

# Evoluzione normativa dei piani di rientro dal deficit sanitario

MARIA TERESA LORETUCCI

*Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali,  
D.G. programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema*

NICOLA NANTE

*Ordinario di Igiene, Resp. del Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Serv. San.,  
Univ. degli Studi di Siena*

MONICA GIUSSANI, SARA SIMONETTI

*Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali,  
D.G. programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema*

GABRIELE MESSINA

*Ricercatore MED 42, Univ. degli Studi di Siena*

FILIPPO PALUMBO

*Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema,  
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali*

## Introduzione

L'attuale grado di sviluppo del Servizio sanitario nazionale è caratterizzato, rispetto ai decenni precedenti, dalla specifica responsabilizzazione dei singoli governi regionali rispetto al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario. Al fine di consentire il raggiungimento di questo obiettivo nelle regioni gravate da forti disavanzi, il legislatore ha predisposto un complesso percorso di accompagnamento che vede impegnati lo Stato e i Governi regionali nel rispetto delle rispettive competenze istituzionali. Il cammino, iniziato in ben sette regioni, permetterà di contenere la dinamica dei costi, ma anche di promuovere un servizio sanitario sempre più in grado di rispondere ai nuovi bisogni dei cittadini, in un contesto demografico ed epidemiologico in evoluzione.

## Il contesto istituzionale

I principi di universalità, solidarietà ed equità del nostro sistema sanitario nazionale sono già delineati nella Costituzione che, agli articoli 3 e 32, sancisce il diritto alla salute

per tutti i cittadini. Tale diritto si realizza nel rispetto della ripartizione di competenze tra i diversi livelli istituzionali (art. 117 Cost.) e nei limiti delle risorse programmate; allo Stato è affidata la potestà esclusiva nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", alle Regioni è affidata la potestà legislativa concorrente in materia di: "tutela della salute, tutela e sicurezza del lavoro, professioni, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione, alimentazione, ordinamento sportivo, previdenza complementare e integrativa, armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario". In questa cornice istituzionale lo Stato è garante dell'effettiva erogazione dei Lea sul territorio nazionale, da verificare congiuntamente alle Regioni anche tramite un complesso sistema di indicatori; alle Regioni compete invece la responsabilità diretta dell'organizzazione e della gestione del servizio sanitario, nonché del rispetto dei vincoli di bilancio.

L'autonomia regionale si confronta con la definizione, a livello nazionale, dei livelli di assistenza che, per il principio della lea-

le collaborazioni, vengono adottati previa Intesa con la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, con interlocutori del mondo sanitario rappresentanti di “una dimensione nazionale” (ad es. professioni sanitarie, sindacati, ecc.), con l’omogeneità del sistema di finanziamento, con la potestà dello Stato di assumere poteri sostitutivi in caso di inadempienze a livello regionale.

### **Livelli di assistenza e risorse**

L’esigenza di definire i “livelli di assistenza” nasce con la L. 833/78. Il legislatore, nell’istituire il Servizio sanitario nazionale, si trovò a dover uniformare le prestazioni che i vari enti mutualistici erogavano in favore dei propri assistiti. Questi in sintesi alcuni dei punti “cardine”:

*art. 3 comma 2 - La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all’articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini;*

*art. 19 - Le unità sanitarie locali provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti ai sensi del secondo comma dell’art. 3;*

*art. 57 - Con decreti del Presidente della Repubblica (...) da emanarsi in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano stesso, le prestazioni già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome.*

In quel periodo i livelli di assistenza non furono esplicitamente individuati ed il Servizio sanitario nazionale estese a tutti gli assistiti le prestazioni erogate dai maggiori enti assicuratori preesistenti alla riforma sanitaria.

La crisi economica, che si manifestò all’inizio degli anni ’90, determinò una più attenta riflessione sui livelli di assistenza, nella necessità di individuare, anche ai fini del contenimento della spesa, le attività, le prestazioni ed i servizi che il Servizio sanitario nazionale intendeva assicurare, in condizioni di uniformità sul territorio nazionale (legge 438/1992). Tale orientamento fu confermato anche in sede di riforma del Ssn, attuata con il D.Lgs. 502/1992.

Fu emanato, pertanto, ma senza la prevista intesa della Conferenza Stato-Regioni, il D.P.R. 24 dicembre 1992 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, annullato successivamente dalla Corte costituzionale, con sentenza 23-31 marzo 1994, n. 116. La suprema Corte dichiarò che non spetta allo Stato, senza addurre adeguata motivazione, provvedere direttamente a definire i livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1° gennaio 1993, ove non sia intervenuta l’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

I livelli di assistenza furono materia centrale dei due piani sanitari nazionali degli anni ’90.

Il Psn 1994-1996 ha definito i livelli di assistenza come l’insieme delle attività e delle prestazioni che debbono essere erogate dal Ssn, precisando che essi rappresentano “materia che risente più di altre della transizione da un sistema centralistico ad uno a responsabilità condivisa tra Stato e Regioni. Da un lato appare marcata la finalità di garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso e assicurare il soddisfacimento di una soglia minima di domanda di prestazioni sanitarie. Per altro verso, la indicazione di livelli si cala in contesti regionali molto diversi per cultura, caratteristiche socio-sanitarie, dotazioni strutturali, competenze tecnico-scientifiche, capacità gestionali nel settore sanitario (...)”. Il successivo Psn 1998-2000 ha definito i livelli di assistenza essenziali «in quanto necessari per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione, e appropriati... che devono essere “uniformemente” garantiti su tutto il territorio nazionale e all’intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute».

