fissano limiti alla spesa di enti pubblici regionali come principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica a condizione 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»¹¹.

7 Art. 54, comma 1, l. Cost. 26 febbraio 1948, n. 3 – Statuto per la Sardegna.

8 Art. 54, comma 5, l. Cost. 26 febbraio 1948, n. 3 – Statuto per la Sardegna.

9 Corte Cost. 26 giugno 2002, n. 282, considerato in diritto n. 3: «Quanto poi ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, 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».

10 Corte Cost. 14 novembre 2005, n. 417, considerato in diritto n. 6.3.

11 Corte Cost. 18 luglio 2008, n. 289, considerato in diritto n. 4.4. Si vedano, inoltre, le sentenze della Corte Cost. n. 88/2006, 169/2007 e 120/2008.

Osservatorio sulle fonti

Pertanto, i limiti di spesa previsti dalla legge statale non possono essere considerati un principio fondamentale in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica, quando la stessa stabilisca un precetto specifico e puntuale all'entità della spesa. Diversamente, si realizzerebbe quella «indebita invasione, da parte della legge statale, dell'area [...] riservata alle autonomie regionali e degli enti locali, alle quali la legge statale può prescrivere criteri [...] ed obiettivi (ad esempio, contenimento della spesa pubblica) ma non imporre nel dettaglio gli strumenti concreti da utilizzare per raggiungere quegli obiettivi»¹².

Tuttavia, nell'ottica del contenimento della spesa sanitaria, la Corte Costituzionale ha «legittimato» una maggiore incisività dell'intervento statale, soprattutto in considerazione degli obblighi di finanza pubblica assunti dallo Stato in ambito comunitario e della correlata responsabilità in caso di inadempimento.

A tale «potere di coordinamento» sono soggetti anche gli enti ad autonomia speciale, posto che «la finanza delle Regioni a statuto speciale è parte della «finanza pubblica allargata» nei cui riguardi lo Stato aveva e conserva 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, come quelli relativi al cosiddetto patto di stabilità interno»¹³.

Secondo tale giurisprudenza, con specifico riferimento agli enti ad autonomia differenziata, il legislatore statale può quindi legittimamente «imporre agli enti autonomi vincoli alle politiche di bilancio (ancorché si traducano, inevitabilmente, in limitazioni indirette all'autonomia di spesa degli enti), ma solo, con disciplina di principio e per ragioni di coordinamento finanziario connesse ad obiettivi nazionali, condizionati anche dagli obblighi comunitari»¹⁴.

La ragione giustificatrice è stata individuata dalla Corte nella superiore esigenza di assicurare la stabilità dei conti pubblici. Per la Corte, infatti, «lo scopo perseguito dal legislatore, di evitare l'aumento incontrollato della spesa sanitaria, è compatibile con i principi espressi da detti parametri costituzionali [art. 117, comma 3 e art. 119 Cost.] nella considerazione [...] della necessità di assicurare, ad un tempo, l'equilibrio della finanza pubblica e l'uguaglianza di tutti i cittadini nel godimento dei diritti fondamentali, tra cui indubbiamente va ascritto il diritto alla salute¹⁵. Ed è appunto perché il diritto alla salute spetta ugualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio

12 Corte Cost. 17 dicembre 2004, n. 390, considerato in diritto n. 4.

13 Corte Cost. 29 dicembre 2004, n. 425, considerato in diritto n. 5.

14 Corte Cost. n. 417/2005 cit., considerato in diritto n. 6.3. Più precisamente, «perché detti vincoli possano considerarsi rispettosi dell'autonomia delle Regioni e degli enti locali debbono avere ad oggetto o l'entità del disavanzo di parte corrente oppure - ma solo in via transitoria ed in vista degli specifici obiettivi di riequilibrio della finanza pubblica perseguiti dal legislatore statale - la crescita della spesa corrente degli enti autonomi; in altri termini, la legge statale può stabilire solo un limite complessivo, che lascia agli enti stessi ampia libertà di allocazione delle risorse fra i diversi ambiti e obiettivi di spesa».

15 Corte Cost. 2 aprile 2009, n. 94, considerato in diritto n. 7.7. Si veda, inoltre, Corte Cost. sentenza n. 203 del 2008.

Osservatorio sulle fonti

nazionale che detta spesa, in considerazione degli obiettivi della finanza pubblica e delle costanti e pressanti esigenze di contenimento della spesa sanitaria, si presta ad essere tendenzialmente manovrata, in qualche misura, dallo Stato»¹⁶.

In tale ottica, pertanto, lo Stato è autorizzato ad incidere «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»¹⁷.

In altri termini, l'obbligo di risanamento della finanza pubblica costituisce la ragione giustificatrice della generale partecipazione di tutte le Regioni, comprese quelle a Statuto speciale e dell'imposizione dei vincoli statali. Tuttavia, come la stessa Corte Costituzionale ha avuto modo di chiarire, «un tale obbligo deve essere temperato e coordinato con la speciale autonomia in materia finanziaria di cui godono le predette Regioni, in forza dei loro statuti»¹⁸. Secondo i giudici costituzionali, è dunque l'*accordo*¹⁹ a rappresentare lo strumento più idoneo per armonizzare tali diverse esigenze²⁰.

Dato che dal 2007 la Regione Sardegna finanzia integralmente la propria spesa sanitaria²¹, pare opportuno segnalare ancora quel recente orientamento della Corte Costituzionale per il quale «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», quando interamente sostenuta dall'ente autonomo²².

16 Cfr. Corte Cost. sentenze, n. 193 e n. 98 del 2007; n. 203 del 2008.

17 Corte Cost. n. 94/2009 cit., considerato in diritto n. 7.7.

18 Corte Cost. 16 marzo 2007, n. 82, considerato in diritto n. 6.

19 Introdotto per la prima volta dall'art. 48, comma 2, secondo periodo, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica), seguito dall'art. 28, comma 15, della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo), e riprodotto in tutte le leggi finanziarie successivamente adottate, dalla legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2000), fino alla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2007).

20 Corte Cost. 82/2007 cit., considerato in diritto n. 6: «In tale prospettiva [...] la previsione normativa del metodo dell'accordo tra le Regioni a statuto speciale e il Ministero dell'Economia, 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"».

Ed ancora: «il metodo dell'accordo [...] deve essere tendenzialmente preferito ad altri, dato che la necessità di un accordo tra lo Stato e gli enti ad autonomia speciale nasce dall'esigenza di rispettare l'autonomia finanziaria di questi ultimi. Tuttavia, in materia di controlli di spesa delle Regioni ad autonomia speciale, il metodo dell'accordo deve risultare compatibile con il rispetto degli obiettivi del patto di stabilità, della cui salvaguardia anche le Regioni speciali devono farsi carico» (considerato in diritto n. 7). Si vedano, inoltre, Corte Cost. 25 novembre 2004, n. 353, considerato in diritto n. 3 e n. 4.

21 vd. *infra*.

