

**POTERI SOSTITUTIVI STATALI, PIANI DI RIENTRO
E VINCOLI DI BILANCIO IN MATERIA SANITARIA.
TRA DISUGUAGLIANZE E TENTATIVI DI EMARGINAZIONE
DELLA DECISIONE POLITICA**

INES CIOLLI

(Professore associato di Diritto costituzionale
nell'Università Sapienza di Roma)

Data di pubblicazione: 22 gennaio 2021

Il presente articolo è stato sottoposto a procedura di doppio referaggio anonimo

INES CIOLLI*

**Poteri sostitutivi statali, piani di rientro
e vincoli di bilancio in materia sanitaria.
Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica**

Abstract (It.): *la tutela della salute, stretta tra vincoli di bilancio e piani di rientro, ha subito diverse restrizioni in tempi di crisi economica e finanziaria. I commissariamenti delle Regioni in deficit hanno consentito solo l'erogazione dei LEA, peraltro non sufficienti a garantire un ripristino dell'uguaglianza nelle Regioni più disagiate. Inoltre, il ruolo del commissario del governo, sul quale il legislatore e il giudice costituzionale hanno assunto posizioni ambigue e contraddittorie, lascia aperto il problema della decisione tecnica o politica in tema di scelte volte a risanare i deficit regionali.*

Abstract (En.): *health protection, caught between budget constraints and repayment plans, has undergone various restrictions in times of economic and financial crisis. The commissioners of the regions in deficit only allowed the financing of the LEAs, however not sufficient to guarantee a restoration of equality in the most disadvantaged regions. Furthermore, the role of the government commissioner, on which the legislator and the constitutional judge have taken ambiguous and contradictory positions, leaves open the problem of the technical or political decision in terms of choices aimed at redressing regional deficits.*

* Professore associato di Diritto costituzionale nell'Università Sapienza di Roma.

SOMMARIO: 1. I termini della questione. – 2. L'erogazione dei LEA e le disuguaglianze rilevate nelle Regioni in piano di rientro. – 3. L'annosa questione dei Commissari *ad acta*. – 4. Il cosiddetto decreto Calabria e le ultime decisioni della Corte costituzionale in tema di commissariamento delle Regioni in piano di rientro e la tutela dei LEA. – 5. Considerazioni conclusive.

1. *I termini della questione*

Sebbene i poteri sostitutivi previsti dall'art. 120 Cost., co. 2, costituiscano una *extrema ratio*, sembra pacifico che il governo possa sostituirsi alle Regioni ogni qual volta sia necessario tutelare l'unità giuridica ed economica, ovvero quando lo richiedano la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali¹. I poteri sostitutivi, ricorda il testo della Costituzione, devono essere esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e di leale collaborazione, ossia deve intercorrere tra lo Stato e la Regione un

¹ C. MAINARDIS, *Commento all'art. 120 Cost.*, in A. CELOTTO, R. BIFULCO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione italiana*, Torino 2006, 2379 ss.; S. PAPA, *La sussidiarietà alla prova: i poteri sostitutivi nel nuovo ordinamento costituzionale*, Milano 2008; V. TAMBURRINI, *I poteri sostitutivi statali: tra rispetto dell'autonomia regionale e tutela del principio unitario*, Milano 2012. Per un primo inquadramento dei poteri sostitutivi nel nuovo Titolo V, G. VERONESI, *Poteri sostitutivi: recenti orientamenti*, in *Le Regioni*, 2001, 32 ss. e per una interpretazione da parte della Corte costituzionale dei contenuti e dei limiti del potere sostitutivo ex art. 120 Cost. dopo la riforma del Titolo V, si veda C. MAINARDIS, *Nuovo Titolo, poteri sostitutivi statali, autonomie speciali*, in *Le Regioni*, 2005, 197 ss.; A. DE MICHELE, *L'art. 120 della Costituzione e il suo ruolo nella riforma del Titolo V*, in *Ist. fed.*, 2008, 623 ss.; per un quadro generale dei poteri sostitutivi, G. FONTANA, *Poteri sostitutivi nella Repubblica delle autonomie*, in *www.issirfa.cnr.it*, 2005.

costante dialogo incentrato sull'elaborazione di politiche finalizzate a risanare i bilanci e a garantire almeno la tutela dei livelli essenziali di prestazione dei diritti civili e sociali².

Il caso più frequente è quello che configura l'esercizio del potere sostitutivo da parte del governo volto a ripristinare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nelle Regioni ove essi sono stati compromessi da gravi squilibri finanziari. Tale potere sostitutivo ha trovato una sua attuazione nell'art. 8 della l. n. 131/2003 e nella copiosa giurisprudenza costituzionale, entrambi chiamati a determinare i limiti della potestà normativa regionale³.

Sin dagli anni 2007-2009, quando i poteri sostitutivi del governo hanno cominciato a essere esercitati, alcune difficoltà di ordine costituzionale sono affiorate in tutta la loro complessità, senza che si siano prospettate da allora soluzioni convincenti⁴.

² S. BARTOLE, *La Corte costituzionale e la ricerca di un contemperamento fra supremazia e collaborazione nei rapporti tra Stato e Regioni*, in *Le Regioni*, 1988, 565 ss.

³ La Corte costituzionale si è pronunciata sul potere sostitutivo del Governo nei confronti delle Regioni e sui suoi limiti in numerosi casi, si vedano le sentt. nn. 32/2012 e 104/2013 che fanno divieto alle Regioni soggette a un piano di rientro di prevedere LEA aggiuntivi rispetto a quelli indicati dal piano stesso; le sentt. nn. 193/2007; 2 e 20/2010; 78/2011; 131/2012; 18, 28, 79, 180/2013; 110, 278/2014; 227/2015; 266/2016; 106 e 190/2017 che vietano alle Regioni di adottare provvedimenti normativi che possano, anche solo potenzialmente, interferire con le funzioni del Commissario *ad acta* (sent. n. 199/2018) o che possano aggravare il disavanzo sanitario.

⁴ A dire il vero, i piani di rientro erano già stati evocati e disciplinati nella legge di bilancio per il 2005, la n. 311 del 2004, seppure in una diversa prospettiva che prevedeva la redazione di un piano da parte della Regione, il finanziamento statale condizionato all'approvazione del piano stesso e una serie di sanzioni in caso quest'ultimo fosse stato disatteso dalla Regione. È ovviamente a partire dalla riforma del Titolo V che il problema dei poteri sostitutivi si pone in tutta la sua complessità per assumere una maggiore importanza

In primis, la straordinarietà spesso evocata in merito all'art. 120 Cost. si è tradotta – a dispetto della sua natura – nell'esercizio di un potere di lunga durata, anche decennale, ormai ordinario e alternativo ad altri poteri sostitutivi, che pure il legislatore costituente e ordinario avevano previsto (si pensi all'art. 117, co. 5, Cost.).

Inoltre, la disciplina del potere sostitutivo evoca un altro elemento che ha rappresentato nel testo della Carta costituzionale il convitato di pietra, ossia i piani di rientro e la loro gestione. Non da ultimo, le funzioni e la stessa figura del Commissario *ad acta* hanno sollevato non poche perplessità sia quando tale ruolo è stato a lungo assunto dal Presidente della Regione, sia quando più recenti normative hanno tentato di sganciarlo da quest'ultimo, introducendo una figura *ad hoc*. Nel primo caso si è riscontrata una evidente interferenza tra i due ruoli, anche se la Corte costituzionale più volte ha ricordato quanto sia necessaria una separazione tra le decisioni del Commissario, che rispondono a competenze stabilite dal piano di rientro stesso, e il Presidente della Regione quale organo politico; nel secondo caso l'opposta questione ha provocato non minori perplessità: la divisione netta tra le due figure, unita al fatto che durante i piani di rientro le istituzioni politiche regionali subiscono un forte ridimensionamento delle proprie funzioni, indebolisce doppiamente il Presidente di Regione ed evidenzia l'esistenza di uno spazio assolutamente marginale della sfera politica e della stessa rappresentanza politica che, proprio nei momenti di crisi, dovrebbe essere valorizzata. Lo stesso giudice costituzionale ha riconosciuto questo inconveniente sottolineando che il potere sostitutivo del governo «si ripercuote anche sugli equilibri della forma di governo regionale, a causa del perdurante esautoramento del Consiglio e della stessa Giunta a favore del Commissario *ad acta*»⁵. A dire il vero,

durante la crisi del 2007 e *a fortiori* per rivestire un impatto ancor più rilevante dopo l'introduzione dell'equilibrio di bilancio in Costituzione.

⁵ Sent. n. 199 del 2018.

pur evidenziando questi aspetti, la Corte costituzionale non ha provveduto a interpretare il dettato costituzionale nel senso di una maggiore incidenza delle decisioni politiche, anzi la giurisprudenza costituzionale sul punto è stata ondivaga e non è arrivata a chiarire definitivamente né quale soluzione fosse più conveniente o maggiormente in linea con le previsioni costituzionali contenute nell'art. 120 Cost. e in armonia con il dettato costituzionale, né quale potesse agire con maggiore efficacia per la tutela del diritto alla salute e dei vincoli di bilancio.

Di fatto, l'uso ricorrente e di lunga durata dei poteri sostitutivi non solo ha depotenziato la decisione politica regionale, ma ha legittimato un ritorno progressivo alla centralizzazione di molte delle decisioni della spesa sanitaria⁶, almeno fino a tempi più recenti quando la stessa giurisprudenza costituzionale ha delineato un quadro meno punitivo per le Regioni sia ribadendo la necessaria partecipazione delle stesse alle decisioni relative all'allocazione delle risorse in materia sanitaria, sia conferendo un ruolo centrale al principio di leale collaborazione, che le vede come soggetti attivi tanto quanto lo Stato.