Il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’art. 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419”, ha fatto proprie le indicazioni del piano sanitario. In particolare la cosiddetta *riforma ter* del Ssn ha al proposito stabilito che: “l’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all’indivi-

duazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel documento di programmazione economico-finanziaria".

Peraltro si dispone che le prestazioni inserite nei Lea devono presentare evidenze scientifiche di efficacia giacché "sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate".

Prima della definizione dei Lea passeranno altri due anni, data la resistenza posta dalle Regioni per le quali il fondo attribuito al Ssn era da ritenersi sottostimato, e quindi inadeguato, a garantire l'erogazione dei livelli di assistenza. La posizione regionale venne superata con l'Accordo Stato-Regioni 3 agosto 2000 e, poi, con l'Accordo 8 agosto 2001. Quest'ultimo Accordo, in particolare, ha segnato una svolta nei rapporti tra lo Stato e le Regioni in quanto in quell'occasione il finanziamento per il Ssn venne incrementato e le Regioni concordarono sulla congruità delle risorse, assumendosi conseguentemente la responsabilità della copertura di eventuali ulteriori disavanzi che si dovessero registrare rispetto al finanziamento concordato; lo Stato d'altro lato si era impegnato ad emanare, d'Intesa con la Conferenza Stato-Regioni, il provvedimento di definizione dei livelli di assistenza, a stralcio del Piano sanitario nazionale. Nell'accordo inoltre si convenne che lo Stato avrebbe erogato un finanziamento integrativo all'avvenuta verifica dell'adozione, da parte delle Regioni, di una serie di adempimenti, compresa l'assunzione a proprio carico della copertura di eventuali disavanzi.

Per mantenere la stabilità della gestione dei sistemi sanitari regionali, nell'Accordo fu previsto che le Regioni possano:

- introdurre strumenti di controllo della domanda;
- ridurre la spesa sanitaria o in altri settori;
- potenziare la leva fiscale.

### Ripiano selettivo dei disavanzi

Nonostante quanto stabilito, già a ridosso della sigla dell'accordo la forbice tra finanzia-

mento e spesa sanitaria ha ricominciato ad allargarsi anche perché il concorso dello Stato, al ripiano dei disavanzi, non ha spinto le Regioni a comportamenti virtuosi e le modalità di riparto, essenzialmente su base capitaria, non hanno consentito alle Regioni in maggiore difficoltà di superare le criticità presenti nel proprio territorio. L'analisi della dinamica della spesa ha evidenziato però che disavanzi elevati non interessavano in ugual misura tutto il Paese ma erano concentrati in sette Regioni: Lazio, Molise, Campania, Abruzzo, Sardegna, Liguria e Sicilia, e che più del 50% dei disavanzi era riconducibile a tre Regioni.

Preso atto della dinamica della spesa il legislatore con la legge 311/2004 (finanziaria 2005), ha dato inizio a una nuova fase in questa complessa materia. La legge stabilisce che la Regione in deficit, per poter accedere al maggior finanziamento, deve procedere alla ricognizione delle cause che hanno portato al disavanzo, formulare un programma di riqualificazione e potenziamento del proprio Ssr, la cui attuazione viene sottoposta a verifica periodica. La finanziaria prevede inoltre la stipula di un'Intesa Stato-Regioni (poi siglata il 23 marzo 2005), in cui siano confermati gli adempimenti regionali già adottati e ne siano previsti ulteriori in materia di monitoraggio della spesa, di contenimento di posti letto e potenziamento della deospedalizzazione, di attuazione dei piani nazionali di prevenzione attiva e di formazione del personale, del rispetto del vincolo di crescita del 2% annuo delle voci dei costi di produzione, del rispetto dell'equilibrio economico finanziario. Il rispetto degli adempimenti dell'Intesa, verificato congiuntamente da due organismi istituiti dall'Intesa stessa, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea e il Tavolo di verifica degli adempimenti, consente alle Regioni di accedere alla quota premiale.

Alle Regioni inadempienti può essere riattribuito il maggior finanziamento, a seguito della sottoscrizione dell'accordo con cui sono individuati interventi correttivi e viene adottato il piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale; la stipula dell'accordo è invece da considerarsi dovuta per le Regioni che hanno registrato un disavanzo pari o superiore al 7%. Nonostante questa previsione, gli accordi di fatto non sono stati predisposti; saranno necessari altri provvedimenti

legislativi per una definizione più completa del percorso di rientro strutturale dai disavanzi.

La legge 266/2005 (finanziaria 2006) stanziava risorse statali, per il ripiano dei disavanzi 2002-2003-2005, la cui erogazione è subordinata, per le Regioni in grave deficit finanziario, alla stipula di uno specifico accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico. Viene istituito inoltre un Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), presso il Ministero della salute, per verificare che i finanziamenti per il SIS siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza.

Il SiVeAS, istituito con D.M. 17 giugno 2006, è un sistema di coordinamento di diversi organismi ed enti che concorrono alla attività di monitoraggio, valutazione e verifica del Ssn (Agenas, AIFA, ISS, ISTAT, ecc.). Il SiVeAS, opera, tra l'altro, nell'ambito dell'affiancamento e del monitoraggio dei piani di rientro.

Una ulteriore tappa è rappresentata dalla stipula, avvenuta il 5 ottobre 2006, di una nuova intesa: il Patto della salute adottato per "ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, dare certezza di risorse per il Ssn su un arco pluriennale", elevare il livello di qualità e appropriatezza delle prestazioni, riequilibrando l'efficacia e la qualità sul territorio nazionale.

