

8 Il quadro giuridico e fiscale

L'analisi del quadro giuridico riguardante le sperimentazioni ed innovazioni gestionali mette in evidenza tre ambiti di intervento:

- forme innovative di collaborazione tra soggetti pubblici e privati aventi ad oggetto lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute, autorizzate con la procedura prevista dall'art. 9-*bis* del decreto legislativo n. 502/92;
- forme innovative di collaborazione tra soggetti pubblici e privati non aventi ad oggetto lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute o altre forme di sperimentazione, promosse dalle aziende;
- forme innovative promosse dal Ministero della salute mediante il finanziamento di progetti di ricerca finalizzati a sviluppare modelli organizzativi e gestionali innovativi (art. 12 Dlgs. 502/92).

L'istituto della sperimentazione gestionale nasce con l'art. 4, comma 6, della L. 30 dicembre 1991, n. 412, con l'obiettivo di introdurre uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati, la rigidità del sistema di regolazione pubblica del settore della sanità e sviluppare, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, modelli organizzativi e gestionali innovativi.

Fin dall'inizio viene individuato come nucleo essenziale dell'istituto l'apertura a forme di collaborazione con soggetti privati, finalizzata ad acquisire competenze gestionali, professionali e finanziarie per migliorare l'efficienza del sistema sanitario.

Dopo una definizione molto generica di «sperimentazione gestionale» si arriva, con l'art. 9-*bis* del decreto legislativo n. 502 del 1992, a disciplinare meglio le forme di collaborazione pubblico-privato. Alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni, viene demandato di autorizzare i programmi di sperimentazione.

Ma una serie di vincoli e condizioni limita fortemente la diffusione delle iniziative. Infatti, il programma di sperimentazione, è proposto dalla Regione interessata dopo aver effettuato una valutazione della convenienza economica del progetto. Inoltre, il progetto deve essere finalizzato al miglioramento della qualità del servizio sanitario regionale e, soprattutto, deve essere coerente con la programmazione regionale e, dunque, con le esigenze della popolazione residente nel territorio regionale, sia in termini di qualità del servizio, sia in termini di efficienza gestionale.

In seguito, con il nuovo testo dell'articolo 9-*bis*, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999, mentre vengono messe a punto alcune stringenti regole per il controllo della partecipazione privata, si chiarisce che le sole forme di sperimentazione soggette alla procedura di autorizzazione sono quelle che comportano la costituzione di società miste aventi ad oggetto compiti diretti di assistenza alla persona. Per le altre sperimentazioni la procedura autorizzatoria non si applica.

L'ultimo provvedimento di rilievo adottato in materia è l'art. 3 del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, convertito nella L. 16 novembre 2001, n. 405, che ha trasferito alle Regioni il compito di autorizzare le sperimentazioni rientranti nella disciplina dell'art. 9-*bis*, prima demandato alla Conferenza Stato-Regioni.

Dopo questi sommari richiami alle norme sulle sperimentazioni gestionali si reputa utile ricordare anche la disciplina del project financing contenuta nella legge 18 novembre 1998, n. 415, (cd. *Merloni-ter*), tenendo conto che alcune delle più significative sperimentazioni gestionali avviate dalle aziende sanitarie si basano sulle norme contenute nella predetta legge.

Un ruolo fondamentale, nel *project financing*, è svolto dai *promotori*.

I promotori sono coloro che ideano un progetto e propongono all'amministrazione pubblica la realizzazione di opere di pubblica utilità. In particolare, essi possono essere:

1. "i soggetti dotati di requisiti tecnici, organizzativi, finanziari e gestionali, specificati dal regolamento";
2. "i soggetti di cui all'art. 10", in altri termini, i soggetti (imprese individuali, società, consorzi tra società cooperative, consorzi stabili tra imprese individuali, tra società commerciali o tra cooperative di produzione e lavoro ecc.) ammessi a partecipare alle procedure di affidamento dei lavori pubblici, ai sensi dell'art. 10 della Legge n. 109/94;
3. "i soggetti di cui all'art. 17, comma 1, lettera f), eventualmente associati o consorziati con enti finanziatori e con gestori di servizi".

Da ciò emerge che i soggetti legittimati a presentare una proposta di P.F. sono in parte diversi dai soggetti in possesso dei requisiti per la partecipazione ad appalti pubblici.