Altra questione, non meno importante e di ordine più generale è quella che riguarda la scarsità delle risorse destinate alla tutela della salute⁷. A

⁶ Sul punto, C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle regioni commissariate?*, in *Le Regioni*, 1/2019, 307 ss. e B. BRANCATI, *Tensione nei rapporti tra Stato e Regioni sul tema della sanità (a margine del decreto-legge n. 35/2019)*, in *Oss. AIC*, 3/2019, www.osservatorioaic.it, 1. ss. Il fenomeno non è nuovo e da sempre caratterizza gli anomali rapporti che s'instaurano tra Stato e Regioni nel particolare momento della gestione dei piani di rientro, come hanno sottolineato G. D'AURIA, *Gli accordi Stato-regioni sui "piani di rientro" dai disavanzi sanitari quali vincoli per il legislatore regionale?*, in *Foro. it.*, 2010, 2644 ss. e N. VICECONTE, *Gli atti dei commissari "ad acta" in sanità tra "forma" amministrativa e "sostanza" legislativa: la Corte asserisce, ma non chiarisce*, in *Giur. cost.*, 2014, 4732 ss.

⁷ Il Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, presentato dalle Sezioni riunite della Corte dei conti in sede di controllo, rimarca la progressiva riduzione della spesa

livello regionale la contrazione della spesa sanitaria è stata ancor più rilevante. Sovente è stata proprio la scarsità di fondi e di risorse a provocare una sorta di inerzia regionale che ha reso difficoltoso la soddisfazione di bisogni e i “diritti incompressibili” e la garanzia di erogazione almeno del livello essenziale della tutela del diritto alla salute; in altre parole, in molti casi è stata proprio la contrazione dei finanziamenti statali (che costituiscono la gran parte del fondo sanitario regionale) a legittimare il potere sostitutivo. I LEA rappresentano un vero e proprio atto d’indirizzo politico del legislatore statale⁸, volto sia a bilanciare a monte risorse e tutele, sia a fissare un livello irrinunciabile della prestazione, che dovrebbe risultare uguale su tutto il territorio nazionale; sono però le Regioni a dare attuazione a quegli stessi livelli

pubblica per la sanità sin dal momento in cui è insorta la crisi finanziaria, ormai più di un decennio fa; il Rapporto evidenzia, inoltre, altri fattori che pure incidono sull’erogazione dei livelli essenziali di assistenza: la contrazione del personale a tempo indeterminato; la riduzione delle strutture di ricovero ospedaliere e di quelle di assistenza territoriale; il rallentamento degli investimenti. La Corte dei conti non è stata la sola istituzione a evidenziare in modo critico e puntuale la grave contrazione dei finanziamenti in campo sanitario; anche la Commissione Igiene e Sanità del Senato nel 2017 aveva manifestato una perdurante preoccupazione per il progressivo, ma inesorabile de-finanziamento del Servizio sanitario nazionale e aveva lanciato un messaggio molto chiaro in merito alla evidente e acclarata impossibilità da parte del sistema sanitario a sopportare ulteriori restrizioni; con altrettanta chiarezza aveva evidenziato e quantificato le conseguenze di tale de-finanziamento in termini di salute della popolazione italiana e di condizioni di lavoro degli operatori. Oggi, nel bel mezzo di una pandemia, quei segnali da parte di autorevoli istituzioni risultano più chiari, eppure quelle basilari e condivisibili previsioni erano state ignorate, sebbene la Corte costituzionale avesse da tempo segnalato la necessità di un finanziamento adeguato dei LEA sin dalla sent. n. 10 del 2016.

⁸ G. RIVOSECCHI, *Bilancio, democrazia, diritti e autonomie territoriali*, in *Diritto e Conti*, 1, 2020, 10.

ognuna nel proprio territorio regionale e a conferire loro una priorità anche in termini di spesa sanitaria, tanto che la stessa Corte costituzionale ha ricordato come esse siano chiamate a individuare e a separare il fabbisogno finanziario destinato a quelle spese considerate incomprimibili da quello afferente ad altri servizi sanitari⁹. Come è stato bene esplicitato dalla dottrina, se è vero che «la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, ... la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni»¹⁰.

Chiarito, perciò, il ruolo essenziale di entrambi gli enti territoriali, il potere sostitutivo dovrebbe essere esercitato attraverso l'elaborazione congiunta, nel rispetto del principio di leale collaborazione, di piani di rientro economico e finanziario appositamente adottati per le Regioni in dissesto finanziario e generalmente gravate da una eccessiva spesa sanitaria¹¹.

⁹ Così sent. n. 275 del 2016. Nella recente sent. n. 157 del 2020 la Corte ha ribadito, con particolare enfasi, la priorità dell'attuazione dei LEA rispetto a quella dei vincoli di bilancio.

¹⁰ M. BEVILACQUA, *La Corte costituzionale delinea l'intreccio della "materia" dei LEA nei rapporti tra Stato e Regioni e nell'intermediazione economica coi fornitori*, in *Diritto e Conti*, 28 maggio 2020. Sul tema del riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia di LEA si rinvia a M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei Sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Riv. AIC*, 3/2016, 15, www.rivistaaic.it; F. SUCAMELI, *La competenza statale nella definizione dei LEA* in V. TENORE, *Studio sui controlli affidati dalla Costituzione alla Corte dei Conti*, Milano 2019, 291 e ss.

¹¹ Sent. n. 131/2012, nella quale si ribadisce il carattere vincolante dei contenuti del piano di rientro. Ciò soprattutto in risposta alla condizione in cui versano alcune Regioni, che hanno una spesa sanitaria completamente fuori controllo, tanto da aver comportato deficit strutturali pesanti e da non riuscire a consentire una regolare e completa erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Il legislatore statale ha provveduto in più occasioni a disciplinare il complesso meccanismo di risanamento delle finanze in materia sanitaria, introducendo forme di sostegno

L'importanza dell'erogazione dei LEA e di un livello omogeneo di tutela della salute su tutto il territorio nazionale è stata di recente al centro di numerose decisioni della Corte costituzionale, nelle quali si è ribadito, sin dalla sentenza n. 275 del 2016, come questo diritto prevalga anche sul rispetto dell'equilibrio di bilancio. A tale proposito, il giudice costituzionale ha più specificamente illustrato come i LEA rappresentino una spesa incomprimibile, che deve essere necessariamente erogata¹².

finanziario dello Stato nei confronti delle Regioni in *deficit* in cambio però di un impegno vincolante da parte di queste ultime, giustificato da un'esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria, sottoscritto attraverso una apposita intesa Stato-Regioni (nel rispetto, dunque, del principio di leale collaborazione). La normativa sui piani di rientro si rintracciava già nell'art. 8, co. 1, della l. n. 131 del 2003 (Attuazione dell'art. 120 della Costituzione sul potere sostitutivo) e prevedeva la nomina, da parte del Presidente del Consiglio dei ministri, di un commissario *ad acta*, con il compito di realizzare le finalità riportate nel piano concordato tra Stato e Regione; nella l. n. 311 del 2004 (*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*) e successivamente nell'art. 4 del d.l. n. 159 del 2007, che aveva disposto che la nomina a commissario *ad acta* fosse incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento. Tale incompatibilità è poi venuta meno in ragione della sua espressa abrogazione a opera dell'art. 79, co. 3, del d.l. n. 112 del 2008, convertito nella l. n. 122 del 2007 (*Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la compatibilità, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria*) convertito nella l. n. 133 del 2008.

¹² Da ultimo, sentt. nn. 62 e 157 del 2020, le quali si inseriscono nel solco delle precedenti sentt. nn. 275 del 2016, 169 del 2017, 6 del 2019. Sul punto, C. BUZZACCHI, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum di Quad. cost.*, 2/2020, www.forumcostituzionale.it; ID., *Corte costituzionale: il sistema sanitario non è un'azienda privata, la salute non è subordinata all'equilibrio finanziario*, in *Diritto e conti*, 28 luglio 2020 e F. SUCAMELI, *La tutela multilivello del*

Spesso, dunque, la mancata o parziale erogazione dei livelli essenziali¹³ dipende da uno squilibrio finanziario, al quale la Costituzione pone attenzione non solo nella particolare condizione prevista nell'art. 120, ma attraverso un meccanismo di controllo che dovrebbe evitare l'attivazione di quella speciale procedura di ultima istanza. L'art. 20 della legge rinforzata n. 243 del 2012 e l'art. 1, co. 3 e 7 del d.l. n. 174 del 2012 (convertito in l. n. 213 del 2012) prevedono un controllo di legittimità-regolarità da parte della Corte dei conti anche sui bilanci degli enti del servizio sanitario e prevedono altresì il blocco della spesa da parte di questi ultimi in caso di violazione degli equilibri sanitari. Di recente, la Corte costituzionale ha statuito che tale controllo di legittimità-regolarità integra una funzione di tipo giurisdizionale, sicché la Corte dei conti può sollevare, in quel particolare giudizio, la questione di legittimità costituzionale di leggi statali e regionali per violazione dei parametri riguardanti non solo l'equilibrio di bilancio (artt. 81 e 97 Cost.), ma anche in combinato disposto con altre disposizioni costituzionali, tra i quali lo stesso art. 32 Cost.¹⁴. L'intento principale del giudice costituzionale è stato quello di dissipare l'ennesima zona d'ombra nel giudizio di costituzionalità, ma

diritto alla salute: guida alla lettura di Corte cost. sent. n. 62/2020, in *Diritto e conti*, 17 aprile 2020.