22 Corte Cost. 30 dicembre 2009, n. 341, considerato in diritto n. 6. Nel caso specifico, si trattava della Provincia autonoma di Trento. La medesima argomentazione è stata sostenuta, con riferimento ad un caso analogo, anche da Corte Cost. 15 aprile 2010, n. 133, considerato in diritto 7.2.

Osservatorio sulle fonti

3. Il nuovo regime delle entrate ed il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale

Sulla scorta del quadro statutario e costituzionale delineato, l'art. 1, comma 836, l. 296/2006 (legge finanziaria 2007), ha stabilito che dall'anno 2007 la Regione sarda debba «provvedere al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato».

Si è dato così attuazione al processo di uscita dal Fondo Sanitario Nazionale, già previsto per le Regioni ordinarie con le modalità²³ e le compensazioni²⁴ stabilite dal d.lgs. n. 56/2000, mentre per quelle a Statuto Speciale attuato mediante la nuova contrattazione delle entrate statutariamente previste.

Il sistema delle fonti di finanziamento della sanità è dunque mutato radicalmente a partire dall'anno 2007, mentre la fase transitoria, relativa agli anni 2007, 2008 e 2009, è stata coperta con l'incremento della partecipazione regionale al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale mediante la previsione di risorse attribuite dal legislatore nazionale a titolo di compartecipazione IVA²⁵.

A partire dall'esercizio 2010 sono quindi venute meno le entrate a destinazione vincolata²⁶; tuttavia, la Regione incamera i 9/10 del gettito IVA prodotto sul territorio regionale, con cui provvede al finanziamento del proprio fabbisogno sanitario. In base alle rilevazioni della stessa Corte dei Conti, ciò ha comportato che le nuove entrate stanziante, accertate e riscosse nel 2010 e nel 2011 a titolo di compartecipazione IVA siano risultate superiori a quelle destinate al finanziamento della spesa sanitaria di parte corrente nei tre esercizi precedenti.

4. Il piano di riqualificazione e riorganizzazione del SSR (c.d. piano di rientro)

23 Art. 1, comma 1, lett. d), d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56: «A decorrere dall'anno 2001 cessano i trasferimenti erariali in favore delle Regioni a statuto ordinario previsti dalle seguenti disposizioni: [...] d) articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, relativo al finanziamento della spesa sanitaria corrente e in conto capitale».

24 Art. 1, comma 4, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56: «I trasferimenti soppressi ai sensi del presente articolo sono compensati con la compartecipazione regionale all'imposta sul valore aggiunto (IVA), di cui all'articolo 2, con l'aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), di cui all'articolo 3, comma 1, e dall'aumento della compartecipazione di cui all'articolo 4, nelle misure necessarie a realizzare detta compensazione. A quest'ultimo fine, le aliquote e le quote di compartecipazione sono stabilite dagli articoli 2, 3 e 4, sulla base di dati previsionali e, successivamente, ove necessario, determinati in via definitiva sulla base di dati consuntivi a norma dell'articolo 5».

25 Art. 1, comma 836, l. 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007): «Per gli anni 2007-2009 la quota dei nove decimi dell'imposta sul valore aggiunto sui consumi è attribuita sino alla concorrenza dell'importo risultante a carico della regione per la spesa sanitaria dalle delibere del CIPE per gli stessi anni 2007-2009, aumentato dell'importo di 300 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009».

26 Art. 1, comma 838, l. 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007): «La nuova compartecipazione della regione Sardegna al gettito erariale entra a regime dall'anno 2010».

Osservatorio sulle fonti

Sebbene dall'anno 2007 il finanziamento regionale della sanità sia improntato all'autosufficienza, sembra opportuno illustrare l'impegno della Regione sarda per il recupero delle somme di derivazione statale riferibili agli anni 2001-2005 e gli accordi intervenuti a tal fine tra la Regione Sardegna ed i Ministri della Salute e dell'Economia.

Il punto di partenza è rappresentato dalla l. 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005). Con la legge finanziaria in esame, lo Stato si è fatto carico del risanamento del SSN relativamente agli anni 2001, 2002 e 2003²⁷, mediante il ripianamento dei debiti dei SSR. L'accesso al finanziamento da parte delle Regioni era tuttavia subordinato alla stipula di un'Intesa Stato-Regioni ed al rispetto di una serie di adempimenti²⁸.

27 Art. 1, comma 164, l. 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005): «Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del SSN per gli anni 2001, 2002 e 2003. [...] Le predette disponibilità finanziarie sono ripartite tra le Regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni».

L'art. 1, comma 279, l. 23 dicembre 2005, n. 266, (legge finanziaria 2006) ha esteso l'impegno dello Stato anche all'anno 2004: «Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004 [...] L'erogazione del suddetto importo da parte dello Stato è subordinata all'adozione, da parte delle regioni, dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico per i medesimi anni».

28 Art. 1, comma 173, l. 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005): «L'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 164, rispetto al livello di cui all'accordo Stato-Regioni del 8 agosto 2001, [...] è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, l. 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), che contempra ai fini del contenimento della dinamica dei costi: **a**) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione; **b**) i casi nei quali debbano essere previste modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze ai fini di una migliore definizione delle misure da adottare; **c**) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario; **d**) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale; **e**) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi; **f**) in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale».

Osservatorio sulle fonti

L'inosservanza di tali obblighi comportava l'esclusione dal finanziamento per gli anni 2005, 2006 e 2007, nonché il recupero delle somme eventualmente erogate²⁹.

Nel caso di inadempimento degli obblighi, o qualora questi si fossero rivelati insufficienti a ripristinare condizioni di equilibrio economico finanziario, la Regione aveva l'onere di provvedere alla ricognizione delle cause ed all'elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del SSR, di durata non superiore al triennio. I Ministri della Salute, dell'Economia e la singola Regione avrebbero quindi dovuto stipulare un apposito accordo, atto ad individuare gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA e degli adempimenti di cui all'Intesa.

La sottoscrizione dell'accordo, e la regolare verifica dell'attuazione del programma³⁰, rappresentavano la condizione necessaria per l'attribuzione del finanziamento alla Regione³¹. La stessa legge finanziaria consentiva, inoltre, per gli anni 2005, 2006 e 2007, l'erogazione anticipata del finanziamento in favore della Sardegna (e della Sicilia) «nella misura del 95 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni delle medesime regioni»³².

In ottemperanza a quanto disposto dalla legge, la Regione Sardegna ha dunque stipulato l'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005³³ e successivamente, il 31 luglio 2007, l'accordo con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia.

In particolare, ai sensi dell'art.1, comma 1, la Sardegna si è impegnata ad adottare il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione del SSR, in coerenza con il Piano Regionale dei Servizi Sanitari³⁴ (2006-2008), sottoponendo il monitoraggio e l'attuazione del Piano di rientro ad un "Tavolo tecnico"³⁵ convocato secondo un calendario predefinito³⁶. Il Piano, con l'obiettivo dichiarato del raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione del SSR (entro il 2010), è stato quindi approvato nell'estate del 2007³⁷.