Il Patto istituisce, per il triennio 2007-2009, un fondo transitorio a cui le regioni in difficoltà possono accedere subordinatamente alla sottoscrizione dell'accordo, comprensivo di un piano di rientro (PdR). Il patto prevede l'automatismo fiscale e in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti nel PdR, l'applicazione oltre i livelli massimi previsti dell'addizionale IRPEF e della maggiorazione IRAP, fino alla completa copertura dei mancati obiettivi.

La legge 296/2006 (finanziaria 2007) attribuisce vigenza alle indicazioni concordate nel Patto per la salute e il 28 febbraio 2007 viene siglato il primo accordo in materia di PdR tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e il Presidente della Regione Lazio. Nei mesi di marzo-luglio 2007 vengono sottoscritti gli accordi con le altre sei regioni sottoposte ai PdR: Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna.

## Accordo e piano di rientro

L'accordo è stipulato tra la Regione, il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze. Con l'accordo la Regione si impegna ad:

- attuare misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Lea per renderlo conforme a quanto stabilito nei documenti programmatici e rispettare gli adempimenti previsti nell'Intesa 23 marzo 2005;

- adottare misure di riequilibrio della gestione corrente per azzerare il disavanzo entro il 2009 e gli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale previsti nell'allegato piano di rientro;

- attivare gli interventi necessari per superare le criticità presenti sul proprio territorio, connesse fra l'altro alla mancanza di un'informazione e rilevazione contabile precisa ed affidabile, che non consentono di quantificare correttamente l'ammontare del debito regionale, avvalendosi di un advisor contabile che possa supportare la Regione in tale attività, nonché di un advisor finanziario a supporto delle necessarie operazioni di ristrutturazione del debito.

L'accordo contiene inoltre le modalità di monitoraggio e di verifica dell'attuazione del piano di rientro, nonché le modalità di affiancamento dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze. È stabilito inoltre che la Regione si avvalga dell'attività di partenariato di una Regione "virtuosa", per superare situazioni di particolare criticità.

L'accordo stabilisce infine le modalità di erogazione delle risorse, subordinandole alla valutazione positiva delle verifiche periodiche.

Agli accordi sono allegati i Piani di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale.

I piani di rientro partono da un'analisi della normativa di riferimento, nazionale e regionale, dall'analisi della domanda, dell'offerta, della situazione economico-finanziaria, e prendendo atto delle criticità maggiori presenti nella Regione, sia in termini di disavanzi che di mancata erogazione dei Lea, individuano un complesso sistema di obiettivi generali, specifici ed operativi che devono concretizzarsi in interventi attuativi da realizzarsi, secondo un cronoprogramma stabilito; infine definiscono gli effetti attesi anche in termini di impatto sulla

spesa conseguibile per ciascun anno del triennio 2007-2009.

Gli obiettivi generali sono per lo più comuni a tutti i piani di rientro in quanto interessano delle macroaree dove più frequentemente sono state riscontrate sacche di inefficienza, diseconomie o inadeguatezza:

- la rete ospedaliera, sia come offerta pubblica che privata accreditata, e connessa ad essa l'acquisto di prestazioni da privato;
- lo sviluppo del territorio;
- l'assistenza farmaceutica;
- l'acquisto di beni e servizi;
- le politiche per il personale.

La riorganizzazione dell'offerta è uno dei grandi temi dei piani. Esso vede tutte le Regioni impegnate nella razionalizzazione della rete ospedaliera per promuovere efficienza, efficacia, appropriatezza (emanazione di linee guida per l'osservazione breve intensiva, per i criteri di accesso alle diverse forme di riabilitazione, definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, ecc.), rispetto degli standard nazionali di dotazione dei posti letto, riduzione della mobilità passiva e del tasso di ospedalizzazione, incremento dei controlli sulle cartelle cliniche. La rete dell'offerta laboratoristica viene riorganizzata in attuazione della legge 296/2006 e delle linee guida ministeriali che stabiliscono gli obiettivi ed il cronoprogramma di attuazione della riorganizzazione delle strutture.

La riqualificazione dell'offerta non può prescindere dalla determinazione del fabbisogno e dalla messa a regime dell'accreditamento definitivo nel rispetto delle scadenze previste dalla legge finanziaria 2007 (cessazione degli accreditamenti transitori al 1° gennaio 2008 e provvisori al 1° gennaio 2010, e impossibilità a concedere dopo il 1° gennaio 2008 nuovi accreditamenti in mancanza della definizione del fabbisogno, con anticipo dei termini per le Regioni soggette ai piani di rientro che non abbiano portato a compimento la regolamentazione regionale in tema di autorizzazione ed accreditamento). Obiettivo dei piani è dare seguito a questo adempimento.

L'altro grande capitolo è rappresentato dalla definizione di accordi e di contratti per l'erogazione di prestazioni da parte dei soggetti privati accreditati che consentano il contenimento della spesa entro i limiti concordati con i Ministeri affiancanti. Questo obiettivo è presente in tutti i piani di rientro.

La riduzione dell'assistenza ospedaliera si

accompagna al potenziamento della continuità territorio-ospedale, delle cure primarie, dello sviluppo di forme alternative al ricovero con l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva, del ricorso alla day surgery e l'introduzione del day service.