¹³ Il giudice costituzionale con sent. n. 72 del 2020 ha dichiarato incostituzionale i commi 1 e 2 dell'art. 1, l. reg. Puglia n. 6 del 2019, nelle parti in cui si applicano i LEA in modo parziale, destinando l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria su base regionale solo agli anziani e ai soggetti affetti da demenza e non alla più generale categoria dei soggetti non autosufficienti, definita dal legislatore nazionale.

¹⁴ Corte dei conti, Sez. reg. di controllo per la Campania, ord. 27 maggio 2019, con la quale il giudice contabile ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 29, co. 1, lett. c) del decreto legislativo n. 118/2011, in riferimento ai parametri stabiliti degli articoli 97 e 81 Cost., anche in combinato disposto con gli articoli 1, 2, 3 e 32 Cost. La questione è poi stata accolta dalla Corte costituzionale con sent. n. 18 del 2019.

l'effetto sortito è stata l'attivazione di un controllo giurisdizionale che potesse affiancare quello politico del Governo che si attiva mediante il potere sostitutivo previsto dall'art. 120 Cost. Quest'ultimo è però un potere assai incisivo che si attiva in casi di estrema necessità e l'estensione dei controlli da parte della Corte costituzionale amplia il ventaglio di garanzie a disposizione per ovviare a violazioni del dettato costituzionale¹⁵.

Come si è già accennato, per quel che attiene ai poteri sostituitivi in materia sanitaria, l'art. 120 Cost. afferma che questi si possono attivare da parte del Governo a tutela dell'unità giuridica o economica e dei livelli essenziali di prestazioni dei diritti. In altre parole, proprio affinché siano erogati almeno i livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario il Governo è chiamato a sostituirsi all'ente in dissesto, elaborando piani di rientro adottati nel rispetto del principio della leale collaborazione con l'ente oggetto del controllo.

Tali piani di rientro dovrebbero avere il compito di razionalizzare la spesa e garantire l'erogazione dei LEA, che in tal modo dovrebbero trovare adeguata attuazione a costi minori di quelli garantiti dalle Regioni in dissesto finanziario. Si può pertanto affermare che il piano di rientro, come pure

¹⁵ Il potere sostitutivo in condizioni straordinarie è stato invece di recente esercitato dal Governo con d.l. n. 86 del 2020 (poi convertito con l. n. 98 del 2020) a tutela dei Livelli essenziali di prestazione in tema di diritto di voto. Per superare l'inerzia della Regione Puglia, che non aveva inserito nella legge elettorale regionale la doppia parità di genere, il governo si è sostituito a essa. La straordinarietà in quel caso originava dalle imminenti elezioni regionali e senza l'esercizio di quel potere da parte del Governo non sarebbe stato possibile garantire un diritto costituzionalmente previsto. Su questo specifico punto, D. CASANOVA, *Riflessioni sulla legittimità della sostituzione legislativa da parte del Governo ex art. 120 Cost. Note critiche a partire dal decreto legge n. 86 del 2020*, in *Nomos*, 3/2020, 1 ss. e R. DICKMAN, *L'esercizio del potere sostitutivo con decreto-legge per garantire l'espressione della doppia preferenza di genere in occasione delle elezioni regionali in Puglia del 2020*, in *Forum di Quad. cost.*, 4/2020, www.forumcostituzionale.it.

l'attività svolta dal commissario straordinario, sono finalizzati alla composizione dei diritti con i vincoli di bilancio¹⁶.

Il commissariamento dovrebbe intervenire per garantire prestazioni regionali paragonabili per quantità e qualità a quelle erogate sul territorio nazionale¹⁷. Anzi, come ha rilevato più volte la Corte costituzionale, da ultimo nella sent. n. 233 del 2019 relativa al commissariamento della regione Calabria, una delle funzioni prioritarie del commissario *ad acta* consiste nell'orientare la spesa sanitaria verso una maggiore efficienza, perché questa è la finalità principale del potere sostitutivo che costituisce un principio fondamentale della materia concorrente del coordinamento della finanza pubblica (art. 117, co. 3). La questione dei rapporti tra Stato, Regione Calabria e commissario *ad acta* era già stata tratteggiata dalla Corte nella sent. n. 200 del 2019 ove si chiarisce il ruolo di quest'ultimo, che è espressione del potere statale,

¹⁶ M. BERGO *I nuovi livelli essenziali di assistenza. al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Riv. AIC*, 2/2017, www.rivistaaic.it; ma anche T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Riv. AIC*, 4/2013, www.rivistaaic.it, che ripercorre l'evoluzione della normativa della disciplina dei piani di rientro e sottolinea la natura pattizia degli stessi; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro del disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Federalismi.it*, 23/2014, www.federalismi.it.

¹⁷ *I LEA rappresentano quindi degli «standard minimi»* (sent n. 115 del 2012) da assicurare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, per cui «la deroga alla competenza legislativa delle Regioni, in favore di quella dello Stato, è ammessa solo nei limiti necessari ad evitare che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato» (sent n. 207 del 2010).

ma è comunque tenuto a intessere un dialogo proficuo con la Regione in applicazione di un principio di sussidiarietà verticale¹⁸.

2. L'erogazione dei LEA e le disuguaglianze rilevate nelle Regioni in piano di rientro

Il ripristino del livello essenziale di assistenza nelle Regioni in piano di rientro, affinché raggiungano lo stesso livello garantito sul territorio nazionale, è – come visto – affidato al Commissario straordinario.

I Livelli essenziali di assistenza avrebbero dovuto rappresentare lo strumento capace di garantire uno *standard* comune da opporre alla differenziazione regionale in quella ideale tensione tra unità e pluralismo territoriale, dettata dallo stesso art. 5 Cost.¹⁹; nella sostanza, più che poter contare su una “differenziazione verso l’alto”, ossia per la parte eccedente i LEA, si è dovuto constatare una difficoltà estrema nel garantire l’eguale accesso alle prestazioni sanitarie essenziali; le differenziazioni economiche e strutturali presenti nelle Regioni italiane hanno reso assai complessa quella prima fase volta al raggiungimento di un minimo di uniformità di accesso alle prestazioni.

¹⁸ Sul punto l’esaustiva ricostruzione critica di G. DEMURO, *Poteri del commissario ad acta e diritto alla salute nella sent. 200 del 2019*, in *Corti Supreme e Salute*, 2019, 187 ss., www.cortisupremeesalute.it. Si veda anche A. PATANÈ, *La difficile “metabolizzazione” regionale del ruolo del Commissario ad acta nell’attuazione dei piani di rientro e la ferma posizione della Corte costituzionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, 36 ss., www.cortisupremeesalute.it.

¹⁹ G. BERTI, *Art. 5*, in *Commentario della Costituzione*, a cura di G. Branca, vol. I, Bologna - Roma, 1975; S. STAIANO, *Costituzione italiana: Art. 5*, Roma 2017. Si veda anche M. CECCHETTI, *Corte costituzionale e unità e indivisibilità della Repubblica*, in R. BALDUZZI, J. LUTHER (a cura di), *Dal federalismo devolutivo alla spending review*, Milano 2013, 117 ss.

Anzi, la disciplina dei piani di rientro ha talmente acuito tali differenze che alla tradizionale dicotomia tra Regioni a statuto speciale e ordinario possiamo ormai aggiungere anche un altro tipo di “specialità”, quella che riguarda il peculiare regime giuridico e finanziario *ad hoc* che assumono le Regioni in piano di rientro, condizione che ne riduce l’ambito di competenza e di autonomia²⁰.

La Corte costituzionale inizialmente non ha scoraggiato né lo speciale regime, né la serie di compressioni finanziarie nell’erogazione delle prestazioni che esso comporta, a causa della sua esposizione finanziaria. Anzi, in tempi di crisi economica tali restrizioni sono state interpretate in modo estensivo e le prestazioni regionali in modo restrittivo, sicché, com’è noto, alle Regioni in piano di rientro è stato vietato di fornire prestazioni che eccedessero i LEA, interpretati, in tal modo, come meri livelli *minimi* di prestazione²¹.

Le prestazioni aggiuntive regionali – contenute nella legge della Regione Abruzzo n. 33 del 2012, che la Corte ha dichiarato non conforme all’art. 117, co. 3, e al piano di rientro 2007-2009 concordato con lo Stato a – compensavano mediante un rimborso le difficoltà cui si trovavano a far fronte i malati oncologici residenti nella Regione nella fruizione di trattamenti medici, radioterapici e di altra natura; si trattava cioè di ripristinare uguaglianza ed

²⁰ T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Riv. AIC*, 4/2013, www.rivistaaic.it, che ripercorre l’evoluzione della normativa che disciplina i piani di rientro e sottolinea la natura pattizia degli stessi; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro del disavanzo sanitario dal punto di vista dell’equilibrio di bilancio*, cit.

²¹ Così anche G. RIVOCCHI, *Poteri, diritti e sistema finanziario tra centro e periferia*, in AA.VV., *La geografia del potere. Un problema di diritto costituzionale*, Atti del XXXIII Congresso annuale dei costituzionalisti, Firenze, 16-17 novembre 2018, Napoli 2019, 373 e C. BUZZACCHI, *Equilibrio di bilancio versus autonomie e “Stato sociale”*, in *Amministrare*, 2014, 74 ss.

equità di trattamenti che la sola prestazione essenziale dello Stato non poteva garantire²²; analogamente, è stata dichiarata incostituzionale la legge n. 10 del 2017 della Regione Campania per violazione degli artt. 81, co. 3, 117, co. 2, e 120. La legge regionale era finalizzata a incrementare i LEA sul territorio regionale mediante un accordo tra la ASL di Caserta e il Policlinico universitario dell'Università Luigi Vanvitelli di Caserta, al fine di utilizzare gli spazi e le prestazioni di queste strutture per ridurre le liste di attesa e garantire perciò un servizio equo ed efficiente. Trattandosi, però, di una Regione in piano di rientro, la giurisprudenza costituzionale, fino allora costante, vietava ogni forma di interferenza della legge regionale nelle decisioni riguardanti la materia sanitaria²³. Pertanto, non poteva erogare alcuna prestazione aggiuntiva e nemmeno ampliare l'offerta dei livelli essenziali di assistenza garantiti dallo Stato, anche se questa estensione avrebbe potuto concorrere a ridurre le disuguaglianze e il disagio dei residenti nella Regione.