Tuttavia, nella Relazione approvata con deliberazione n. 23 del 2011, la Corte dei Conti (Sezione di controllo per la Regione Sardegna) ha evidenziato che l'obiettivo di riduzione del disavanzo non era stato raggiunto³⁸.

29 Art. 1, comma 176, l. 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005).

30 Mediante "Tavoli tecnici". Cfr. art. 12, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, (Attuazione dell'art. 1, comma 173, l. 311/2004).

31 Art. 1, comma 180, l. 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005).

32 Art. 1, comma 184, l. 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005).

33 Art. 13, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, n. 2271, (Attuazione dell'art. 1, comma 173, l. 311/2004): «I contenuti della presente Intesa si applicano alle Regioni a Statuto speciale ed alle Provincie autonome compatibilmente con gli Statuti di autonomia e le relative norme di attuazione».

34 Art. 1, comma 3, Accordo Sardegna – Ministri della Salute e dell'Economia, 31 luglio 2007.

35 Art. 2, comma 2, Accordo Sardegna – Ministri della Salute e dell'Economia, 31 luglio 2007.

36 Art. 2, comma 3, Accordo Sardegna – Ministri della Salute e dell'Economia, 31 luglio 2007.

37 Cfr. Delibera della Giunta Regionale 22/7 del 7 giugno 2007 e 30/33 del 2 agosto 2007.

38 Corte dei Conti, deliberazione 23/2011 SSR Sardegna, pag. 21 e deliberazione 97/2012, SSR Sardegna, pag 9.

5. Il finanziamento della spesa sanitaria nel SSR della Sardegna

Il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale sardo è attualmente disciplinato da una normativa integrata, individuabile nelle leggi regionali 23 dicembre 2005, n. 23 (Sistema integrato dei servizi alla persona)³⁹ e 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna)⁴⁰, a cui devono aggiungersi la legge regionale 29 maggio 2007, n. 2, istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza e la legge regionale 7 agosto 2007, n. 8, istitutiva del fondo per le donne vittime di violenza.

5.1. La legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23

Pur non riguardando direttamente il servizio sanitario regionale, particolare rilievo deve attribuirsi alla legge della Regione sarda n. 23/2005, con la quale è stato istituito il cosiddetto “Sistema integrato dei servizi alla persona”.

Tale sistema è volto a favorire il benessere delle persone e delle famiglie in situazioni di bisogno, attraverso la realizzazione di azioni di prevenzione, riduzione ed eliminazione delle condizioni di disagio dovute a problemi economici, difficoltà sociali o condizioni di non autonomia⁴¹.

Per la realizzazione di questi obiettivi, la Regione predispone un “Piano regionale dei servizi alla persona”, da integrare con il “Piano dei servizi sanitari”⁴². Infatti, al fine di garantire l’unitarietà della gestione e l’integrazione dei servizi sociali e sanitari entro territori omogenei, la legge prevede che l’ambito territoriale di programmazione coinci-

In particolare, si veda il *Documento di sintesi – “Piani di rientro: opportunità e prospettive”*, elaborato dal *SiVeAS* (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull’Assistenza Sanitaria), relativamente alla Regione Sardegna p. 38: «La verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo, il che ha comportato, trattandosi dell’ultimo anno del triennio, una valutazione complessivamente negativa dell’attuazione del Piano. In conseguenza di tale inadempienza, Tavolo e Comitato hanno ritenuto che la Regione debba valutare la possibilità attraverso la predisposizione di ulteriore documentazione da prodursi in tempo utile per consentire una valutazione entro il 31 dicembre 2010, se ritenga di fare un ulteriore sforzo per l’attuazione del Piano. Resta fermo che in caso di mancata richiesta della predetta possibilità al termine dell’anno in corso da parte della Regione, i Ministeri competenti comunicheranno la definitiva perdita della facoltà di accesso alla quota residua della seconda tranche e gli importi relativi alla terza tranche».

Il 15 febbraio 2011 si è svolta la riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA e la Regione Sardegna i quali, dopo aver verificato che «non risulta pervenuta ulteriore documentazione adeguata ed idonea a consentire una valutazione positiva entro il 31 dicembre 2010, valutano che **si sono manifestati i presupposti per la perdita, da parte della Regione Sardegna, della possibilità di accesso alle risorse residue**» (pari a circa 14,8 milioni di euro).

39 Ha inoltre abrogato la legge regionale n. 4 del 1988, sul riordino delle funzioni socio-assistenziali.

40 Ha inoltre abrogato la precedente legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5, di riforma del S.s.n.

41 Art. 1, l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

42 Art. 19, l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

Osservatorio sulle fonti

da con l'ambito del distretto sanitario⁴³, nel rispetto del principio di “leale collaborazione tra amministrazioni”⁴⁴.

Le aziende sanitarie locali sono quindi chiamate alla cooperazione con gli enti territoriali e la Regione⁴⁵, al fine di costruire – con i Comuni – un sistema condiviso di intervento sociosanitario, in attuazione del principio di sussidiarietà richiamato all'art. 2, comma 1, lettera *f*), della stessa legge.

I Comuni e le Asl provvedono quindi alla programmazione ed alla realizzazione del sistema integrato ed all'attuazione locale dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria, di cui all'art. 3-*septies*, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria)⁴⁶, attraverso il Piano locale unitario dei servizi (PLUS)⁴⁷, secondo gli indirizzi indicati nel “Piano regionale dei servizi alla persona”, di cui all'art. 18 della legge in esame.

Da un punto di vista finanziario, il sistema integrato è finanziato con le risorse stanziolate dai Comuni, dalla Regione, dallo Stato e dall'Unione europea. In particolare, la Regione provvede alla ripartizione dei finanziamenti derivanti da risorse proprie e dagli stanziamenti statali e comunitari agli enti locali, al fine di assicurare la realizzazione dei livelli essenziali sociali e sociosanitari ed il cofinanziamento degli interventi di competenza dei Comuni.

A tale scopo, la Regione istituisce nel proprio bilancio appositi stanziamenti che costituiscono il “Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona”, distinto, rispettivamente, in parte corrente e in conto capitale, in cui confluiscono le risorse regionali, statali e comunitarie. Il fondo è ripartito tra i Comuni in base a dei criteri predefiniti⁴⁸.

L'art. 18, l.r. 30 giugno 2011, n. 12, ha poi previsto, mediante l'introduzione dell'art. 25-*bis* nel corpo della legge regionale 23/2005, la possibilità di erogare finanziamenti regionali straordinari ai Comuni per «esigenze di particolare urgenza e inderogabilità riferite all'affidamento di minori e di anziani disposti dall'autorità giudiziaria o di minori stranieri non accompagnati».