La *Merloni-ter* specifica, quindi, l'oggetto e le caratteristiche che la proposta presentata dai promotori deve possedere. Al riguardo, l'art. 37-*bis* dispone che possono essere oggetto di proposte di P.F. esclusivamente "lavori pubblici o lavori di pubblica utilità inseriti nella programmazione triennale ovvero negli strumenti di programmazione formalmente approvati dall'amministrazione aggiudicatrice sulla base della normativa vigente".

L'articolo 37-*bis*, c.1, dispone che le proposte devono avere ad oggetto la realizzazione di opere "tramite contratti di concessione (...) con risorse totalmente o parzialmente a carico dei promotori".

L'approvazione della proposta da parte dell'amministrazione aggiudicatrice non attribuisce al promotore il diritto di realizzare l'opera.

Va, invece, espletata una procedura di scelta del concessionario, articolata in due fasi:

- 1) licitazione privata, da svolgersi con il metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa;
- 2) procedura negoziata.

Nella prima fase, l'amministrazione verifica l'esistenza di altri soggetti privati interessati alla realizzazione ed alla gestione dell'opera, alle condizioni medesime offerte dal promotore. Il bando di gara deve prevedere un termine congruo per la presentazione delle offerte da parte dei soggetti interessati a partecipare all'aggiudicazione ed invitati dall'amministrazione. Al termine della licitazione privata, l'amministrazione individua le due offerte ritenute migliori nel complesso ed avvia la fase della trattativa privata con il promotore e con i due soggetti concorrenti. La trattativa privata "plurima", che si svolge in contraddittorio tra le parti, è finalizzata al miglioramento delle condizioni economico-finanziarie risultanti nella proposta, posta a base della trattativa. L'esito della trattativa privata può consistere nell'aggiudicazione della concessione, sia al promotore, sia ad uno dei concorrenti.

In questo meccanismo possono essere riscontrate opportunità considerevoli per promuovere, con l'apporto di competenze tecniche e di risorse finanziarie di soggetti privati, interventi di innovazione e sviluppo organizzativo e gestionale.

Tra le problematiche connesse con l'applicazione della normativa sulle sperimentazioni gestionali particolare rilevanza hanno quelle di carattere fiscale.

Un apposito gruppo di lavoro, costituito nell'ambito della Commissione sulle sperimentazioni e innovazioni gestionali, si è fatto carico di approfondire alcune delle problematiche salienti. La principale riguarda il regime IVA.

In tema di tassazione, i problemi si sono, in qualche modo, acuiti in seguito alle modifiche normative promosse per favorire il cofinanziamento della spesa pubblica a partire dagli anni '90 senza che a ciò abbiano avuto riscontro modifiche nella legislazione tributaria. Vi è coscienza del problema anche a livello comunitario. La Commissione europea ha recentemente affermato che "la crescente privatizzazione di attività che in passato erano di competenza esclusiva del settore pubblico ha causato una maggiore distorsione di concorrenza tra i servizi esonerati, non imponibili e imponibili" concludendo che "è quindi necessario modernizzare il regime dell'IVA applicabile a tali prestazioni di servizi tenendo in debito conto i vari interessi, in particolare di quelli dei cittadini utenti di tali servizi. Inoltre, il regime IVA applicabile alle sovvenzioni va

riesaminato al fine di garantire un sistema più semplice e armonizzato nell'UE. Infine, le esenzioni senza diritto a deduzione per le attività sociali, educative, culturali, ecc. devono essere riviste per verificare se soddisfano ancora le esigenze attuali." Si tratta di affermazioni importanti che continuano però ad essere sintomo evidente di una realtà sovranazionale ancor troppo sbilanciata nel tutelare, più che i cittadini europei, gli interessi dell'offerta di beni e servizi e quindi le aziende.

Che debba crescere la consapevolezza – a vari livelli – della rilevanza economica delle problematiche fiscali nella sanità ed in genere nell'ambito delle attività della pubblica amministrazione appare evidente se si pensa che, a livello della pubblica amministrazione tanto a livello centrale che decentrato, la inevitabile crescita di accordi contrattuali pubblico/pubblico e pubblico/privato connessa al processo di aziendalizzazione introdotto con la 502 del 1992 incrementa la importanza della fiscalità (e quindi la necessità di gestirla nella sua attuale complessità) e che il sorgere di diversi livelli di imposizione in funzione della devolution esige una maggiore attenzione per l' almeno parziale venir meno di quell'aspetto di "partita di giro" con la quale era spesso vista la fiscalità dell'ente pubblico. A livello "micro", di singola azienda, cresce la complessità della gestione anche sotto gli aspetti di carattere tributario ed aumenta il rischio di intraprendere vie che solo dopo anni si possono rivelare come svantaggiose.