²² Sent. n. 104 del 2013 che dichiara incostituzionali alcune prestazioni "aggiuntive" che la Regione Abruzzo prevedeva per i malati oncologici residenti, con nota di M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore». L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, 1078 ss.; ma si veda anche la sent. n. 115 del 2012 che ha dichiarato incostituzionale la l. reg. n. 10 del 2011 della Regione Friuli-Venezia Giulia, Regione speciale e non tra quelle in piano di rientro, che prevedeva fondi per campagne istituzionali volte a promuovere informazione e prestazioni in materia di cure palliative. La Corte ha ritenuto che fossero comunque incompatibili con lo stato delle finanze pubbliche, visto che determinavano nuovi oneri per quelle stesse, senza peraltro indicarne le coperture di spesa e dunque violando il principio del generale equilibrio di bilancio, già assunto a principio fondamentale dalla Corte costituzionale nella sent. n. 70 del 2012. Sul punto, per un commento, si veda N. LUPO, G. RIVOSACCHI, *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in *Forum di Quad. cost.*, 2012, www.forumcostituzionale.it.

²³ Sentt. nn. 14 e 190 del 2017.

Eguualmente, con sent. n. 199 del 2018 la Corte costituzionale ha ribadito l'incostituzionalità della l. reg. n. 26 del 2017, sempre della Regione Campania, che prevedeva interventi di reinserimento in favore delle persone in età evolutiva affette da patologie neuropsichiatriche o da disturbi dello spettro autistico.

In questo contesto, secondo il governo, la legge impugnata si poneva in contrasto con l'art. 120 Cost., perché avrebbe interferito con le funzioni del Commissario *ad acta*, funzioni che sono volte a garantire contemporaneamente l'unità economica e i LEA e che sono direttamente indicate dal piano di rientro, con il quale la legge regionale non si deve né sovrapporre, né interferire. Per questo la Corte ha rilevato una violazione dell'art. 117, co. 3, Cost., nello specifico, del piano di rientro dal disavanzo sanitario, considerato vero e proprio principio fondamentale in materia di coordinamento della finanza pubblica. Ciò è stato rimarcato dalla Corte costituzionale in diverse occasioni e, in particolare, si è ricordato che il Consiglio regionale non può nemmeno disciplinare con legge materie interessate dal piano di rientro senza incorrere nella violazione di quello stesso principio di coordinamento della finanza pubblica e che, anzi, «il divieto di interferenza con le funzioni commissariali si traduce, dunque, in un “effetto interdittivo” di qualsiasi disposizione incompatibile con gli impegni assunti ai fini del risanamento economico-finanziario del disavanzo sanitario regionale». L'argomentazione utilizzata dai Giudici è che eventuali decisioni del legislatore regionale possono incidere «in maniera disarmonica rispetto alle scelte commissariali e, dunque, indirettamente ostacolare l'unitarietà dell'intervento»²⁴.

L'effetto interdittivo nei confronti di qualunque azione da parte degli organi regionali è ribadito anche dalla sent. n. 247 del 2018 nella quale la Corte costituzionale ha aggiunto che la legge regionale non solo non deve invadere il campo riservato al piano di rientro in materia di LEA, ma deve anche

²⁴ Corte cost. sent n. 106 del 2017.

evitare una qualunque sovrapposizione con le competenze e il mandato del Commissario straordinario, considerandolo così estraneo agli organi della Regione, la quale si dimostra così del tutto esautorata dalle decisioni di politica sanitaria²⁵.

Viene da sé che dal punto di vista della decisione politica ciò comporta qualche perplessità anche adottando una interpretazione estensiva dell'art. 120 Cost. È costituzionalmente legittimo interdire organi politici e rappresentativi per un tempo lungo, quale è quello dei piani di rientro, come minimo triennale, ma nella gran parte dei casi prolungati fino ai dieci anni? Può una questione finanziaria, per quanto fondamentale, comprimere in modo così ampio l'autonomia del legislatore regionale?

Le esigenze di bilancio, dunque, nonostante l'affermazione considerata storica, da parte della Corte costituzionale, secondo la quale *sono i diritti che prevalgono sul bilancio*, non solo hanno spesso travalicato quelle di eguaglianza e di equità del SSN, ma hanno svilito la rappresentanza politica regionale e la conseguente responsabilità politica che da essa ne deriva²⁶. Così facendo, però, si è snaturata la finalità del regionalismo, che è anche quella di declinare sul territorio prestazioni commisurate alle peculiarità geografiche e politiche, tentando di mettere in atto politiche perequative²⁷.

²⁵ Sul punto il commento di C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle regioni commissariate?* in *Le Regioni*, 2019, 307 ss.

²⁶ Sul caso Campania, S. PARISI, *Tendenze della legislazione sanitaria in Campania: una policy complessa in una Regione commissariata*, *Le Regioni*, 2017, 1278 ss.

²⁷ Dubita della capacità perequativa e della caratteristica di uniformità dei Livelli essenziali delle prestazioni A. GUAZZAROTTI, *Diritti fondamentali e Regioni: il nuovo Titolo V alla prova della giurisprudenza costituzionale*, in *Ist. fed.*, 5/2008, 604 ss. Sui Livelli essenziali di assistenza anche M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Riv. AIC*, 2/2017, www.rivistaaic.it.

Le Regioni in piano di rientro subiscono pertanto un regime punitivo non solo perché è previsto un ritorno delle loro competenze in capo allo Stato²⁸, ma per il fatto – ben più rilevante – che le prestazioni che possono essere erogate sul loro territorio sono limitate – nella migliore delle ipotesi – a quelle essenziali e uniformi, non certo sufficienti per colmare le differenze e le carenze di Regioni così distanti per popolazione, reddito e risorse. In linea generale, le Regioni che presentano disavanzi maggiori scontano condizioni oggettive di maggiore povertà, di più bassi redditi *pro capite* oppure si tratta di Regioni la cui popolazione è più anziana e richiede perciò maggiori spese per la sanità; in questi casi, il deficit non è stato soltanto causato da una cattiva gestione, ma da difficoltà intrinseche che non possono essere superate erogando solo le prestazioni di livello essenziale e uniforme; il superamento della condizione di povertà richiederebbe, invece, maggiori e differenziati investimenti nelle Regioni più fragili. Solo così sarebbe possibile garantire le finalità dello Stato sociale, che è chiamato ad assicurare l'uguaglianza sostanziale tra i cittadini²⁹. Inoltre, come è stato acutamente osservato, i piani di rientro, proprio perché si limitano a operare dei tagli e a svolgere funzioni di natura amministrativa, non sono idonei ad assolvere una più incisiva finalità di superamento delle carenze organizzative e strutturali, che richiederebbero scelte di natura politica volte a ripensare l'intera organizzazione sanitaria regionale delle Regioni in deficit³⁰. I piani di rientro si assumono il compito di colmare il *deficit*, ma non ne individuano le cause da eradicare al fine di evitare che si

²⁸ T. CERRUTI, *I piani di rientro*, cit., 4 sostiene che «con i piani di rientro, il legislatore statale ha guadagnato un ulteriore titolo di intervento in materia di tutela della salute».

²⁹ A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, in *Enc. giur.*, XI (1989), 6, ribadito, per ciò che riguarda il campo sanitario, anche da R. BALDUZZI, *Quanti sono i SS italiani?* in ID., *I SS regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, Milano 2005.

³⁰ S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, cit., 55 che cita a sua volta il *Rapporto 2014* della Corte dei conti.

ricada negli stessi errori e nelle stesse condizioni di eccessiva esposizione finanziaria; ciò è dimostrato anche dal fatto che piani di rientro ormai decennali non hanno ancora risolto i problemi di deficit di molte Regioni proprio perché non risolvono questioni strutturali e semmai, per una strana eterogenesi dei fini, possono rappresentare – a causa dei tagli che impongono – un effetto moltiplicatore di disuguaglianze e privazioni in Regioni che già scontano condizioni di sanità diseguale.

Il quadro differenziato in materia di erogazione delle prestazioni e di ripristino di condizioni eguali di accesso alla tutela della salute è stato ulteriormente accentuato dall'entrata in vigore della l. cost. n. 1 del 2012, che non solo ha introdotto in Costituzione un nuovo principio costituzionale, quello dell'equilibrio di bilancio, ma ha anche modificato l'art. 119 Cost., nel senso di un maggiore rigore per i conti regionali. L'equilibrio dei conti pubblici, durante l'ultima crisi finanziaria, è stato considerato principio talmente fondamentale da prevalere nel bilanciamento con altri interessi e soprattutto nei confronti dei diritti³¹, che avevano già subito un attacco in termini di minore tutela, dovuta alle minori entrate fiscali a un finanziamento più scarso che la crisi ha comportato. Tutti questi fattori hanno contribuito a ricentralizzare la finanza regionale e la stessa tutela dei diritti, ancor prima della effettiva entrata in vigore della legge costituzionale e della legge rinforzata n. 243 del

³¹ Proprio in materia di diritto alla salute, R. BALDUZZI, A. DE TURA, *La garanzia del diritto alla salute: soluzioni per affrontare la crisi*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Santarcangelo di Romagna 2013, 91 ss. Sull'ineguale bilanciamento tra costi e diritti M. LUCIANI, *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in *Scritti in onore di Antonio D'Atena*, Milano 2015, 1673 ss. e, se si vuole, I. CIOLLI, *L'art. 81 della Costituzione. Da limite esterno al bilanciamento a super principio*, in *Forum di Quad. cost.*, 2015, www.forumcostituzionale.it.