Tutti i piani affrontano con obiettivi precisi le tematiche connesse alla non autosufficienza, come lo sviluppo dell'ADI, l'integrazione socio-sanitaria, l'adozione a livello regionale di un unico strumento di valutazione multidimensionale, la dotazione di posti residenziali e la definizione delle rette per Rsa e i centri di riabilitazione.

Le misure per conseguire gli obiettivi di riduzione della spesa per l'assistenza farmaceutica possono essere ricondotti essenzialmente al potenziamento della distribuzione diretta e per conto, al miglioramento dei processi di acquisto, alla razionalizzazione della logistica, all'incremento dell'utilizzo dei farmaci "generici", alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva, all'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa nel caso di superamento dei tetti programmati. Accanto a questi impegni le Regioni devono rispettare quanto previsto dal piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera che le stesse hanno adottato ai sensi della legge finanziaria 2007.

Per quanto attiene all'acquisto di beni e servizi, tutti i piani promuovono il ricorso alla centralizzazione degli acquisti, in alcuni casi mediante l'istituzione di un'apposita società regionale delegata alle procedure di gara e ai successivi adempimenti, all'istituzione di un osservatorio prezzi.

Gli interventi per il personale consistono essenzialmente nel blocco delle assunzioni e del turn-over, nella riduzione delle unità operative complesse, nel riallineamento degli oneri accessori del contratto, nel ricorso alla mobilità interaziendale.

Tutte le Regioni nell'analisi del proprio servizio sanitario hanno registrato un deficit della struttura amministrativa sia a livello locale che regionale che si concretizza in inadeguati procedimenti di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria e dei flussi informativi. Pertanto tutte le Regioni riconoscono la necessità di adozione di misure gestionali volte al contenimento della spesa sanitaria e all'efficientamento aziendale, anche mediante il sistema della tessera sanitaria, alla contabilità analitica per centri di costo e al controllo di gestione.

Ai sensi della normativa vigente (L. 296/06) il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ex Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze affiancano le Regioni sottoposte ai PdR sia per quanto riguarda il monitoraggio dei piani rispetto agli obiettivi economici e programmatici raggiunti sia per le attività di preventiva approvazione dei provvedimenti regionali di attuazione degli obiettivi del piano e coordinano i nuclei regionali consultivi e di supporto tecnico.

### Monitoraggio

Con l'attività di monitoraggio si procede alla verifica dell'attuazione degli impegni assunti nel Piano di rientro, nel rispetto del cronoprogramma, e la realizzazione del risparmio atteso a seguito dell'adozione delle manovre concordate.

I provvedimenti regionali di attuazione del piano di rientro vengono inviati per preventiva approvazione ai Ministri affiancanti che, avvalendosi anche di esperti di conclamata esperienza in campo nazionale, facenti capo al SiVeAS, esaminano le delibere regionali:

- in relazione agli effetti di natura programmatica e di rispetto del mantenimento o di implementazione dell'erogazione dei Lea nei contesti dove la loro erogazione è carente e alla tempistica di adozione dei provvedimenti anche per la valutazione della loro congruità con gli obiettivi temporali di realizzazione del piano;

- in relazione alle loro ricadute in ordine agli obiettivi di contenimento della spesa prefissati.

I provvedimenti inviati sono quelli necessari per il perseguimento degli obiettivi specifici e devono essere corredati da una relazione tecnica che specifichi l'obiettivo a cui il provvedimento si riferisce, l'impatto in termini assistenziali ed economico-finanziari atteso dall'adozione del provvedimento.

Sono inoltre inviati i provvedimenti afferenti alle tematiche individuate nell'accordo di approvazione del piano che riguardano essenzialmente:

- il trattamento economico e la consistenza del personale (a tempo indeterminato, determinato, con forme di lavoro flessibile, convenzioni e consulenze) e i fat-

tori che hanno incidenza su detta consistenza (assunzioni, cessazioni, esternalizzazioni, ecc.);

- gli interventi sulla rete dell'offerta (ri-conversione/chiusura, apertura di strutture);

- le tariffe, l'accreditamento e i tetti di spesa per gli erogatori privati;

- l'aggiornamento e la rimodulazione degli obiettivi di contenimento e riduzione della spesa;

- la razionalizzazione della spesa farmaceutica;

- l'attuazione del piano nazionale di prevenzione;

- l'appropriatezza nell'erogazione dei Lea ed erogazione delle prestazioni dell'area socio-sanitaria.

Il monitoraggio sulla attuazione del piano di rientro è effettuato in sede di istruttoria tecnica dai due organismi previsti dall'Intesa 23 marzo 2005: il Comitato per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e il Tavolo di verifica degli adempimenti. Il raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati nel piano viene valutato sulla base della documentazione fornita dalla Regione ai Ministri affiancanti poi esaminata nel corso di verifiche trimestrali ed annuali, la cui tempistica è definita sempre nell'accordo di approvazione del piano di rientro, alla quale si possono aggiungere verifiche ulteriori in via straordinaria se reputate necessarie.

Se, a seguito della verifica, è risultato che la Regione ha raggiunto gli obiettivi previsti è erogata quota parte del maggior finanziamento, in caso contrario l'erogazione è sospesa.

A seguito della verifica annuale, ai sensi della L. 296/2006, art 1, comma 796, lett. b):

- se si prefigura il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, la regione può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e deve alzare le aliquote fiscali oltre i livelli massimi fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi;

- se invece sono stati conseguiti risultati quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale

sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.

Le verifiche trimestrali ed annuali hanno dimostrato, per alcune Regioni, la inadeguatezza delle misure adottate rispetto agli impegni assunti negli accordi e nei piani e hanno portato nel Lazio e nell'Abruzzo alla nomina di un "Commissario ad acta".