43 Art. 15, l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

44 Art. 2, comma 1, lettera *c*), l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

45 Art. 17, comma 2, lettera *b*), l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

46 Art. 3-*septies*, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria): «Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. [...]

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza».

47 Art. 21, comma 1, l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

48 Sulla base di parametri individuati in relazione a: *a*) i livelli essenziali sociali e sociosanitari da garantire su tutto il territorio regionale; *b*) la situazione demografica, epidemiologica, territoriale e socio-economica dei vari ambiti; *c*) gli standard qualitativi e quantitativi dei servizi e la loro omogeneità nel territorio regionale.

Osservatorio sulle fonti

Il finanziamento dei servizi sociali è quindi integrato dalle (eventuali) ulteriori risorse stanziare dai Comuni ed inserite nei propri bilanci comunali⁴⁹, nonché da quelle provenienti dalle Asl, le quali devono definire, in un apposito capitolo di bilancio, le risorse da suddividere per distretti e destinare all'integrazione dei servizi sociali e sanitari ed alla realizzazione di quella componente di servizi oggetto del PLUS⁵⁰.

In linea generale, anche i soggetti destinatari dei servizi e degli interventi sociali partecipano alla spesa secondo criteri di solidarietà e di progressività, tranne coloro che manifestano una situazione economica inferiore alla soglia minima determinata dalla Regione, in base all'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

Sul versante della spesa, è il PLUS che individua la ripartizione delle risorse⁵¹ tra il Comune, l'Asl, la Provincia e le organizzazioni sociali solidali pubbliche o private (le quali devono espressamente impegnarsi a concorrere alla realizzazione del sistema integrato anche con risorse proprie)⁵². Il PLUS ha una durata triennale, ma l'aggiornamento economico-finanziario è annuale ed è elaborato dai Comuni d'intesa con le Asl ed approvato con le forme e le modalità regolate dal Piano stesso⁵³.

5.2. La legge regionale 28 luglio 2006, n. 10

La legge regionale 10/2006, di riforma del Sistema sanitario regionale, varata dopo oltre dieci anni dal precedente intervento normativo, costituito dalla legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5, struttura il SSR con l'espressa finalità di garantire i *livelli essenziali di assistenza* (LEA)⁵⁴, in accordo col generale principio costituzionale contenuto all'art. 32, comma 1, Cost.⁵⁵

Come già osservato per la l.r. 23/2005, anche nella legge in esame il legislatore regionale sancisce la stretta integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, sulla base dei principi stabiliti dal citato articolo 3-*septies* del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.

49 Art. 23, comma 3, l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

50 Art. 32, comma 3, l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

51 Art. 20, comma 1, lettera d), l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

52 Art. 21, comma 4, l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

53 Art. 21, commi 3 e 5, l.r. 23 dicembre 2005, n. 23

54 Art. 1, comma 3, l.r. 28 luglio 2006, n. 10: «La Regione assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, garantiti sull'intero territorio regionale e finanziati con risorse pubbliche». La determinazione dei LEA è stata rimessa dal d.l. n. 347/2001 ad un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da concertarsi in sede di Conferenza Stato-Regioni. Il d.P.C.M. 29 novembre 2001 (allegato 1) ha quindi definito i livelli essenziali di assistenza sanitaria, ripartendoli in tre macroaree: assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera.

L'art. 54, comma 2, l. 27 dicembre 2002, n. 289 (finanziaria 2003), ha quindi confermato tale procedura di determinazione: «Le prestazioni riconducibili ai [...] livelli di assistenza e garantite dal SSN sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001».

55 Art. 32, comma 1, Cost.: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

Osservatorio sulle fonti

502, dalla l.r. 23 dicembre 2005, n. 23, dal Piano regionale dei servizi sociali e dal Piano regionale dei servizi sanitari⁵⁶.

Quest'ultimo, di durata triennale, non individua solamente gli interventi di carattere generale per il perseguimento degli obiettivi di salute e di qualità del SSR regionale⁵⁷, anche con riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale⁵⁸, ma deve indicare anche le «risorse disponibili e le attività da sviluppare»⁵⁹. Gli indicatori di fabbisogno in esso determinati condizionano, inoltre, la realizzazione di nuove strutture sanitarie, così come il trasferimento, la ristrutturazione, l'ampliamento ed il completamento di quelle già esistenti⁶⁰.

Quanto al finanziamento del sistema sanitario regionale, questo è assicurato dal **Fondo sanitario regionale**, costituito dai fondi assegnati alla Regione o da questi acquisiti ai sensi della normativa vigente, nonché, ove presenti, dalla quota regionale di partecipazione alla spesa sanitaria e dai fondi regionali destinati a finanziare eventuali livelli integrativi di assistenza definiti a livello regionale⁶¹.

Il Fondo è ripartito secondo i criteri individuati dalla Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente in materia di sanità, tra le Asl⁶² e le altre aziende ed

56 Art. 1, comma 21, art. 13 e art. 14, l.r. 28 luglio 2006, n. 10

57 In particolare, il PRS illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio con particolare riguardo alle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute; indica le aree prioritarie di intervento ai fini del raggiungimento di obiettivi di salute, anche attraverso la predisposizione di progetti obiettivo; individua gli strumenti finalizzati ad orientare il SSR verso il miglioramento della qualità dell'assistenza; fornisce indirizzi relativi alla formazione ed alla valorizzazione delle risorse umane; definisce la rete ospedaliera riguardo alla distribuzione dell'offerta dei posti letto pubblici e privati fra le aziende sanitarie locali e ospedaliere, alla presenza nelle aziende sanitarie delle diverse discipline, nonché all'individuazione dei centri di riferimento di livello regionale; individua le priorità e gli obiettivi per la programmazione attuativa locale.

58 Art. 12, comma 1, l.r. 28 luglio 2006, n. 10. Ai sensi del comma 2 dell'articolo, è compito dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale predisporre la proposta del Piano regionale dei servizi sanitari da presentare alla Giunta regionale per l'approvazione preventiva. Questa è successivamente presentata al Consiglio regionale, entro il 30 giugno dell'ultimo anno di vigenza del piano in scadenza, per l'approvazione entro il successivo 31 ottobre. Alla Giunta regionale spetta invece l'approvazione degli atti di attuazione del Piano; le linee guida ed i progetti-obiettivo attuativi sono parimenti adottati dalla Giunta regionale, ma previo parere della competente Commissione consiliare, che lo esprime entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi i quali il parere si intende espresso positivamente.

59 Così l'art. 12, comma 5, lett. e), l.r. 28 luglio 2006, n. 10.

Si veda in proposito il *Piano regionale dei servizi sanitari* (l'ultima versione è relativa agli anni 2006-2008 e quindi ampiamente scaduta), parte III, n. 2 "Il governo economico del SSR". Sull'assenza del nuovo Piano sanitario regionale, lo stato di riforma del SSR ed il disavanzo della sanità regionale, si veda il resoconto della seduta del Consiglio Regionale sardo n. 314 del 22 marzo 2012.