2012, avvenuta a partire dal 2014³². Non è dunque eccessivo ritenere che le Regioni in piano di rientro rappresentino una ulteriore forma di allontanamento da quei principi di uguaglianza ed equità territoriali che il legislatore della l. n. 833 del 1978, istitutiva del SSN, aveva immaginato.

I tagli che il commissariamento porta con sé sono di notevole entità e un ulteriore fattore di disuguaglianza che riguarda le Regioni in piano di rientro è l'introduzione in gran parte di esse di forme di partecipazione diretta alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, sia mediante il pagamento di una quota fissa, sotto forma di ticket sanitario, sia attraverso l'adozione dell'aliquota massima dell'addizionale regionale Irpef³³. La incisiva compartecipazione del singolo alla spesa sanitaria costituisce una pesante deroga al principio di equità e di universalità del servizio sanitario, perché finisce col penalizzare maggiormente i meno abbienti, costringendoli, in casi estremi, persino alla rinuncia alle cure³⁴.

³² Lo rammenta S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro*, cit., 34, che descrive nel dettaglio tutta una serie di sentenze precedenti all'effettiva entrata in vigore nel 2014 del nuovo art. 81 Cost. Si tratta di decisioni particolarmente severe nei confronti dell'autonomia finanziaria regionale, quasi una sperimentazione di ciò che era già conosciuto dal 2012 ma che sarebbe entrato in vigore solo due anni dopo. Concorda con tale posizione G. RIVOSECCHI, *Il c.d. pareggio di bilancio tra Corte e legislatore, anche nei suoi riflessi sulle regioni: quando la paura prevale sulla ragione*, in *Riv. AIC*, 3/2012, www.rivistaaic.it.

³³ L'esenzione dal ticket sanitario è calcolata solo sul reddito, senza prevedere misure di perequazione quali, ad esempio, il quoziente familiare; tale strumento potrebbe meglio tenere delle differenze dovute a un numero maggiore di figli o di familiari a carico o anche della presenza di uno o più disabili. La gratuità delle cure prevista per gli indigenti riguarda non solo coloro che sono privi di mezzi, ma anche tutti coloro che in presenza di una malattia non possono sostenere i costi delle cure.

³⁴ L. BUSATTA, *Diritto alla salute e principio di uguaglianza: può un'eccezione fare la differenza?* in S. BONINI, L. BUSATTA, I. MARCHI (a cura di), *L'eccezione nel diritto*. Atti della

La Corte costituzionale in un primo momento ha avallato l'intento del legislatore, che ha progressivamente trasformato i ticket da strumento per il contenimento della spesa pubblica a strumento di compartecipazione della stessa. Comunque si voglia considerare il ticket sanitario, esso incide sull'eguaglianza e l'equità delle prestazioni senza che sia provata la sua efficacia in termini di contenimento della spesa; infatti, esso incide sulla spesa sanitaria annua coprendo meno del 3% del gettito di compartecipazione degli utenti³⁵. Tale inconveniente è stato correttamente segnalato nel documento che contiene il Patto della salute valido per il biennio 2014-2016, che all'art. 8 sollecita una revisione di questo strumento, affinché non si trasformi in una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie.

3. *L'annosa questione dei Commissari ad acta*

La legge ha alternato in modo ambiguo e senza continuità o logica disposizioni che prevedevano dovesse essere il Presidente della Regione a rivestire il ruolo di commissario *ad acta*, ad altre che disponevano dovesse essere una figura terza ed esterna rispetto ai ruoli politici assunti in Regione, in ragione del fatto che proprio le decisioni politiche potevano in qualche modo aver contribuito al dissesto finanziario³⁶.

giornata di studio dell'associazione Alumni SGCE, Quaderni della Facoltà di Giurisprudenza, Trento 2015, 169 ss. che in verità li definisce più precisamente un'eccezione alla regola.

³⁵ E. FERRARI, *Ticket sanitari, prestazioni imposte e livelli essenziali delle prestazioni*, cit., 20.

³⁶ Sulle più recenti posizioni della legislazione (l. n. 136 del 2018) e della giurisprudenza costituzionale si sofferma A. PATANÈ, *Le (infondate) inquietudini dei Presidenti "dimezzati"*. *A margine di tre recenti ricorsi di legittimità costituzionale in via principale aventi ad*

Non si è trattato di questioni di poco conto: la scelta di un commissario che fosse del tutto estraneo all'attività della Regione e soprattutto fosse una figura del tutto disgiunta dal Presidente della Regione era stata operata al fine di evitare che gli errori già commessi potessero essere ripetuti nel tempo, ossia che una giunta già implicata nel *deficit*, e che anzi aveva concretamente contribuito a creare un disavanzo oppure a implementarlo, si trovasse successivamente a doverlo gestire. Tuttavia, una certa ambiguità resta nella figura del Commissario, che la Corte ha definito «organo straordinario dello Stato»³⁷. Tale definizione, infatti, contribuisce a stravolgere la ripartizione di funzioni tra gli organi regionali e tra questi e gli organi statali, creando sulla carta un ruolo ibrido e di incerta natura. Egualmente ibride e avvolte da una fitta nebbia sono anche le attività che il Commissario è chiamato a svolgere: per principio dovrebbe trattarsi di funzioni di natura amministrativa, ma nella sostanza spesso esse sconfinano in quelle legislative³⁸.

oggetto il regime di incompatibilità del Presidente della Regione ad assumere l'incarico di Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro, in Corti Supreme e Salute, 2019, 32 ss., www.cortisupremeesalute.it, nel quale si esamina il contenuto della sent. n. 199 del 2018 nella quale la Corte evidenzia soprattutto l'incidenza del protrarsi dei commissariamenti sulla forma di governo regionale, essendo le istituzioni politiche limitate nelle proprie decisioni (par. 6 del Cons. in dir.).

³⁷ Corte cost., sent. n. 2/2010.

³⁸ Sull'esercizio del potere sostitutivo da parte del Commissario *ad acta* mediante strumenti legislativi già E. JORIO, *Prime osservazioni sull'esercizio del potere legislativo da parte dei commissari ad acta*, in *Federalismi.it*, 13/2008, 1 ss., www.federalismi.it e R. DICKMAN, *Sull'esercizio del "potere legislativo" a titolo sostitutivo da parte dei commissari ad acta*, in *Federalismi.it*, 14/2008, 1 ss., www.federalismi.it; E. GRIGLIO, *Il legislatore "dimezzato": i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, 2012, 455 ss.; N. VICECONTE, *Gli atti del*

Per altro verso, però, sussistono una serie di motivazioni non meno rilevanti, che inducono a sostenere la tesi opposta e a difendere la fusione della figura del Presidente di Regione con quella del Commissario *ad acta*. Coloro che sostengono l'efficacia del doppio ruolo del Presidente regionale ritengono che anche quando questi potesse aver contribuito al dissesto finanziario o non fosse riuscito a contenerlo e a invertire la rotta, dovrebbe comunque essere investito del compito di risanamento. Ciò soprattutto per il fatto che in capo a quel Presidente e a quella Giunta resta la responsabilità politica, la quale in alcun modo può essere fatta ricadere su un organo tecnico ed esecutivo del piano elaborato da Stato e Regione, quale è un Commissario *ad acta*.

Sebbene la sent. n. 19 del 2019 non sia riferibile a questo preciso problema, può essere qui ricordata, perché ribadisce che le scelte specifiche di risanamento debbano afferire al legislatore e dunque al potere politico. È pertanto un organo politico regionale che deve decidere come intervenire, mentre lo Stato e gli organi tecnici possono sostenere e coadiuvare quelle scelte intervenendo con controlli penetranti ed efficaci. In altre parole, le scelte di risanamento devono avere una natura politica e tali devono restare le scelte relative alle priorità nelle tutele e nei tagli che esse contengono, trattandosi di scelte di indirizzo politico che investono la responsabilità politica degli organi della Regione³⁹.

Inoltre, nel regime di ristrettezza finanziaria, come recentemente ha fatto notare la difesa della Regione Molise, il risparmio di risorse che il Presidente

commissario ad acta in sanità tra forma amministrativa e sostanza legislativa: la corte asserisce ma non chiarisce, cit., 4739.

³⁹ Sul punto, C. PANZERA, *Mediazione politica e immediatezza giuridica dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, 1001 ss. 2; S. DE GÖTZEN, *La disciplina in materia di ticket incidente sui livelli essenziali di assistenza sanitaria. Divieto di differenziazioni in melius?*, in *Le Regioni*, 2012, 1227 ss.

di Regione può garantire rivestendo anche la funzione di commissario *ad acta* costituirebbe quantomeno un segnale di attenzione per le finanze regionali⁴⁰.