## Il commissariamento

A garanzia della realizzazione degli obiettivi previsti dai piani di rientro, il legislatore ha introdotto la vincolatività degli interventi della Regione sottoscrittrice dell'Accordo (art. 1, comma 796, lett. b, della legge finanziaria 2007).

L'inefficiente gestione del Ssr, e la mancata realizzazione degli obiettivi del piano di rientro da parte della Regione, grava, per effetto dell'elevazione *ope legis* delle aliquote IRPEF ed IRAP, direttamente sui soggetti che risiedono ed operano nella regione interessata dai disavanzi sanitari. Conseguenze negative potrebbero derivare anche agli assistiti in termini di insufficiente erogazione dei livelli essenziali di assistenza, in caso di uso inefficace, inefficiente ed inappropriato delle risorse disponibili.

Sussiste quindi l'interesse, ed il dovere, in capo alla Regione, di attuare un uso efficace delle risorse disponibili; un eventuale comportamento omissivo od inefficace potrebbe portare, dapprima, alla procedura di diffida e, successivamente, al commissariamento della regione, ai sensi della legge 222/2007.

È quanto è in effetti accaduto nei "casi Lazio ed Abruzzo" nei quali sono stati nominati i commissari per l'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi nel settore sanitario, con delibera del Consiglio dei Ministri, rispettivamente dell'11 luglio e dell'11 settembre 2008.

La previsione della nomina del commissario, così come disposta dall'art. 4, comma 1, della L. 222/2007 e successive modificazioni, richiama esplicitamente i casi di esercizio del potere sostitutivo del Governo nei confronti degli organi delle Regioni (previsto in via generale dall'art. 120 Cost.), secondo la procedura di cui all'art. 8, comma 1, della L. 131/2003.

In materia di "poteri sostitutivi nei rapporti Stato-Regioni" si è formata un'ampia giuri-

sprudenza della Corte Costituzionale che ha delineato i principi fondamentali che trovano applicazione nella suddetta materia, anche alla luce della novella del Titolo V della Carta Costituzionale. Ci si riferisce in particolare alle sentenze pronunciate nell'anno 2004 dalla Corte Costituzionale (sentenze nn. 43-69-112-173-227) nelle quali vengono "ricapitolati" i precedenti giurisprudenziali che fissano le condizioni ed i limiti per l'esercizio legittimo del potere sostitutivo dello Stato nei confronti delle Regioni.

Secondo la dottrina (*cf.*, in particolare, G. Marazzita, *I poteri sostitutivi fra emergency clause e assetto dinamico delle competenze*) e la suddetta giurisprudenza della Corte Costituzionale (*cf.*, in particolare, la "antesignana" sentenza n. 43/2004) la peculiare fattispecie sostitutiva prevista dall'art. 120 Cost. si connota per le seguenti caratteristiche:

- è un istituto eccezionale e straordinario a cui ricorrere a fronte di "emergenze istituzionali di particolare gravità", affidando al Governo, in *extrema ratio*, detta potestà straordinaria;

- il giudizio sulla necessità dell'intervento sostitutivo è rimesso allo stesso soggetto (Governo) che beneficerà della competenza straordinaria;

- costituisce una temporanea, legittima, deroga organizzativa quando "l'ente locale (titolare della relativa competenza) omette, per ragioni oggettive (inerzia, inadeguatezza) o soggettive (inerzia, inadempimento), di compiere atti o attività giuridicamente obbligatorie", e l'omissione persiste nonostante il formale invito ad agire (o diffida ad adempiere);

- l'inerzia dell'ente locale, per legittimare l'intervento sostitutivo del Governo, deve inoltre compromettere interessi essenziali per lo Stato (quali: gli interessi che il sistema costituzionale attribuisce alla responsabilità dello Stato; gli interessi che fanno "naturalmente" capo allo Stato, ossia quelli relativi alla unità economica e giuridica dello Stato);

- deve sussistere un nesso di adeguatezza e proporzionalità fra le misure adottate e le finalità perseguite (art. 8, comma 5, L. 131/2003);

- la sostituzione ha ad oggetto l'esercizio di funzioni amministrative (anche di tipo normativo), non legislative (sul punto vi è però dissenso in dottrina laddove si osserva che il commissario *ad acta*, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 174, L. 311/2004, ap-

prova il bilancio e adotta provvedimenti necessari al suo ripianamento, ivi inclusi i provvedimenti funzionali ad aumentare e migliorare l'addizionale IRPEF ed IRAP, ossia provvedimenti in materia tributaria e fiscale che sono riservati alla legge).

In dottrina (*si vedano i riferimenti contenuti in Bibliografia*) si registra un ampio dibattito circa i possibili profili di illegittimità costituzionale di norme, quale quella sopra citata, dalle quali possa discendere una asserita natura legislativa del potere sostitutivo esercitato dai commissari nominati dal Governo.

In dottrina (*cfr.*, fra gli altri, Dickmann R., 2008) si è ritenuto d'altro lato di escludere che il Governo (e quindi anche il Commissario dal medesimo nominato) possa incidere direttamente in via normativa, legislativa o regolamentare, sui singoli atti degli organi sostituiti, alterandone la natura giuridica originaria.

In dottrina si è anche affrontato il problema dell'esercizio - in concreto - del potere sostitutivo; si è al riguardo ritenuto che tale esercizio possa realizzarsi sia mediante l'adozione di un atto, al posto di quello omeso dall'organo sostituito, sia mediante la sospensione di un atto (anche legislativo) già emanato, onde inibire la produzione di effetti in contrasto con le esigenze e gli obiettivi della sostituzione.