Nel documento predisposto dalla precedente Commissione sulle sperimentazioni gestionali, operante presso il Ministero della sanità, era stato rilevato come le sperimentazioni gestionali ci obblighino a confrontarci con il problema della natura pubblica o privata dei nuovi enti e del loro conseguente inquadramento tributario. L'ente facente parte del SSN ha – oggi - un trattamento tributario (tanto ai fini delle imposte dirette quanto dell'IVA) distinto da quello dell'ente privato accreditato, fondandosi la distinzione di carattere tributario, prima di tutto, proprio sulla diversa posizione che i due tipi di enti assumono nei confronti dello stesso SSN.

Molte aziende hanno lamentato l'assenza di agevolazioni specifiche in tema di imposte dirette per le sperimentazioni gestionali. Al riguardo occorre rilevare che il legislatore ha voluto sì incoraggiare normativamente la sperimentazione di nuove forme di gestione dell'offerta sanitaria, ma non ha finora ritenuto esservi motivo di agevolare fiscalmente le realtà private che operano nella sperimentazione.

Le attività rientranti nella sperimentazione subiranno quindi la tassazione corrispondente al "tipo" di ente costituito. Non potranno comunque godere del regime di favore previsto dall'articolo 88, secondo comma, del TUIR e godranno dei benefici connessi alla natura di ente non commerciale (in particolare articolo 108, comma 2 bis lettera b) del TUIR) solo se assumeranno tale qualifica. Qualora la sperimentazione dovesse comportare la costituzione di una società commerciale la tassazione avverrebbe, invece, secondo le normative ordinarie di determinazione del reddito di impresa, non essendo previste dalla legislazione deroghe di sorta, né per quanto riguarda la determinazione del reddito, né per quanto attiene al campo delle agevolazioni tributarie.

Per quanto riguarda l'imposta sul valore aggiunto (IVA), va considerato che non tutte le attuali esenzioni sono fondate sulla stessa ratio. A giustificarne storicamente l'introduzione vi sono state infatti finalità di carattere sociale, finalità operative e motivi di carattere tecnico. L'esenzione prevista per le professioni sanitarie e per l'ospedalizzazione era stata *"inserita tra quelle che mirano a rendere meno onerose alcune attività di interesse generale"*. Quanto *"alla ratio dell'esenzione dell'Iva per le prestazioni mediche, il riferimento alla cura delle persone che figura nella disposizione .. fa apparire con una certa chiarezza che una tale esenzione si giustifica per l'esigenza di ridurre la spesa medica e di favorire in tal modo l'accesso alla tutela della salute"*.

Malgrado queste lodevoli intenzioni del legislatore degli anni '70 l'imposta sul valore aggiunto è probabilmente oggi il maggior ostacolo che la normativa comunitaria impone alla ricerca di una gestione ottimale dei servizi a tutela della salute.

Diverse esperienze di sperimentazione esaminate hanno fatto emergere l'importanza del problema, sia con riferimento alle esternalizzazioni ed al global service, sia per quanto concerne gli investimenti.

La funzione strategica delle sperimentazioni rende auspicabile che siano trovate soluzioni - anche temporanee - per eliminare quello che può essere definito come un "fiscal/tecnological drag" che esclusione ed esenzione dall'IVA hanno introdotto nella sanità, ostacolando la ricerca del miglior assetto dell'offerta sanitaria. Di fronte ad un IVA indeducibile, il cui onere a carico del sistema sanitario si attesta nelle realtà ospedaliere in misura superiore all'aliquota sociale del 4% e vicino, se non superiore, all'aliquota media del 10%, non si può non prendere atto che l'esenzione ha perso quella sua caratteristica di agevolazione che ne aveva giustificato l'introduzione circa 30 anni fa.