Nonostante ciò, la normativa, come si diceva, ha oscillato tra l'investitura tecnica e quella politica del commissario. L'art. 2 della l. 23 dicembre 2009, n. 191, nel testo precedente le modifiche apportate dalla legge 23 dicembre 2014, n. 190, disponeva che «il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina il presidente della regione commissario *ad acta* per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano». Inoltre, sempre il Consiglio dei Ministri, come prevede il d.l. n. 159 del 2007 all'art. 4, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, e sempre «al fine di assicurare la puntuale attuazione del piano di rientro», può nominare «uno o più *sub* commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale». Pertanto, la Regione sarebbe così dotata sia di un organo tecnico, sia di un organo politico. Quanto al rapporto tra commissario e *sub*-commissario, sempre l'art. 4, co. 2, in esame stabilisce che «i *sub* commissari svolgono attività a supporto dell'azione del commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di alcuni o di tutti gli obiettivi affidati al commissario con il mandato commissariale».

Com'è evidente, dunque, la gestione commissariale disegnata dall'art. 4, co. 2, ha una struttura tendenzialmente duale. Il *sub* commissario, infatti, rappresenta la componente squisitamente *tecnica*, mentre il commissario – da individuarsi nella persona del Presidente della Regione interessata – costituisce l'elemento di raccordo *politico-decisionale* con l'istituzione regionale.

⁴⁰ Nella memoria difensiva della Regione Molise nel ricorso n. 31 del 2019, presentato nel giudizio di legittimità costituzionale in via principale, udienza pubblica 3 luglio 2019, poi ripreso nel par. 1.6 del *Rit. in fatto* della sent. n. 247 del 2019.

In questo quadro normativo si inseriva la legge 23 dicembre 2014, n. 190, che ha introdotto il principio dell'incompatibilità tra la nomina a commissario *ad acta* e l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento⁴¹.

Successivamente, però, l'art. 1, co. 395, della l. 11 dicembre 2016, n. 232, stabiliva che «le disposizioni di cui al comma 569 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190» – citato al paragrafo precedente – «non si applicano alle Regioni commissariate ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222». Per tali Regioni, infatti, «il Comitato e il Tavolo tecnico [...], con cadenza semestrale, in occasione delle periodiche riunioni di verifica, predispongono [...] una relazione ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, da trasmettere al Consiglio dei ministri, con particolare riferimento al monitoraggio dell'equilibrio di bilancio e dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche al fine delle determinazioni di cui all'articolo 2, comma 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191». La nomina a commissario *ad acta* per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro non era più «incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi

⁴¹ L'art. 1, co. 569, della l. n. 190 del 2014 – nel testo in vigore fino al 18 dicembre 2018 – disponeva infatti che «la nomina a commissario *ad acta* per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento». Favorevole a una distinzione delle funzioni, perché a suo avviso il cumulo delle due funzioni di commissario *ad acta* e di presidente della Regione aveva provocato rallentamenti e a volte un blocco dell'attività amministrativa volta a dare attuazione ai piani di rientro e al risanamento delle politiche sanitarie M. CERIONI, *Stato e Regioni di fronte alla gestione "dei piani di rientro" nei sistemi sanitari regionali in deficit*, in *Politiche sociali*, 1/2017, 177-178.

incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento» (art. 1, co. 569, primo periodo).

L'art. 25-*septies*, co. 1, del d.l. 23 ottobre 2018, n. 119, convertito, con modificazioni, con l. 17 dicembre 2018, n. 136, aveva reintrodotta l'incompatibilità fra la nomina a commissario *ad acta* e l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione e ha disciplinato l'efficacia temporale della modifica introdotta, disponendo che essa si applicava, retroattivamente, «anche agli incarichi commissariali in atto, a qualunque titolo, alla data di entrata in vigore del presente decreto». Per di più, la norma ha imposto al Consiglio dei Ministri di provvedere «entro novanta giorni [...] alla nomina di un commissario *ad acta* per ogni regione in cui si sia determinata l'incompatibilità del commissario con il Presidente della Regione, il quale resta comunque in carica fino alla nomina del primo». La Corte costituzionale con sent. n. 247 del 2019 ha però dichiarato incostituzionale tale articolo, sicché l'incompatibilità non può essere fatta valere anche retroattivamente. Tuttavia, nella successiva sent. n. 255 dello stesso anno, il giudice costituzionale, in un giudizio per conflitto di attribuzione, non solo dichiarava che spettava allo Stato la nomina del commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro della Regione Molise, ma sosteneva nella motivazione che «non essendovi obbligo *ex lege* di nominare il Presidente della Regione commissario *ad acta*, da un lato, e sussistendo i presupposti per instaurare e mantenere il commissariamento della Regione, dall'altro, deve concludersi che la scelta di far cadere la nomina su persona diversa dal Presidente della Regione non risulta lesiva delle attribuzioni regionali»⁴². Pertanto, resta una facoltà quella di nominare il Presidente di Regione commissario *ad acta*, ma ciò non costituisce né un obbligo per lo Stato, né una regola. Di certo la stratificazione di norme e di giurisprudenza così contraddittoria non solo non giova in termini di certezza del diritto ma potrebbe creare il precedente per

⁴² Sent. n. 255 del 2019, par. 6.1 del *Cons. in dir.*

una differenziazione tra Regioni anche sotto questo profilo, prospettando così commissari di diversa natura.

Di fatto, quando si adotta la separazione tra i due ruoli, conferendo al Commissario *ad acta* un ruolo tecnico, si esautorano gli organi regionali da scelte politiche in materia sanitaria, perché le funzioni politiche residuali sono scarse e sottoposte al vaglio del commissario e limitate nelle finalità, poiché non devono comportare nuove spese. In queste condizioni, è facile che sia disattesa l'esigenza che più volte la Corte ha manifestato di garantire una equa distribuzione delle risorse anche nei piani di rientro attraverso l'erogazione dei LEA. Per garantire quella che si prospetta come una vera e propria quadratura del cerchio, si dovrebbe elaborare il piano e poi attuarlo vagliando scelte politiche oculate, prospettando tagli alla spesa non lineari e limitati alle forme di assistenza e di cura considerate non essenziali per quella specifica Regione. Se è vero che l'elaborazione del piano di rientro spetta allo Stato e alle Regioni in un regime di leale collaborazione, è però nell'attuazione dello stesso che si può valutare la bontà delle scelte operate e semmai correggere il tiro; è in questo frangente che le scelte si rivelano così altamente discrezionali tanto da non poter essere affidate a un organo tecnico.

4. Il cosiddetto decreto Calabria e le ultime decisioni della Corte costituzionale in tema di commissariamento delle Regioni in piano di rientro e la tutela dei LEA

Il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modifiche dalla legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60, recante «Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria», introduce alcune novità in merito all'erogazione dei LEA. L'art. 6-bis istituisce una unità di crisi composta da dirigenti del Ministero e da esperti, che è chiamata a trasmettere al Commissario straordinario e al Commissario

ad acta una relazione sullo stato dell'erogazione delle prestazioni cliniche, con particolare riferimento alla condizione dei servizi e delle dotazioni tecniche, ed *evidenziando altresì gli eventuali scostamenti dagli standard necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza e gli interventi organizzativi necessari al loro ripristino.*

Il decreto dispone un regime di controlli più attento sui direttori generali, i quali possono essere sostituiti da commissari straordinari che rispondono al commissario *ad acta*. Queste due figure commissariali effettuano entrambe uno stretto controllo sull'attività dei *Direttori amministrativi e direttori sanitari degli enti del Servizio sanitario regionale* (art. 4). Il risanamento finanziario, però, non è più affidato solo ai poteri straordinari del commissario *ad acta*, ma nello stesso decreto è menzionato il controllo della sezione regionale della Corte dei conti, riconoscendo l'importanza di un controllo costante e ordinario che deve coordinarsi con quello straordinario esercitato dal commissario *ad acta* e dai commissari appunto straordinari. Il controllo è altresì affidato anche ad altri enti, quali l'Agenas, che è organo di supporto tecnico dei servizi sanitari dello Stato e delle Regioni, e al collegio sindacale. Emerge anche in questa occasione una nuova concezione del regime dei controlli, che in modo sempre più incisivo vede un ruolo attivo da parte della Corte dei conti anche in ambito sanitario e di enti legati al Ministero della salute.

Quanto, invece, all'impressione che si può trarre dalla lettura delle più recenti decisioni della Consulta riguardanti la tutela della salute e l'*equilibrio* finanziario, il giudice costituzionale sembra essere sempre più pronto a dichiarare l'incostituzionalità di previsioni di bilancio che manchino di trasparenza in ordine al reperimento effettivo di risorse volte a soddisfare tali diritti; questi ultimi si sottraggono perciò a vincoli stringenti di bilancio, almeno per quel che riguarda il loro nucleo incompressibile, riconducibile per gran parte

della dottrina ai LEA⁴³. In tal modo e così interpretati, questi ultimi non si riducono più necessariamente a una dimensione minima del diritto ma sembrano potersi ricondurre a un cosiddetto nucleo essenziale del diritto e l'essenzialità che non è termine giuridico in sé può essere ricondotta a una valutazione politica. Questa linea di tendenza della giurisprudenza più recente della Corte costituzionale rappresenta una vera e propria rivoluzione copernicana, perché legge in modo assolutamente nuovo il vincolo di bilancio inserito in Costituzione nel 2012.