Nei "casi Lazio ed Abruzzo", regioni entrambe commissariate, sono risultate quindi sussistenti le condizioni ed i presupposti normativamente prescritti per l'esercizio dei poteri sostitutivi ex art. 120 Cost. In particolare:

- le azioni e gli interventi, indicati nei piani di rientro, per riportare in equilibrio economico-finanziario-strutturale i rispettivi Ssr costituiscono attività vincolate (*cfr.* art. 1, comma 796, L. 296/2006) in merito alla vincolatività, per le Regioni in "deficit sanitario", degli interventi ed azioni previste nei relativi piani di rientro; *cfr.*, anche, art. 6, comma 2, degli accordi sottoscritti dalle regioni citate con il Ministero dell'economia e delle finanze e dell'allora Ministero della salute);

- gli articoli 1, comma 174, L. 311/2004 e 4, commi 1 e 2, L. 222/2007 (e successive modifiche) costituiscono la base legale che prevede i poteri sostitutivi del Governo, nei suddetti casi specifici;

- il potere sostitutivo è stato previsto in una situazione di fatto eccezionale e straor-

dinaria per far fronte ad "emergenze istituzionali di particolare gravità" e per tutelare interessi essenziali per lo Stato (in particolare, e fra l'altro, la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni in ambito sanitario, oltre alla unità e "tenuta" economica del sistema sanitario nazionale).

Al momento attuale la situazione in cui versano le regioni interessate ai piani di rientro è talmente delicata da aver indotto il legislatore ad adottare ulteriori misure speciali, quali quelle contenute nell'art. 1, commi 2 e 3, del D.L. 154/2008 (convertito, con modificazioni, nella L. 189/2008), per cui, a tutela del tessuto economico della regione che si trovi in "una situazione di emergenza finanziaria regionale tale da compromettere gli impegni finanziari assunti dalla regione stessa, nonché l'ordinato svolgimento del sistema dei pagamenti regionale, con possibili gravi ripercussioni sistemiche", alla Regione, in siffatta situazione, "può essere autorizzata, con deliberazione del Consiglio dei Ministri, l'erogazione, in tutto o in parte, del maggior finanziamento condizionato alla verifica positiva degli adempimenti, in deroga a quanto stabilito dall'art. 8 dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 23 marzo 2005".

### Quadro normativo di riferimento

Tutta la materia fin qui trattata fa capo a numerosi interventi legislativi che si sono susseguiti in questi anni.

La soppressione del fondo sanitario nazionale ad opera dell'art. 1, comma 1, lett. d), del D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 ("Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'art. 10 della L. 13 maggio 1999, n. 133") ha comportato l'istituzione di una serie di compartecipazioni regionali a tributi statali nonché la costituzione di un apposito fondo perequativo nazionale.

L'art. 83 della L. 23 dicembre 2000, n. 388 (Legge finanziaria 2001) ha previsto, al comma 4, che "le singole Regioni ... sono tenute a provvedere alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione, attivando nella misura necessaria l'autonomia impositiva con le procedure e modalità di cui ai commi 5, 6 e 7".

Successivamente la L. 16 novembre 2001, n. 405 (di conversione, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001, n. 347

“Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”), ha recepito l’Accordo 8 agosto 2001. In particolare all’art. 1, comma 1, ha stabilito il tetto della spesa per l’assistenza sanitaria per gli anni 2002, 2003 e 2004 nei termini di cui all’Accordo 8 agosto 2001, mentre l’art. 4, comma 3, ha ribadito che i deficit che superino le entrate derivanti dal riparto del finanziamento statale previsto per quell’anno, debbano essere coperti dalle Regioni, mediante:

- misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l’introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa;

- variazioni dell’aliquota dell’addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente;

- altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l’adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.

L’art. 40 della L. 28 dicembre 2001, n. 448 (Legge finanziaria 2002), ha inoltre previsto che, laddove non siano rispettate le misure di cui al punto 19 dal citato Accordo 8 agosto 2001, il livello di finanziamento dello Stato diminuisca per le regioni inadempienti.

L’art. 4 del D.L. 15 aprile 2002, n. 63 (“Disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture”), convertito, con modificazioni, dalla L. 15 giugno 2002, n. 112, ha esteso tale previsione anche agli anni 2002, 2003 e 2004.

La L. 27 dicembre 2002, n. 289 (Legge finanziaria 2003) ha confermato all’art. 29, comma 2 le disposizioni sul patto di stabilità interno e ha incluso, come condizione per l’accesso al finanziamento statale di cui al citato Accordo 8 agosto 2001, ulteriori obblighi a carico delle Regioni, come, ad esempio, un piano di contenimento per le liste di attesa (art. 52, comma 4).

Con sentenza n. 36 del 27 gennaio 2005 la Corte Costituzionale ha riconosciuto costituzionalmente legittima per il legislatore statale la possibilità di subordinare il proprio finanziamento all’adozione da parte delle Regioni di tali misure, tenendo conto “del complessivo quadro normativo e delle rela-

zioni fra Stato e Regioni ai fini del contenimento della spesa sanitaria e degli oneri a carico del servizio sanitario nazionale”.

La L. 311/2004 (Legge finanziaria 2005) pone le basi per la realizzazione della complessa manovra di rientro dal deficit per le Regioni in cui si registrano forti disavanzi.