Il progresso tecnologico, l'aziendalizzazione introdotta nella sanità con il decreto legislativo n. 502 del 1992 e le nuove forme di gestione esternalizzata a rete del servizio sanitario rendono sempre più penalizzanti le eccezioni alla trasparenza dell'imposizione connesse ad esclusione/esenzione dall'imposta. La fiscalità del 21° secolo in tutta Europa (ad eccezione di quanto avviene nei paesi che hanno difeso la cosiddetta "aliquota zero" con diritto a detrazione dell'imposta pagata a monte) aiuta meno i settori dell'esenzione di quanto non avesse inteso fare il legislatore degli anni '70 e - si evidenzia il paradosso - li aiuta tanto meno (ma data la mancata trasparenza dell'imposta e l'incidenza sicuramente superiore a quella dell'aliquota sociale è più corretto affermare: li ostacola tanto più) quanto più questi settori cercano di modernizzarsi.

Il prelievo è quindi andato crescendo a parità di prodotto, con una crescita automatica, funzione dello sviluppo tecnologico e del diverso modo di produrre il servizio, che assume la natura di una sorta di "tecnological/fiscal drag" nell'imposizione indiretta. Tutto ciò confligge in modo palese con l'obiettivo che la Comunità si è posta di un sistema fiscale che favorisca la "modernizzazione del modello sociale europeo" (COM 260/2001).

Come i legislatori hanno restituito ai contribuenti gli effetti del "fiscal drag" delle imposte dirette, è perciò auspicabile che il settore della sanità veda riconosciuto questo particolare tipo di "fiscal drag" che erode l'esenzione a suo tempo riconosciuta e che, in modo particolare, ostacola proprio quel processo di modernizzazione del modello sociale europeo che la Commissione auspica sia favorito anche attraverso l'imposizione e che potrebbe consentire la riduzione della spesa a tutela sanitaria costante.

L'urgenza della problematica suggerisce che - anticipando le modifiche alla norma comunitaria auspicata dalla Commissione Europea e dal Comitato economico sociale ed in aderenza al punto 10 dell'accordo con le Regioni dell'8 agosto 2001 - siano trovate soluzioni anche temporanee e sperimentali atte a risolvere il problema e raggiungere l'obiettivo europeo di modernizzazione del modello sociale europeo.

Le soluzioni discusse dal gruppo tecnico possono essere diverse ma si possono suddividere in due macrocategorie:

- a) soluzioni "perfette" che risolvano alla radice il problema, consentendo la detraibilità dell'Iva sugli acquisti attraverso la previsione opzionale di imponibilità ad aliquota sociale (4%) dei servizi sanitari (è il caso dell'agevolazione ottenuta in Italia dal mondo delle cooperative operanti nella sanità), ovvero con meccanismi del tipo "aliquota zero";
- b) soluzioni "imperfette o parziali" che operino mediante la eliminazione/riduzione dell'importo dell'Iva indeducibile sugli acquisti attraverso il riconoscimento dell'esenzione (è l'ipotesi dell'esenzione delle operazioni infragruppo ottenuta, su spinta dei settori bancario ed assicurativo, con l'articolo 6 della legge 133 del 1999 che ha però il vizio di ribaltare sul fornitore dei servizi la mancata trasparenza dell'imposta e che quindi non pare risolutiva) o di una aliquota ridotta da applicarsi anche ad alcune delle fasi precedenti che compongono la produzione del servizio e quindi alle forniture (o a categorie significative di queste) dirette ai settori dell'esenzione sociale. Si tratta di una soluzione che può consentire di non ridurre il gettito e, se

pur non perfettamente trasparente per il settore dell'esenzione, può arrivare a diminuire sino a rendere quasi indifferente l'effetto a cascata della mancata trasparenza dell'imposta. È forse, nella pratica, la soluzione preferibile se non si accetta l'onere dell'"aliquota zero".

Per quanto concerne l'imposta regionale sulle attività produttive (I.R.A.P.), le esperienze esaminate, relative alle sperimentazioni gestionali, non hanno posto in luce elementi significativi connessi con il differente trattamento previsto per il personale pubblico e per quello privato. Senza esaminare i tanti profili che riguardano l'imposta, in questa sede si vuole solo sottolineare la irrazionalità e la conseguente necessità di eliminare la grave distorsione esistente, a danno del settore pubblico.

Certamente le sperimentazioni gestionali, anche se devono tener conto degli aspetti di carattere tributario, non possono avere come finalità solo l'ottenimento di un risparmio fiscale.

È per questo che, anche se oggi la privatizzazione del soggetto gestore può comportare un significativo risparmio in termini di IRAP (aliquota del 4,25% contro l'8,5%) sembra molto più importante l'eliminazione di questa disparità di trattamento, che ostacola l'azienda sanitaria pubblica.

