



Quasi cinquanta anni fa, nell'esercizio della delega conferita al Governo per la grande riforma fiscale degli anni '70¹, è stato emanato, tra gli altri, il D.P.R. 29 settembre 1973, n. 601 in materia di agevolazioni fiscali che ha previsto, per taluni soggetti giuridici, una disposizione di riduzione (*recte*, dimezzamento) dell'aliquota dell'imposta sulle persone giuridiche "IRPEG" che, contestualmente, veniva istituita dal D.P.R. 29 settembre 1973, n. 598.

L'obiettivo del presente lavoro è approfondire i presupposti e delineare il perimetro di applicazione della norma (art. 6) che riduce l'aliquota IRPEG, ora IRES, con riferimento agli «enti ospedalieri».

La ragione è semplice.

Da parte della giurisprudenza della Corte di cassazione e della prassi dell'Agenzia delle entrate, è in atto da tempo una graduale riduzione dell'ambito applicativo della disposizione: i passi cronologici dell'evoluzione interpretativa in senso restrittivo sono affidati ai successivi capitoli (in particolare, cap. IV e V).

Occorre, quindi, comprendere quale possa (o debba) essere il confine di questa attività di "ridimensionamento" della agevolazione in parola, che era stata introdotta dal legislatore allo scopo di alleviare il carico fiscale in un settore fondamentale per la vita civile.

Nella prospettiva più restrittiva – declinata in diverse, spesso contrastanti, interpretazioni di prassi e giurisprudenza – si è sostenuto che la disposizione è destinata ad essere applicata solo a soggetti qualificabili come enti pubblici o per la sola attività ospedaliera svolta in regime di convenzione².

Le diversità interpretative hanno innescato, soprattutto in questo ultimissimo periodo, un rilevante contenzioso tributario.

1 Se non c'è mai stato Governo di questo Stato che non abbia almeno promesso una riforma fiscale, spesso tradottasi in null'altro che "riparazioni" d'urgenza di una "macchina" che è rimasta sempre complessa, in quel caso, si trattò indubbiamente di un ponderoso intervento organico di riforma.

2 Con una semplificazione, si potrebbero definire attività svolte "in regime di convenzione" le prestazioni ospedaliere remunerate secondo le tariffe stabilite da apposite disposizioni (cfr. decreto del Ministero della salute 18 ottobre 2012, decreto del Ministero della sanità 27 agosto 1999, n. 332, D.P.C.M. 12 gennaio 2017); "in solvenza" le prestazioni con tariffe eccedenti (libere e private).

Lo scopo del contributo è quello di esporre in termini chiari e precisi gli argomenti a favore delle diverse posizioni e di valutare, in particolare, se sia fondata e giustificabile la tesi che vuole che l'agevolazione spetti solo agli enti pubblici oppure se le disposizioni normative ed il sistema portino ad escludere l'esistenza di ragioni per distinguere la "attività convenzionata" da quella erogata in regime di "solvenza".

In un tempo in cui le strutture sanitarie, anche private, si sono contraddistinte per azioni a volte eroiche e hanno subito ingenti danni nella gestione ordinaria dell'attività a causa della pandemia esplosa nel febbraio 2020, è parso giusto leggere in chiave storica e critica la norma e le interpretazioni di cui è stata oggetto.