L’art. 1, comma 164, della L. n. 311 del 2004 ha fissato l’importo totale di spesa per il triennio 2005-2007, prevedendo, contemporaneamente, l’attribuzione di ulteriori fondi statali per ripianare il disavanzo degli anni 2001, 2002 e 2003, condizionando, tuttavia, (comma 173) la concessione di tali finanziamenti alla stipula di una intesa fra Stato e Regioni ai sensi dell’art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131 “che contempli, ai fini del contenimento della dinamica dei costi tutta una serie di adempimenti sul piano organizzativo e finanziario”.

L’art. 1, comma 174 della medesima legge prevede il commissariamento delle regioni in situazione di squilibrio economico-finanziario, laddove non siano state adottate misure di copertura dei disavanzi con conseguente elevazione *ope legis* dell’addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche e dell’aliquota dell’imposta regionale sulle attività produttive.

Con l’art. 1, comma 180, è stata prevista la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di stipulare con i Ministri della salute e dell’economia e finanze un apposito accordo con il quale fossero individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla citata intesa. Tale accordo doveva essere accompagnato da un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale (c.d. piano di rientro dai disavanzi).

La successiva Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 nel ribadire l’obbligo delle Regioni di garantire l’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale, all’art. 8 ha definito il modello di accordo, che, nel cogliere la specificità dei problemi delle singole regioni, dia immediata operatività esecutiva ai piani di rientro regionali.

L’art. 1, commi 279, 280 e 281 della L. 23 dicembre 2005, n. 266 (Legge finanziaria 2006) ha stanziato nuovi fondi statali per

contribuire al ripiano dei deficit 2002, 2003 e 2004 del servizio sanitario nelle diverse Regioni, ed ha confermato la previsione della stipula di un apposito accordo, sul modello di quello precedentemente fissato, per l'accesso da parte delle Regioni a tali ulteriori risorse.

L'Intesa Stato-Regioni 28 marzo 2006 ha previsto che la richiesta delle regioni, ai fini della sottoscrizione dell'accordo per l'ammissione alle suddette risorse, deve essere corredata da un documento contenente:

a) una valutazione analitica delle cause strutturali del disavanzo registrato nel periodo considerato;

b) la formulazione di proposte per la correzione delle diseconomie strutturali;

c) la riformulazione, ove necessario, del programma regionale di edilizia sanitaria, in attuazione dell'art. 20 della L. n. 67/1988;

d) elementi per il coordinamento con gli eventuali accordi che la medesima Regione abbia già stipulato o intenda stipulare in applicazione dell'art. 1, comma 180 della L. 30 dicembre 2004, n. 311, ovvero in applicazione dell'art. 1, comma 281, della L. 23 dicembre 2005, n. 266.

L'art. 1, comma 796, lett. b) della L. 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007), prevede che l'accesso alle risorse messe a disposizione con un fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009 per le regioni in difficoltà, abbia come condizione la sottoscrizione di un apposito accordo ai sensi dell'art. 1, comma 180, della L. 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi.

L'art. 1 del D.L. 20 marzo 2007, n. 23 "Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, nonché in materia di quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale", convertito nella L. 17 maggio 2007, n. 64, ha stabilito che lo Stato concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per il periodo 2001-2005 con l'erogazione di 3 miliardi di euro in favore delle regioni impegnate nei piani e che abbiano adottato misure fiscali ulteriori rispetto all'incremento nella misura massima dell'IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF e destinate al settore sanitario.

L'art. 4 del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, "Interventi urgenti in materia economico-fi-

nanziaria, per lo sviluppo e l'equità fiscale" convertito nella L. 222/07, ha stabilito che in caso di mancato rispetto degli adempimenti previsti dal piano di rientro, risultante dalla verifica e dal monitoraggio effettuata dal Tavolo preposto, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la Regione ad adottare i necessari atti entro 15 giorni e nel caso la Regione non adempia alla diffida nomina un Commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del singolo piano di rientro.

L'art. 1 del D.L. 7 ottobre 2008, n. 154, "Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali" convertito nella L. 4 dicembre 2008, n. 189 prevede la possibilità di nominare anche uno o più subcommissari "con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale". Lo stesso decreto stabilisce che nelle Regioni dove sia avvenuta la nomina del Commissario possa essere erogato in tutto o in parte il maggior finanziamento condizionato alla verifica degli adempimenti se:

a) si sia manifestata, in conseguenza della mancata erogazione del maggior finanziamento condizionato alla verifica positiva degli adempimenti, una situazione di emergenza finanziaria regionale tale da compromettere gli impegni finanziari assunti dalla regione stessa, nonché l'ordinato svolgimento del sistema dei pagamenti regionale, con possibili gravi ripercussioni sistemiche;

b) siano stati adottati, da parte del Commissario *ad acta*, entro il termine indicato dal Presidente del Consiglio dei Ministri, provvedimenti significativi in termini di effettiva e strutturale correzione degli andamenti della spesa, da verificarsi da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 della citata Intesa 23 marzo 2005.

Le somme erogate "si intendono erogate a titolo di anticipazione e sono oggetto di recupero, a valere su somme spettanti a qualsiasi titolo, qualora la regione non attui il piano di rientro nella dimensione finanziaria stabilita nello stesso. Con deliberazione del Consiglio dei Ministri sono stabiliti l'entità, la tempistica e le modalità del predetto recupero, in relazione ai mancati obiettivi regionali".