Non vi è infatti alcuna ragione, se non il retaggio del passato, e cioè della storia delle imposte e dei contributi che sono confluiti nella imposta regionale sulle attività produttive, a giustificare un'aliquota a carico dell'ente pubblico doppia di quella che grava su quello privato. Questa differenziazione appare profondamente irrazionale specie nell'ambito dei servizi pubblici a domanda individuale, come il settore della sanità aperto, se non proprio alla concorrenza, quanto meno al serrato confronto con l'offerta del privato profit e non profit.

È ben vero che con la previsione dell'IRAP quale principale tributo per il finanziamento della spesa sanitaria, ormai di responsabilità delle regioni, la differenza di aliquota, almeno limitatamente al settore della sanità, assume la natura di una partita di giro. Ma anche se la eliminazione di questa discrasia non avrebbe grande influenza nel bilancio regionale (la minore entrata infatti corrisponderebbe ad un minore onere sostenuto dall'azienda sanitaria pubblica), verrebbe a cadere un handicap che la stessa azienda si trova a dover affrontare, nella propria attività, nei confronti della struttura privata che svolge la medesima attività.

A conclusione della rassegna sulle problematiche giuridiche e fiscali salienti in tema di sperimentazioni gestionali si ritiene utile riportare un sintetico schema sull'evoluzione del quadro normativo nella materia di cui trattasi.

Tabella 20 - Quadro giuridico di riferimento delle sperimentazioni gestionali

Anno	Principali provvedimenti
1991	<p><u>L. 30/12/1991 – n. 412</u></p> <p><i>Art. 4, comma 6: introduce, «in deroga alla normativa vigente», le sperimentazioni gestionali nell'ambito del SSN, «ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi, [...] nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti».</i></p> <p>Introduce l'istituto della sperimentazione gestionale in modo funzionale, riferendosi in termini generici alla possibilità di attuare forme di collaborazione fra pubblico e privato per l'acquisizione di risorse finanziarie, di conoscenze e di esperienze finalizzate a migliorare l'efficienza del sistema sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli strumenti individuati per dare vita alle collaborazioni sono di tipo privatistico. <p>Viene data la possibilità di adottare una disciplina specifica della sperimentazione, anche «in deroga alla normativa vigente». Il potere della deroga viene riconosciuto in termini molto ampi, nella convinzione che se l'obiettivo è sperimentare, il nuovo istituto deve essere in grado di permettere di superare i vincoli della normativa regolante il sistema pubblico.</p>
1992	<p><u>D.lgs. 30/12/1992 – n. 502, introdotto dall'art.11 D.lgs. 7/12/1993 n. 517</u></p> <p><i>Art. 9-bis: precisa che le sperimentazioni gestionali di cui all'art. 4, comma 6 della L. 412/91 sono attuate attraverso «convenzioni con organismi pubblici o privati per lo svolgimento in forma integrata sia di opere che di servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime». Si prevede che a tal fine «la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato [...] autorizzando, in sede di prima attuazione [...] nove aziende USL e/o ospedaliere, equamente ripartite nelle circoscrizioni territoriali del Nord, Centro e Sud Italia, in cui effettuare le predette sperimentazioni e verificare annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi». «Al termine del primo triennio di sperimentazione» in base alla verifica dei risultati conseguiti, è affidata al governo e alle regioni l'adozione dei «provvedimenti conseguenti».</i></p> <p>Mantiene ferma l'impalcatura definita dall'art. 4 della L. 412/91 ma introduce un nuovo regime procedurale di attuazione delle sperimentazioni.</p> <p>Vengono identificate in un limite numerico massimo di 9 per tutto il territorio nazionale e devono essere attuate attraverso l'intervento della Conferenza Stato-Regioni.</p>
1999	<p><u>D.Lgs 19/06/1999 – n. 229</u></p> <p><i>Art.10: prevede che «i programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato», siano preventivamente autorizzati dalla Conferenza Stato-Regioni e proposti dalla Regione interessata, motivando «le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale» e quelle «di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accentua i profili di garanzia rispetto a possibili pregiudizi per il servizio pubblico, che potrebbero derivare dal ricorso a forme di collaborazione pubblico/privato. • Riconosce esplicitamente alle Regioni il potere di proposta dei progetti, assoggettandoli poi ad un atto di autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni. • Mette in discussione l'istituto della deroga, non richiamando più la sua fonte originaria (art. 4, L. 412/91). • Introducendo vincoli più stretti alla realizzazione dei progetti sperimentali, provoca una caduta del ricorso a questo strumento dando origine, nei fatti, ad una duplice categoria di sperimentazioni: quelle rientranti nell'ambito dell'art. 9-bis e quelle che sfuggono a questa disciplina.