60 Art. 5, comma 1, l.r. 28 luglio 2006, n. 10.

61 Art. 26, comma 1, l.r. 28 luglio 2006, n. 10

62 Art. 26, comma 2, l.r. 28 luglio 2006, n. 10 (come sostituito dall'articolo 9 della l.r. 7 novembre 2012, n. 21): «Nella definizione dei criteri relativi alle ASL si tiene conto dei livelli essenziali di assistenza e di: a) popolazione residente, tenuto conto delle caratteristiche demografiche rilevanti ai fini dei bisogni di assistenza; b) variabili di contesto, con particolare riferimento alle caratteristiche infrastrutturali del territorio, alla variabilità demografica stagionale e ai fenomeni di spopolamento; c)

Osservatorio sulle fonti

istituti pubblici⁶³ di cui all'articolo 1, comma 3, limitatamente alle specifiche funzioni assistenziali assegnate.

Per quanto attiene i destinatari del riparto, tuttavia, sembra opportuno segnalare fin d'ora che gli attuali soggetti istituzionali deputati all'assistenza sanitaria regionale sono stati oggetto di un ripensamento – fondamentalmente con procedimenti di accorpamenti e scorporo – affidato alla legge regionale 7 agosto 2009, n. 3

Con la legge in esame, “Disposizioni in materia di sistema sanitario regionale”, infatti, il legislatore regionale ha inteso migliorare i servizi ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche del sistema sanitario regionale, mediante un processo di riforma che coinvolgesse gli attuali assetti istituzionali ed organizzativi⁶⁴. A tal fine, è stata prevista l'istituzione di “macro aree” in modo da garantire un «livello ottimale per l'esercizio e la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie, comprese quelle ospedaliere»⁶⁵. Pertanto, le strutture ospedaliere – singole o funzionalmente accorpate⁶⁶ – in possesso, al momento dell'istituzione dell'azienda, di alcune precise caratteristiche⁶⁷ possono essere costituite in “azienda autonoma”. A tal fine la normativa ha consentito il commissariamento delle Aziende nella loro attuale configurazione, disponendo che ciascun commissario provvedesse alla redazione di un apposito progetto di scorporo da sottoporre all'attenzione della Regione⁶⁸.

fabbisogno di assistenza tenuto conto della domanda di prestazioni e della rete dei servizi e presidi; *d*) obiettivi assistenziali e funzioni di coordinamento assegnati alle ASL dalla programmazione regionale».

63 *a*) le Aziende sanitarie locali (ASL); *b*) le Aziende ospedaliere-universitarie di Cagliari e di Sassari, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419); *c*) l'Azienda ospedaliera di rilievo nazionale “G. Brotzu”; *d*) gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ove aventi sede nel territorio regionale; *e*) altri soggetti pubblici e privati accreditati con i quali la Regione e le ASL abbiano stipulato accordi contrattuali.

64 Art. 12, comma 1, l. regionale 7 agosto 2009, n. 3.

65 Art. 12, comma 2, l. regionale 3/2009 cit. In particolare, le macro aree sono deputate alla *a*) gestione del patrimonio delle aziende in esse ricadenti; *b*) formazione, gestione delle competenze economiche e della situazione contributiva previdenziale del personale delle aziende in esse ricadenti; *c*) gestione e organizzazione delle reti informatiche e della connessa tecnologia, inclusa la gestione dei sistemi di prenotazione centralizzata delle prestazioni sanitarie; *d*) gestione e organizzazione dei magazzini, anche centralizzati per macroarea, e della relativa logistica; *e*) funzioni di centrale di committenza ai sensi del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE), articolo 33, e successive modifiche ed integrazioni.

66 In tal caso, ai sensi dell'art. 12, comma 7, l. regionale 3/2009 cit., «le strutture ospedaliere da scorporare dalle ASL per costituirle in aziende ospedaliere autonome o per accorparle ad altre aziende già esistenti, sono individuate con deliberazione della Giunta regionale, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità».

67 Di cui all'art. 12, comma 6, l. regionale 3/2009 cit.

68 Ai sensi dell'art. 12, comma 8, l. regionale 3/2009 cit., «per consentire la realizzazione del processo di riforma degli assetti istituzionali ed organizzativi del sistema sanitario regionale, con deliberazione della Giunta regionale si provvede [...] al commissariamento delle aziende sanitarie ed ospedaliere

Osservatorio sulle fonti

5.3. La legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (Fondo regionale per la non autosufficienza)

La legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (legge finanziaria 2007), in accordo con la legge regionale n. 23 del 2005, con il Piano regionale dei servizi sociali ed il Piano regionale dei servizi sanitari, ha istituito un fondo regionale per la non autosufficienza, al fine di sostenere le persone non autosufficienti e le relative famiglie⁶⁹.

Dal punto di vista finanziario, il Fondo è alimentato mediante risorse regionali, statali⁷⁰ e comunitarie.

In particolare, il fondo finanzia alcuni interventi assistenziali disposti dal legislatore regionale per: a) azioni di integrazione socio-sanitaria⁷¹; b) piani personalizzati per persone con disabilità grave⁷²; c) il finanziamento del programma sperimentale “*Ritornare*”

nonché delle aziende ospedaliero-universitarie; in quest’ultimo caso i commissari sono nominati d’intesa con i competenti rettori».

Per tali finalità, il successivo comma 9 prevede che «al fine di procedere all’individuazione dell’ambito territoriale delle costituende macro aree [...] e delle funzioni da attribuire alle medesime, entro sessanta giorni dall’adozione del provvedimento di commissariamento di cui al comma 8, i commissari delle ASL, dell’Azienda ospedaliera Brotzu e delle aziende ospedaliero-universitarie propongono un progetto di costituzione delle macro aree. Il progetto eventualmente modificato ed integrato dal competente Assessorato, è approvato, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità, con deliberazione della Giunta regionale in uno all’atto di costituzione delle stesse macro aree, di cui costituisce parte integrante».

69 Art. 34, legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (legge finanziaria 2007), «Per non autosufficiente si intende la persona anziana o disabile che non può provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l’aiuto determinante di altri. La valutazione della condizione di non autosufficienza è effettuata con criteri e modalità stabiliti dalla Giunta regionale».

70 Art. 1, comma 1264, l. 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007).

71 Di cui al d.P.C.M. 14 febbraio 2001; accordo Regione Sardegna-Anci, 15 dicembre 2004 (di cui alla delibera della Giunta regionale 52/12 del 15 dicembre 2004).

72 Art. 42, comma 1, l. 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale ed i diritti delle persone con handicap): «Presso la Presidenza del Consiglio dei ministri [...] è istituito il Fondo per l’integrazione degli interventi regionali e delle province autonome in favore dei cittadini handicappati».

Osservatorio sulle fonti

a casa⁷³; d) il finanziamento di leggi regionali a favore di soggetti con particolari patologie⁷⁴.