Questo filone giurisprudenziale era stato inaugurato con la sent. n. 10 del 2016, nella quale il giudice costituzionale aveva dichiarato incostituzionale la legge finanziaria della Regione Piemonte per il 2014 e la legge pluriennale di bilancio per gli anni 2014-2016 per violazione del principio di uguaglianza, nella parte in cui le due disposizioni non conferivano risorse adeguate agli enti locali, finalizzate a garantire la tutela dei diritti sociali⁴⁴. Questa

⁴³ In dottrina la precisa individuazione del nucleo incompressibile dei diritti, che può essere ricondotto sia a un contenuto minimo, sia a un contenuto essenziale del diritto è assai complessa e dibattuta. L'interpretazione più restrittiva o più espansiva è demandata al legislatore ordinario ed è assai difficile da determinare; inoltre è legata al contesto politico e alle condizioni economiche e finanziarie, come ha sostenuto F. PIZZOLATO, *Il minimo vitale. profili costituzionali e processi attuativi*, Milano 2004, 118-119. Per una più ampia riflessione sui LEA e sul loro contenuto si rinvia a L. TRUCCO, *I livelli essenziali delle prestazioni e la sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, relazione presentata al Convegno annuale dell'Associazione Gruppo di Pisa, *I diritti sociali: dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Trapani, 8-9 giugno 2012, in *Gruppo di Pisa*, www.gruppodipisa.it; e più esaustivamente, M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, in *Dig./Pubbl.*, Agg., 2012, 270 ss. e, se si vuole, I. CIOLLI, *Le ragioni dei diritti e il pareggio di bilancio*, Roma 2012, 120-124.

⁴⁴ L. MOLLIKA POETA, *L'integrale finanziamento delle funzioni degli enti locali e la tutela dei diritti sociali. Alcune osservazioni a margine della sent. Corte cost., n. 10 del 2016*, in *Oss. AIC*, 2/2016, www.osservatorioaic.it.

interpretazione alla luce dell'art. 3 Cost. e in armonia con l'incomprimibile tutela dei diritti, è stata successivamente confermata in modo più esplicito dalla sent. n. 275 del 2016, più celebre della prima grazie a una felice formula letterale che ha saputo esprimere in modo più incisivo il fatto che i diritti siano destinati a prevalere sulle regole di bilancio⁴⁵. La rivoluzione consiste nel leggere i vincoli di bilancio a protezione e a garanzia dei diritti. Ogni sfioramento dall'equilibrio di bilancio sottrae risorse per l'attuazione dei diritti ed esplicita una responsabilità politica che può essere fatta valere nei confronti di quelle maggioranze e di quel legislatore che non utilizza in modo corretto le risorse e non ottempera alle prescrizioni della Carta costituzionale, che va letta come una ricerca costante di un giusto temperamento tra risorse e diritti; la sincerità dei bilanci è considerata alla stregua di un bene pubblico proprio per questi motivi.

Nelle ultime decisioni la Corte ha tentato di rispondere alla sfida che consiste nel raggiungere gli obiettivi di bilancio senza rinunciare alla tutela dei diritti. Nell'ultimo biennio, infatti, si è nuovamente pronunciata sui rapporti tra Stato e Regioni in materia di LEA e, sul rapporto tra questi, i vincoli di bilancio e i piani di rientro⁴⁶. In molte sentenze la Corte ha ribadito la necessità di «un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale nonché dell'intreccio di competenze statali e

⁴⁵ Sul punto, tra i numerosi commenti, si segnalano L. CARLASSARE, *Bilancio e diritti fondamentali: i limiti 'invalicabili' alla discrezionalità del legislatore (Osservazione a corte cost. 16 dicembre 2016 n. 275)* e A. LUCARELLI, *Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati (Osservazione a corte cost. 16 dicembre 2016 n. 275)*, entrambi in *Giur. cost.*, 2016, rispettivamente, 2339 ss. e 2343 ss.; per una visione critica della portata di questa sentenza, si consenta di rinviare a I. CIOLLI, *I diritti sociali «condizionati» di fronte alla Corte costituzionale*, in *Riv. lav. prev. soc.*, 2017, 353 ss.

⁴⁶ Specialmente sentt. nn. 197, 200 e 233 del 2019 e 60, 62, 72, 130, 157 del 2020.

regionali in questo delicato ambito materiale»⁴⁷. Nella sent. n. 197 del 2019 il giudice costituzionale, dichiarando incostituzionali le norme programmatiche della legge di bilancio della Regione Sicilia per il 2018 (art. 34 e 35 l. siciliana n. 8 del 2018), non ha mancato di ricordare che «la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti tra Stato e Regioni in tema di competenza legislativa, impongono una visione teleologica e sinergica della dialettica finanziaria di questi soggetti, in quanto coinvolgente l'erogazione di prestazioni riconducibili al vincolo di cui all'art. 117, comma 2, lettera m), Cost.», e il legislatore deve premurarsi che l'attuazione dei LEA non sia meramente programmatica ma sia reale, al fine di realizzare quella garanzia dei diritti incompressibili già enunciata nella sent. n. 275 del 2016⁴⁸. Nella stessa sentenza il giudice costituzionale ha ricordato come la compartecipazione al finanziamento dei LEA debba provenire sia dallo Stato, sia dalle Regioni, seguendo il principio di leale collaborazione, sebbene la determinazione dei livelli essenziali spettanti allo Stato, e ha altresì rammentato che i costi di questi ultimi devono essere evidenziati e separati dagli altri costi sia nei bilanci dello Stato, sia in quelli della Regione⁴⁹.

⁴⁷ Ciò già nella sent. n. 169 del 2017, par. 3.1 del *Cons. in dir.* Sul legame tra finanza pubblica e piani di rientro si veda G. RIVOSACCHI, *Poteri, diritti e sistema finanziario tra centro e periferia*, cit., 378 ss.

⁴⁸ Sent. n. 169 del 2017, par. 9.3.2 del *Cons. in dir.*

⁴⁹ Sent. 197 del 2019, par. 3.1 del *Cons. in dir.*: «la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, ma [...] la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività. Da ciò consegue che la *separazione e l'evidenziazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza devono essere simmetricamente attuate, oltre che nel bilancio dello Stato, anche nei bilanci regionali ed in quelli delle aziende erogatrici secondo la direttiva contenuta nel citato art. 8, comma 1, della legge n. 42 del 2009*»

Nel conflitto di attribuzione deciso con la sent. n. 200 del 2019, relativo alla nomina del Commissario *ad acta* della Regione Calabria, la Corte ha trovato l'occasione per ribadire che la disciplina del commissariamento è improntata non a una piena sostituzione dello Stato alle Regioni, ma a un costante confronto collaborativo tra livello statale e regionale, che si estrinseca proprio nell'azione congiunta del «Comitato paritetico permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza» e del «Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti» regionali, istituiti dagli artt. 9 e 12 dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005: organismi la cui stessa composizione, improntata a una compenetrazione tra la componente statale e quella regionale, garantisce di per sé il pieno coinvolgimento della Regione in merito all'analisi dell'andamento del proprio piano di rientro⁵⁰, rispondendo così alle critiche dell'eccessiva esposizione statale nell'utilizzo del potere sostitutivo per tempi non brevi e puntuali come l'art. 120 Cost. prevedrebbe. Il giudice costituzionale si preoccupa, inoltre, di

(corsivo mio). In definitiva, la dialettica tra Stato e Regioni sul finanziamento dei LEA dovrebbe consistere in un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale nonché dell'intreccio di competenze statali e regionali in questo delicato ambito materiale» (sent. n. 169 del 2017). La leale collaborazione si è rivelata di difficile perseguimento nei rapporti tra Stato e Regioni proprio per ciò che attiene al finanziamento dei LEA, come si è potuto osservare da ultimo nella sent. n. 62 del 2020, nella quale si è semmai evidenziata la reciproca inerzia del legislatore statale e regionale. Sulla complessa questione, C. BUZZACCHI, *Il ruolo del «servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale» alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Le Regioni*, 2020, 850 ss., F. SUCAMELI, *La tutela multilivello del diritto alla salute*, cit. e F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*, in *Forum di Quad. cost.*, 10 novembre 2020, www.forumcostituzionale.it.

⁵⁰ Sent. n. 233 del 2019, par. 4.1 del *Cons. in dir.*

sottolineare il fatto che la nomina dei *sub* commissari e del commissario sia una competenza dello Stato, potendo la Regione intervenire nei piani di rientro con altri e diversi strumenti.

La Corte, con sent. n. 233 del 2019 – nella quale per la prima volta ha ammesso l’esercizio del potere sostitutivo mediante atto legislativo – ha dichiarato infondate le questioni di legittimità costituzionale prospettate dalla regione Calabria in merito al decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni nella legge n. 60 del 2019, in riferimento agli artt. 81 e 97 Cost. e 120 Cost. per ciò che atteneva all’estensione dei poteri dei vari commissari, *ad acta* e straordinari. La Calabria, infatti, non aveva raggiunto il punteggio minimo che indica il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza, come era stato più volte riscontrato dai Tavoli di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei LEA nella seduta congiunta del 4 aprile 2019. Da ciò conseguiva «la straordinaria necessità ed urgenza di adottare misure in materia di carenza di personale sanitario, di formazione sanitaria, di carenza di medicinali e altre misure, tutte volte a garantire e a promuovere la continuità nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza e ad assicurare una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale, nonché una migliore erogazione delle prestazioni, rispondendo in maniera sempre più adeguata alle esigenze dell’utenza»⁵¹. In altre parole, il ruolo dei commissari previsto dal decreto è legittimato da tale situazione emergenziale, che non può che richiedere strumenti straordinari. E lo scopo primario che la Corte evoca non è tanto il ritorno all’equilibrio di bilancio, che pure è un principio costituzionale rilevante nei piani di rientro, ma la legittimazione della deroga alla competenza legislativa delle Regioni, in favore di quella dello Stato, «è ammessa nei limiti necessari *ad evitare che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di*

⁵¹ Par. 5.1 del *Cons. in dir.*

assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato»⁵².

E visti gli scarsi risultati ottenuti dalla Regione in materia di tutela della salute e dei suoi livelli essenziali, non solo la determinazione dei LEA, ma la loro stessa attuazione è stata rimessa allo Stato, che dunque non esercita solo i poteri conferiti dall'art. 120 Cost.