2000	<p>L. 23/12/2000 – n. 388</p> <p><i>Art.90: «Sino al 31 dicembre 2001 il trasferimento di beni, anche di immobili e di aziende, a favore di fondazioni di diritto privato e di enti pubblici [...], effettuato nell'ambito delle sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, nonché dall'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, limitatamente agli atti sottoposti a registrazione durante il periodo di durata della sperimentazione [...] non dà luogo, ai fini delle imposte sui redditi, a realizzo o distribuzione di plusvalenze, ricavi e minusvalenze, compreso il valore di avviamento, non costituisce presupposto per la tassazione di sopravvenienze attive nei confronti del cessionario, non è soggetto ad alcuna imposta sui trasferimenti né comporta obbligo di affrancare riserve e fondi in sospensione d'imposta».</i></p> <p>Prevede l'esenzione da imposte, sino al 31/12/2001, del trasferimento di beni, anche di immobili ed aziende, a favore di fondazioni di diritto privato e di enti pubblici effettuato nell'ambito delle sperimentazioni gestionali.</p> <p>Richiama nuovamente la «fonte primaria» delle sperimentazioni (art. 4, L. 412/91) ribadendo la vigenza dell'istituto della deroga.</p> <p>Rappresenta un momento di svolta della disciplina perché introduce la possibilità di sperimentare anche un diverso assetto istituzionale del sistema sanitario, attraverso la costituzione di soggetti giuridici nuovi, quali le fondazioni di partecipazione, superando la logica di contrapposizione esclusiva fra aziende sanitarie/enti pubblici e società miste pubblico/privato.</p>
2001	<p>L.Cost. 18/10/2001 – n. 3</p> <p><i>Modifiche del titolo V della Costituzione – art. 117, comma 3: prevede tra le materie di legislazione concorrente, nelle quali spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali riservata alla legislazione dello Stato, la «tutela della salute».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Emerge un complessivo rafforzamento delle potestà normative regionali nel settore sanitario, attraverso una precisa delimitazione dello spazio legislativo di competenza statale (i soli principi fondamentali per la tutela della salute – determinazione dei livelli essenziali di assistenza), che non può esercitarsi nelle materie di legislazione concorrente.
2001	<p>L. 16/11/2001 – n. 405</p> <p><i>Art. 3, comma 6: modifica l'art. 9-bis riconducendo i programmi di sperimentazione alla sola volontà regionale, sopprimendo l'autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Viene data piena potestà autorizzativa alle Regioni e Province Autonome sulle sperimentazioni gestionali. • Nel caso in cui le Regioni non modificano la propria legislazione per fruire dei maggiori spazi consentiti loro, l'interpretazione prevalente stabilisce che le prescrizioni del Dlgs. 502/92 vanno integralmente osservate.
2001	<p>L. 28/12/2001 – n. 448</p> <p><i>Art. 28, comma 8 della Legge finanziaria per il 2002, relativo alla «Trasformazione e soppressione di enti pubblici» prevede che agli IRCCS pubblici si possa applicare «in via sperimentale» e «sentite le regioni interessate» la disposizione di cui al comma 1: «la trasformazione in società per azioni o in fondazioni di diritto privato [...] sentite le organizzazioni sindacali per quanto riguarda i riflessi sulla destinazione del personale».</i></p> <p>Viene concessa agli IRCCS pubblici attualmente esistenti la possibilità, ferma restando la natura pubblica di tali istituti, di trasformarsi in società per azioni o in fondazioni di diritto privato.</p> <p><i>Art. 29: autorizza le pubbliche amministrazioni, nonché gli enti finanziati direttamente o indirettamente a carico del bilancio dello Stato, anche in deroga alle disposizioni vigenti, ad a) acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione, b) costituire soggetti di diritto privato a cui affidare lo svolgimento di servizi svolti in precedenza, c) attribuire lo svolgimento di tali servizi a soggetti di diritto privato già esistenti, attraverso gara pubblica. Per questi soggetti è previsto, inoltre, un regime fiscale agevolato.</i></p>