5.4. La legge regionale 7 agosto 2007, n. 8 (Norme per l'istituzione di centri antiviolenza e case di accoglienza per le donne vittime di violenza)

Modificata e integrata dalla legge regionale 12 settembre 2013, n.26, (Interventi per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere e allo *stalking*), la regione Sardegna ha istituito con legge n. 8/2007 dei centri antiviolenza e case di accoglienza per le vittime di violenza e per i figli minori⁷⁵.

Per garantire la funzionalità operativa di tali strutture⁷⁶, gli enti locali – singoli o associati – possono stipulare apposite convenzioni con i soggetti che operano già sul territorio regionale, definendo le modalità di erogazione dei servizi e dovendo comunque assicurare la copertura finanziaria per almeno il 25% delle spese di gestione delle strutture⁷⁷, che forniscono i propri servizi (centri antiviolenza) e offrono soggiorno (case di accoglienza) gratuitamente⁷⁸. Inoltre, per le donne che a causa delle violenze o degli abusi siano costrette ad abbandonare il proprio ambiente familiare e abitativo e si trovino nell'impossibilità di rientrare nell'abitazione originaria, è prevista un'adeguata assistenza finanziaria a carico dei Comuni⁷⁹.

73 Art. 17, comma 1, l. regionale 11 maggio 2006, n. 4 (Disposizioni in materia di entrate, riqualificazione della spesa, politiche sociali e di sviluppo): «Al fine di favorire il rientro nella famiglia e nella comunità di appartenenza di persone attualmente inserite in strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario, superare la istituzionalizzazione e promuovere la permanenza nel proprio domicilio, è autorizzata la spesa [...] per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008, per la realizzazione di un programma sperimentale triennale denominato “Ritornare a casa”. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'approvazione della presente legge, predispone, sentiti gli enti locali, gli organismi di volontariato, di cooperazione sociale e di promozione sociale, le linee guida per l'attuazione del programma sperimentale che indicano le condizioni dei beneficiari ai quali è prioritariamente rivolto il programma, le modalità e i tempi di predisposizione dei piani, le condizioni di ammissibilità ai finanziamenti, i sistemi di monitoraggio e di valutazione dell'efficacia degli interventi».

74 Legge regionale 25 novembre 1983, n. 27 (Provvidenze in favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni); legge regionale 8 maggio 1985, n. 11 (Nuove norme a favore dei nefropatici); legge regionale 27 agosto 1992, n. 15 (Provvidenze a favore di persone residenti in Sardegna affette da patologie psichiatriche).

75 Art. 1, comma 2 e art. 3, l. n. 8/2007. Nello specifico, i centri antiviolenza e le case di accoglienza (che possono essere di proprietà pubblica, comunale, provinciale o regionale) sono promossi d'intesa, ovvero in forma consorziata, da enti locali singoli o associati oppure da centri o da case di accoglienza già esistenti sul territorio regionale, che dimostrino di avere almeno tre anni di esperienza e di disporre di personale adeguato. In ogni caso, tutte le strutture devono operare senza fini di lucro; di norma sono costituite in numero massimo di otto per provincia e aperte in centri che abbiano popolazione non inferiore ai 30.000 abitanti. La normativa prevede, però, che nei comuni con popolazione superiore ai 100.000 abitanti e nelle aree vaste possa essere prevista l'apertura di più centri e case di accoglienza.

76 Artt. 4 e 5, l. n. 8/2007.

77 Art. 6, comma 8, lett. b), l. n. 8/2007.

78 Le case di accoglienza fino a 120 gg., ai sensi dell'art. 7, l. n. 8/2007.

79 Art. 8, l. n. 8/2007.

Osservatorio sulle fonti

Le attività e le strutture sono finanziate mediante l'istituzione di un fondo a valere sul bilancio regionale⁸⁰, per il quali la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore della sanità, sentita la Commissione consiliare competente, stabilisce i criteri e le priorità per la concessione⁸¹. La legge prevede espressamente che tali finanziamenti siano cumulabili con quelli europei o statali, sempre che la normativa statale o europea non stabilisca diversamente⁸².

La capienza del fondo regionale è stata recentemente aumentata grazie alle disposizioni del decreto legge n. 93/2013, convertito nella legge 15 ottobre 2013, n. 119, recante, tra le altre, disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere⁸³.

In particolare, l'art. 5 del decreto dispone, da un lato, l'adozione di un "Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere" e, dall'altro lato, all'art. 5-bis, l'incremento della dotazione del "Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità" che il Ministro delegato per le pari opportunità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, provvede annualmente a ripartire tra le Regioni. A tal proposito, il D.P.C.M. del 24 luglio 2014 è intervenuto per definire i criteri di ripartizione del suddetto fondo statale, per il rafforzamento della rete dei servizi territoriali, quindi dei centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle donne vittime di violenza, in attuazione dell'art. 5, comma 2, lett. d), del decreto legge citato.

Nella ripartizione delle risorse tra le Regioni si è tenuto conto della programmazione regionale e degli interventi per contrastare la violenza nei confronti delle donne, del numero dei centri antiviolenza pubblici e privati e del numero delle "case rifugio" pubbliche e private già esistenti in ogni Regione. Il D.P.C.M. 24 luglio 2014 dispone inoltre – art. 3 – che i fondi debbano essere utilizzati dalle Regioni e Province autonome entro l'esercizio finanziario 2014 poiché il mancato utilizzo comporterebbe la revoca dei finanziamenti.

5.5 La legge regionale 15 marzo 2012, n. 6 (legge finanziaria 2012)⁸⁴

⁸⁰ Art. 12, comma 1, l. n. 8/2007.

⁸¹ Art. 9, comma 1, l. n. 8/2007. Per la prima attuazione della legge regionale in oggetto, si vedano le Delibere della Giunta regionale n. 12/24 del 26 febbraio 2008, n. 14/3 del 6 marzo 2008, nonché la 50/11 del 16 settembre 2008.

⁸² Art. 10, comma 1, l. n. 8/2007.

⁸³ Cfr. la Delibera della Giunta regionale sarda n. 50/18 del 16 dicembre 2014.

⁸⁴ Si segnala che l'art. 2, comma 3, della legge regionale n. 6 del 2012 è stata oggetto di una recente pronuncia della **Corte Costituzionale (n. 36 del 27 febbraio 2013)**. Nello specifico, lo Stato ha impugnato la norma perché tale disposizione, autorizzando l'assessore competente in materia di bilancio a integrare il fondo per la non autosufficienza mediante il prelievo di risorse dal fondo sanitario regionale, avrebbe violato, da un lato, l'art. 117, comma 2, lettera m), Cost., incidendo sulla competenza esclusiva statale in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, e, dall'altro, l'art. 4, lettera h), dello Statuto speciale della Sardegna, eccedendo la competenza legislativa concorrente in materia di assistenza pubblica.