## Riferimenti normativi

- L. 23 dicembre 1978, n. 833 *Istituzione del servizio sanitario nazionale*.
- D.L. 19 settembre 1992, n. 384 *Misure urgenti in materia di previdenza, di sanità e di pubblico impiego, nonché disposizioni fiscali* convertito, con modificazioni, nella L. 14 novembre 1992, n. 438.
- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*.
- D.P.R. 1° marzo 1994 *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996*.
- D.P.R. 23 luglio 1998 *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*.
- D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'art. 10 della L. 13 maggio 1999, n. 133*.
- L. 23 dicembre 2000, n. 388 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)*.
- Accordo 8 agosto 2001 *Accordo tra Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004) e il 22 marzo 2001 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria*.
- D.L. 18 settembre 2001, n. 347, *recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria* convertito, con modificazioni, nella L. 16 novembre 2001, n. 405.
- L. cost. 18 ottobre 2001, n. 3 *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*.
- L. 28 dicembre 2001, n. 448 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)*.
- D.L. 15 aprile 2002, n. 63 *Disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture* convertito, con modificazioni, nella L. 15 giugno 2002, n. 112.
- L. 27 dicembre 2002, n. 289 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)*.
- L. 30 dicembre 2004, n. 311 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*.
- Intesa 23 marzo 2005 *Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della L. 30 dicembre 2004, n. 311*.
- L. 23 dicembre 2005, n. 266 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)*.
- Intesa 28 marzo 2006 sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente *la definizione, per l'anno 2006, di criteri e modalità concessive della somma di 1.000 milioni di euro di cui all'art. 1, comma 278, della L. 23 dicembre 2005, n. 266*.
- Intesa 5 ottobre 2006 ai sensi dell'art. 8, comma 6 della L. 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente *un nuovo Patto sulla salute*.
- L. 27 dicembre 2006, n. 296 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*.
- D.L. 20 marzo 2007, n. 23 *Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, nonché in materia di quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale* convertito, con modificazioni, nella L. 17 maggio 2007, n. 64.
- D.L. 1° ottobre 2007, n. 159 *Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale* convertito, con modificazioni, nella L. 29 novembre 2007, n. 222.
- D.L. 7 ottobre 2008, n. 154 *Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali* convertito, con modificazioni, nella L. 4 dicembre 2008, n. 189.

## Bibliografia

- Arcà S. (2005): I livelli essenziali di assistenza, *Tendenze Nuove*, 4-5.
- Arcangeli L., De Vincenti C. (2008): "La politica sanitaria", in Guerra M., Zanardi A.: *La finanza pubblica italiana*, Il Mulino, Bologna.
- Bellentani M.D. (2006): *I livelli essenziali di assistenza*, O.s.s. - AGENAS.
- Bellentani M.D. (2007): *La logica dei piani di rientro*, O.s.s. - AGENAS.
- Caruso E., Dirindin N. (2008): "La sanità nel 2007: tra piani e ripiani un'immagine positiva", in Guerra M., Zanardi A.: *La finanza pubblica italiana, rapporto 2008*, Il Mulino, Bologna.

- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2008): *La manovra finanziaria 2008*, Roma.
- Corte dei Conti (2007): *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2005-2006*, Roma.
- D'Alessio L. (2008): *Le aziende pubbliche*, Liguori Editore.
- Dickmann R. (2008): Sull'esercizio legislativo a titolo sostitutivo da parte dei commissari ad acta, *Federalismi.it - Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato* (9 luglio).
- France G. (2003): "I livelli essenziali di assistenza: un caso di policy innovation", in Fiorentini G.: *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- France G. (2006): *Federalismi e sanità*, Giuffrè Editore.
- Frisoni G. (2007): *Guida alla manovra finanziaria 2007*, Walter Kluger Italia, Milano.
- Groppi T.: Nota alla sentenza n. 43 del 24 aprile 2004, *Forum di Quaderni Costituzionali*, Riviste Il Mulino in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).
- Guerra M., Zanardi A. (2008): *La finanza pubblica italiana, rapporto 2008*, Il Mulino, Bologna.
- Jorio E. (2008): Prime osservazioni sull'esercizio del potere legislativo da parte dei commissari ad acta, *Federalismi.it - Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato* (2 luglio).
- Mainardis C.: Nuovo Titolo V, poteri sostitutivi statali, autonomie regionali, *Forum di Quaderni Costituzionali*, Riviste Il Mulino in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).
- Mapelli V. (2007): I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali, *Formez, Quaderno 57*.
- Marazzita G.: I poteri sostitutivi fra emergency clause e assetto dinamico delle competenze, *Forum di Quaderni Costituzionali*, Riviste Il Mulino in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).
- Massicci F. (2008): Evoluzione, disciplina e prospettive dei piani di rientro, *Monitor*, 22.
- Merloni F.: Una definitiva conferma della legittimità dei poteri sostitutivi regionali (commento alla sentenza n. 43 del 2004), *Forum di Quaderni Costituzionali*, Riviste Il Mulino in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).
- Palumbo F. (2005): Il programma "Mattoni" del Ssn. Un processo di rinnovamento e condivisione, *Monitor*, 13.
- Palumbo F., La Falce M.G. (2008): Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in piano di rientro, *Monitor*, 22.
- Parisi S.: Sui poteri sostitutivi dopo la sentenza n. 303/2003, *Forum di Quaderni Costituzionali*, Riviste Il Mulino in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).
- Tediosi F., Imperia A. (2007): Il controllo della spesa sanitaria tra indirizzo centrale e autonomia regionale, *Rapporto ISAE*, Roma.