Osservatorio sulle fonti

Relativamente al finanziamento della sanità regionale sarda, si segnala in ultimo la legge finanziaria regionale per il 2012, che detta disposizioni finalizzate al contenimento della spesa. Infatti, ai sensi dell'art. 3, comma 1, «a partire dall'anno 2012 il Servizio sanitario regionale non è finanziabile in deficit». Ugualmente di rilievo è la previsione del comma 2, con cui si sancisce la responsabilità dei Direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento degli obiettivi predeterminati, «con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari, e l'equilibrio economico finanziario di bilancio rispetto alla preventiva assegnazione delle risorse finanziarie»⁸⁵.

6. Il cofinanziamento dell'edilizia sanitaria

In materia di finanziamento dell'edilizia sanitaria, con l'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988) si è dato esecuzione ad un programma pluriennale di interventi finalizzati alla ristrutturazione edilizia e all'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché alla realizzazione di residenze per anziani e

Intervenuta sul punto, la Corte Costituzionale ha dichiarato la questione infondata, chiarendo alcuni aspetti che meritano attenzione. In primo luogo (considerato in diritto n. 4.1), ha precisato che «il titolo di legittimazione dell'intervento statale, riferito alla determinazione degli standard strutturali e qualitativi di prestazioni, è invocabile in relazione a specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisca il livello essenziale di erogazione» (prestazioni non individuate nel caso corrente); in secondo luogo, «non vi è un rapporto automatico tra ammontare del fondo sanitario regionale e rispetto dei livelli essenziali di assistenza: il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione». Così, la distrazione di una parte dei finanziamenti provenienti dal fondo sanitario in favore del fondo per la non autosufficienza «non determina una lesione dei livelli essenziali delle prestazioni, ma, al contrario, è funzionale alla loro attuazione», posto che «il fondo regionale per la non autosufficienza, quindi, così come quello nazionale istituito dall'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2007), concorre ad assicurare l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza con riguardo agli anziani non autosufficienti».

Anche in relazione alla censura relativa all'art. 4, lettera h), dello Statuto speciale, la Corte ha sentenziato che «dopo la riforma di cui alla legge costituzionale n. 3 del 2001, l'ambito materiale dell'assistenza e dei servizi sociali, fatta salva la potestà legislativa esclusiva statale nel determinarne i livelli essenziali, rientra nella competenza residuale delle Regioni» (cfr. sentenza n. 296 del 2012 e sentenza n. 10 del 2010). Pertanto, in applicazione dell'art. 10 della legge costituzionale n. 3 del 2001, la competenza in materia di assistenza sociale della Regione autonoma della Sardegna deve ora ritenersi residuale e non concorrente.

85 Art. 3, comma 2, l. regionale 15 marzo 2012, n. 6 (legge finanziaria 2012): «Fermi i casi di risoluzione del contratto dei direttori generali di azienda sanitaria e/o ospedaliera dedotti nel contratto individuale di lavoro, la Regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale che non raggiunga la percentuale minima, preventivamente fissata secondo criteri omogenei predefiniti ed uniformi nel territorio regionale, degli obiettivi definiti dall'Amministrazione regionale per il periodo considerato nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari, e l'equilibrio economico finanziario di bilancio rispetto alla preventiva assegnazione delle risorse finanziarie».

Osservatorio sulle fonti

soggetti non autosufficienti, con interventi finalizzati, tra l'altro, al riequilibrio territoriale delle strutture⁸⁶.

Anche in tale ambito, la riforma del titolo V della Costituzione ed il nuovo assetto di rapporti Stato-Regioni, richiamato in precedenza, hanno richiesto l'intervento della Corte Costituzionale, al fine di chiarire il tipo e l'estensione della competenza in materia.

Con la sentenza 2 aprile 2009, n. 99⁸⁷, la Corte ha precisato che, sebbene non prevista esplicitamente tra le materie del secondo o del terzo comma dell'art. 117, Cost., la materia dell'edilizia sanitaria non può essere comunque ricompresa tra quelle di competenza residuale delle Regioni, di cui al comma 4. Infatti, sulla scorta delle «rilevanti ricadute degli insediamenti edilizi sanitari sull'assetto del territorio, che viene ad essere inciso dalla realizzazione di nuove strutture e [...] la destinazione di tali strutture al fine essenziale della tutela della salute»⁸⁸, la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie, devono essere più correttamente ricondotte tra le materie, entrambe di potestà legislativa concorrente, del governo del territorio e della tutela della salute.

Nella medesima sentenza la Consulta ha dichiarato l'incostituzionalità dell'art. 2, comma 280, lett. a) e b), l. n. 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008) dal momento che la legislazione statale aveva disposto vincoli puntuali alla destinazione delle risorse stanziare in ambito di potestà legislativa concorrente⁸⁹.

Quanto alla procedura di cofinanziamento delle Regioni, la norma prevedeva che il finanziamento fosse assicurato mediante operazioni di mutuo delle Regioni, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli Istituti e le Aziende di credito, con contestuale assunzione dell'onere di ammortamento a carico dello Stato.

Successivamente, con la riforma *ter* della sanità (d.lgs. 229/1999), è stato introdotto l'articolo 5-bis (*Ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico*) nel corpo del d.lgs. 502/1992. La norma ha abolito il precedente meccanismo, ad eccezione del limite al finanziamento garantito dallo Stato⁹⁰, in favore della stipulazione di “accordi di

⁸⁶ Art. 20, comma 2, lett. a), l. 67/1988: «al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero nonché la sostituzione, la ristrutturazione e la conservazione in efficienza delle strutture ospedaliere che presentano carenze ed elevato degrado».

⁸⁷ Corte Cost., 2 aprile 2009, n. 99, considerato in diritto n. 3. Cfr., inoltre, Corte Cost., sentenze n. 45 del 2008 e n. 105 del 2007.

⁸⁸ Corte Cost., 99/2009, considerato in diritto n. 3.

⁸⁹ Corte Cost., 99/2009, considerato in diritto n. 5 e n. 6.

⁹⁰ Corte dei Conti, Sez. Centrale di controllo - *Gestione delle risorse statali destinate all'edilizia e all'ammodernamento tecnologico della sanità pubblica*, Delibera n. 10/2011/G, pag. 20: «Il Ministero dell'Economia con nota prot. n. 81189 del 20 luglio 2009, nel fornire informazioni in merito alla misura del costo complessivo del singolo intervento, ha combinato le vecchie norme inerenti alla stipula dei mutui con la nuova disposizione, specificando che «qualora si intenda fare riferimento alla quota del costo a carico dello Stato, questa non può superare il 95%, ma si registrano numerosi casi nei quali la quota di compartecipazione regionale è sicuramente superiore al 5%. Tali informazioni sono comunque contenute nei singoli accordi di programma».

Osservatorio sulle fonti

programma” con cui stabilire le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle Regioni (e degli altri soggetti pubblici interessati), nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all’attuazione⁹¹. La Regione Sardegna ha sottoscritto l’accordo col Ministero della Salute in data 29 marzo 2001.

Al fine di razionalizzare l’utilizzazione delle risorse per l’attuazione del programma di edilizia sanitaria finanziato dalla l. 67/1988, l’art. 1, comma 310, l. 23 dicembre 2005, n. 266, ha previsto che «gli accordi di programma sottoscritti dalle Regioni, [...] decorsi diciotto mesi dalla sottoscrizione, si intendono risolti [...] con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa».

⁹¹ Art. 5-bis, d.lgs. 502/1992: «**1.** Nell’ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall’articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n.67, il Ministero della Sanità può stipulare, di concerto con il Ministero dell’Economia e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali, accordi di programma con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell’arco pluriennale degli interventi, l’accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie. **2.** Gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della Sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all’accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle Regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all’attuazione. **3.** In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell’accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della Sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, in favore di altre Regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi».

Osservatorio sulle fonti

INDICE BIBLIOGRAFICO:

BRANCASI A., *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in *Le Regioni*, 2004, 763 ss.;

CAMERA dei DEPUTATI - Osservatorio sulla legislazione, *Tendenze della legislazione tra Stato, Regioni ed Unione Europea nel settore sanità (Estratto dal Rapporto 2003 sullo stato della legislazione)*, Roma novembre 2004;

CAMERA dei DEPUTATI - Servizio Studi, *I temi dell'attività parlamentare nella XVI legislatura – Sanità*, n. 1/30, Roma, marzo 2013;

CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE ASSEMBLEE LEGISLATIVE DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, *Ricognizione delle competenze e delle funzioni delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome*, Roma, 2010;

COINU G. – DEMURO G., *Regioni a statuto speciale e clausola di adeguamento automatico*, in P. Caretti (a cura di), *Osservatorio sulle fonti*, 2002, Torino 2003;

CONSIGLIO REGIONALE della SARDEGNA, *Piano regionale dei Servizi Sanitari*, 19 gennaio 2007, in http://www.regione.sardegna.it/documenti/9_97_20070125114532.pdf;

CORTE dei CONTI - Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, *Gestione delle risorse statali destinate all'edilizia e all'ammodernamento tecnologico della sanità pubblica*, Delibera n. 10/2011/G, Roma, settembre 2011;

CORTE dei CONTI - Sezione di 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)*, Delibera 23/2011/SSR, Cagliari, aprile 2011;

CORTE dei CONTI - Sezione di 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)*, Delibera 97/2012/SSR, Cagliari, dicembre 2012;

COSMELLI G., *Vincoli alla spesa sanitaria regionale garanzia dei LEA: il punto sull'autonomia legislativa e finanziaria delle Regioni Speciali alla luce degli ultimi sviluppi della giurisprudenza costituzionale*, in *Studi ed interventi*, in www.issirfa.cnr.it, maggio 2013;

CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza 36/2005 (Commento alla sentenza), *Spesa sanitaria ed autonomia regionale* in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 2, Maggioli, 2005;

D'ANGELOSANTE M., *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del Servizio sanitario in Italia*, in *Orizzonti del diritto pubblico*, Maggioli, 2012;

DEMURO G., *"Effettività" e "seguito" della giurisprudenza costituzionale che applica l'art. 10 della legge costituzionale 3/2001*, in R. Bin, G. Brunelli, A. Pugiotto e P. Veronesi (a cura di), *"Effettività" e "seguito" delle tecniche decisorie della Corte costituzionale*, Napoli 2006, p. 387 ss.

Osservatorio sulle fonti

DE TURA A., *Il rapporto tra legislazione statale e legislazione delle Regioni ed autonomia differenziata in sanità: il “modello” Sardegna*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 1, Maggioli, 2012;

DI GIROLAMO A.S., *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 3-4/2007, pp. 481-505;

JORIO E., *Federalismo fiscale: il decreto delegato che prevede le sanzioni e le prelievità*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 2/3, Maggioli, 2012;

JORIO E., *Un problema per il federalismo fiscale: il debito della sanità e degli EE.LL.*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 5, Maggioli, 2012

JORIO E., *Un primo esame del D. Lgs. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale nonché sul finanziamento della Sanità*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 5, Maggioli, 2011;

JORIO E., *Il federalismo fiscale esige la riforma-quater della sanità*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 6, Maggioli, 2010;

JORIO E., *Il finanziamento della salute ed il patto di stabilità*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 2, Maggioli, 2005;

MINISTERO della SALUTE, *I Piani di rientro: opportunità e prospettive*, in *Documento di sintesi – Attività SiVeAS*, in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1570_allegato.pdf, giugno 2011;

NICCOLAI S., *Le politiche legislative in materia di sanità, assistenza e servizi sociali*, in COINU G. - DEFFENU A. (a cura di), *Osservatorio sulla legislazione della Regione Sardegna (XIII e XIV legislatura)*, CUEC – University Press, 2012;

PAGANETTO G., *Dimensione della competenza legislativa regionale e revisione dello Statuto speciale: le indicazioni della giurisprudenza costituzionale*, in Demuro G., (a cura di) *L'Autonomia positiva. Proposte per un nuovo Statuto della Sardegna*, Aisara, Cagliari 2007, pp. 55 ss.

PINELLI C., *I livelli essenziali delle prestazioni*, in *Atti del 57° Convegno di Studi amministrativi*, Varenna 22-24 settembre 2011;

PINELLI C., *Sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali” (art. 117, comma 2, lett. m), Cost.*, in *Diritto pubblico*, 2002, pp. 895 ss.;

REGIONE AUTONOMA della SARDEGNA, *Documento programmatico – Programma straordinario di investimenti, art. 20 L. 67/88*, dicembre 2008, in http://www.regione.sardegna.it/documenti/1_73_20081223131558.pdf;

REGIONE AUTONOMA della SARDEGNA, *Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale*, in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1230_allegato.pdf, giugno 2007;

REGIONE AUTONOMA della SARDEGNA - Servizio Studi, *Le leggi finanziarie della Regione nella XIII legislatura*, Cagliari, 2009;

SENATO della REPUBBLICA, Servizio del Bilancio, *L'attuazione dell'art. 119 della Costituzione: il federalismo fiscale*, n. 3, Roma, 2008;

STATUTO SPECIALE PER LA SARDEGNA, *Legge costituzionale 26 febbraio 1948*, n. 3;

Osservatorio sulle fonti

TUBERTINI C., *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, Relazione al Convegno “*L’immagine ed il luogo dell’Amministrazione nelle sentenze della Corte Costituzionale successive alla riforma del Titolo V*”, Perugia, 10-11 novembre 2005;

VICECONTE N., *L’evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale tra federalismo “promesso” ed esigenze di bilancio*, in S. Mangiameli (a cura di), *Atti delle giornate di studio de “Il regionalismo italiano dall’Unità alla Costituzione e alla sua riforma”*, Roma, 20-21-22 ottobre 2011, Vol. II, Milano, Giuffrè.