5. Considerazioni conclusive

I piani di rientro, disciplinati prima dalla Legge finanziaria 2005, la n. 311 del 2004, e poi dalla Legge finanziaria del 2007 (Legge n. 27 dicembre 2006, n. 296) sono stati utilizzati con una estrema frequenza e solo in tempi recentissimi le critiche formulate dalla dottrina cominciano a farsi strada, ricordando la loro scarsa utilità ed efficacia in termini di recupero di un equilibrio finanziario. A tale proposito, alcune Regioni hanno visto menomate le loro competenze a causa di piani di rientro particolarmente draconiani, senza che questo abbia comportato un vantaggio in termini di riequilibrio di bilancio o di prestazioni erogate nel territorio regionale. Inoltre, sebbene la Corte di recente sembra sostenere il contrario, lo scopo dei piani di rientro è stato a lungo di natura finanziaria, ossia riconducibile a tagli della spesa pubblica. Depone in tal senso il fatto che il piano di rientro sia affidato al Commissario *ad acta* e che la giurisprudenza costituzionale abbia più volte confermato come questo ruolo sia del tutto estraneo a quello delle decisioni politiche⁵³.

⁵² Par. 5.2 del *Cons. in dir.* nel quale vengono menzionate la sentt. n. 125 del 2015 e n. 217 del 2010.

⁵³ Sul punto la giurisprudenza sembra non avere esitazioni e in numerose sentenze il giudice costituzionale ha ribadito che le funzioni amministrative del Commissario *ad acta* nell'attuazione del piano sono prive di qualunque discrezionalità politica e devono essere

Anche quando fosse il Presidente della Regione a rivestire il ruolo del commissario *ad acta*, la separazione delle funzioni garantirebbe egualmente un ruolo tecnico nella veste di commissario e l'esito cui si giungerebbe sarebbe comunque quello di una totale dismissione del meccanismo della responsabilità politica per quel che attiene all'attuazione del piano⁵⁴. Ne consegue che su una materia così rilevante, quale è la tutela della salute, i rappresentanti regionali liberamente eletti non possono intervenire per quel che attiene all'attuazione dei piani di rientro, sebbene – a dire il vero – abbiano concorso alla predisposizione del piano stesso insieme agli organi statali.

Il rimedio sembrerebbe potersi rintracciare in un coinvolgimento più ampio delle Regione non solo nell'elaborazione del piano di rientro, ma anche in quello delle forme di attuazione dello stesso che non sempre sono di natura meramente amministrativa e che richiedono anche nella fase attuativa valutazioni e scelte politiche; ciò dovrebbe essere bilanciato da una sempre più intensa valorizzazione del sistema dei controlli, quali quelli assegnati alle Sezioni regionali della Corte dei conti nel giudizio di legittimità-regolarità sui bilanci degli enti del sistema sanitario (*ex art. 1, co. 3 e 7 del D.L. 10 ottobre 2012, n. 174, convertito in l. n. 213 del 7 dicembre 2012*). Questa recente forma di controllo, non a caso adottata dopo l'introduzione dell'equilibrio di bilancio in Costituzione, permette di evidenziare squilibri di bilancio e in

poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali, anche quando essi agiscono in via legislativa, fino all'esaurimento dei suoi compiti di attuazione del Piano di rientro (così sentt. nn. 199/2018, 14, 2017, 266 del 2016, 278 e 110 del 2014, 219, 228, 180, 79, 28 del 2013, 131 del 2012, 78 del 2011, 361 del 2010). Lasciando così intendere che l'attuazione del piano non lascia spazio alla decisione politica.

⁵⁴ Si può dedurre tale evidenza dalle stesse parole della Corte costituzionale che *sic et simpliciter* impone che «la separazione dei ruoli, pur svolti dalla medesima persona fisica, è così netta, che la stessa legge regionale non può sovrapporne le funzioni, attribuendo al Presidente compiti riservati al commissario» (sent. n. 2 del 2010, par. 9 del *Cons. in dir.*).

alcuni casi di evitare che si arrivi a condizioni di disavanzo per le quali diventa necessario provvedere con i piani di rientro o con un peculiare commissariamento. La valorizzazione sembra ormai avviata, tanto che la recente giurisprudenza costituzionale, inaugurata con la cosiddetta sentenza di S. Valentino (la n. 18 del 2019), ha ammesso il ricorso in via incidentale della Corte dei conti proprio su tale controllo di legittimità-regolarità. Ciò estende il campo di azione della Corte costituzionale, potendo così delibare leggi che incidono negativamente sui bilanci e che altrimenti non avrebbero avuto modo di essere sottoposte al giudizio di costituzionalità. In altre parole, l'estensione dei controlli di legalità-regolarità e di legittimità potrebbero, almeno sulla carta, intervenire prima che le condizioni finanziarie delle Regioni siano talmente compromesse da richiedere *in extremis* l'intervento dei piani di rientro e del commissariamento.

Come si è già accennato, tali interventi di natura giurisdizionale non possono essere considerati sostitutivi di quelli politici *tout court*; tuttavia, il fatto che dal 2012 sia previsto un controllo sui bilanci preventivi e sui rendiconti consuntivi, ossia di legalità-regolarità sui bilanci degli enti del sistema sanitario da parte delle sessioni regionali della Corte dei conti e sia contemplato persino un blocco della spesa in caso di violazione degli equilibri finanziari⁵⁵ sta a significare che il legislatore, per salvaguardare un controllo attento non solo della spesa degli enti locali, ma in modo specifico di quella sanitaria, ha provveduto ad affiancare alla sfera decisionale politica un controllo che verificasse la corretta gestione delle risorse, pertanto non in sostituzione, ma semmai a presidio e in sinergia con le scelte politiche⁵⁶.

⁵⁵ Previsto dall'art. 1, co. 7, d.l. n. 174 del 2012.

⁵⁶ Questo perché la quantificazione degli adempimenti contabili o finanziari da parte della Corte dei conti permette all'ente che è sottoposto al controllo di trovare dei rimedi anche attraverso una riprogrammazione delle scelte politiche afferenti alla gestione (come prescrive anche l'art. 25 del d.lgs. n. 118/2011). Sulla sinergia tra piani di rientro, controlli

Tale sinergia, se correttamente applicata, potrebbe ovviare a quella che in passato si è manifestata come una costante estromissione cui sono state sottoposte le istituzioni regionali quando si è attivato il piano di rientro. I poteri sostitutivi che ne conseguono, per quanto rispettosi del principio della leale collaborazione e di quello della tutela dell'unità giuridica ed economica, entrambi prescritti dall'art. 120 Cost.⁵⁷, si traducono pur sempre in misure straordinarie ed emergenziali⁵⁸ che, per definizione, devono essere limitate nel tempo e che non lasciano spazio a correttivi efficaci e volti a ripristinare una autonoma e sana gestione dei conti pubblici regionali.

Quanto invece alla tutela e all'attuazione dei LEA, un accurato *paper* della Banca d'Italia, pubblicato nel marzo 2018⁵⁹, ha dimostrato come le

della Corte dei conti e scelte politiche, si veda anche il documento della Corte dei conti relativo alla Cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2020, 13 febbraio 2020, 10 ss.

Sulla peculiarità dei nuovi controlli e delle nuove competenze della Corte dei conti, si veda C. BUZZACCHI, *Autonomie e Corte dei conti. La valenza democratica del controllo di legalità finanziaria*, in *Costituzionalismo.it*, 2 ss., www.costituzionalismo.it, e F. SUCAMELI, *L'equilibrio dei bilanci pubblici nella Carta costituzionale e nella legislazione ordinaria. Presupposti e limiti al ripiano pluriennale dei disavanzi di amministrazione degli enti locali e delle Regioni*, in A. CANALE, D. CENTRONE, F. FRENI, M. SMIROLDO (a cura di), *La Corte dei Conti: Responsabilità, contabilità, controllo*, Milano 2019, 659 ss.

⁵⁷ E. GRIGLIO, *Il legislatore "dimezzato": i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, cit., 459.

⁵⁸ Corte cost., sent. n. 43/2004. Sul punto, G. SCACCIA, *Il potere di sostituzione, Le Regioni*, 2004, 886, che ricorda come, mancando il requisito dell'assoluta urgenza, si possano violare proprio le finalità contenute nell'art. 120 Cost.

⁵⁹ Cfr. Banca d'Italia, *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, che dimostra come i primi piani di rientro non tenessero nella dovuta attenzione l'erogazione dei LEA, *paper*, 31. Rivendica invece un esito positivo dei piani di rientro regionali l'Ufficio parlamentare di bilancio, che precisa

soluzioni adottate nei piani di rientro abbiano giovato in un primo triennio solo su un piano prettamente economico-finanziario, senza intervenire però sugli squilibri strutturali che affliggono le Regioni, e come pertanto l'erogazione dei LEA sia solo dettata da misure straordinarie e dai poteri sostitutivi *ex art. 120 Cost.* Quando tali poteri vengono meno e si ripristinano le ordinarie competenze, gli squilibri riemergono in tutta la loro ampiezza sia dal punto di vista quantitativo, sia qualitativo. E, non da ultimo, tornare alle ordinarie competenze e uscire dal piano di rientro si rivela di per sé un'impresa, poiché richiede l'adozione di procedure farraginose e complesse⁶⁰.

però: «L'esito positivo dei piani di rientro sui disavanzi sanitari è dovuto innanzitutto a una forte compressione della spesa [...]; tuttavia, [...] i risultati sono per lo più dovuti allo sforzo di massimizzare i risparmi immediati piuttosto che a un processo di riorganizzazione complessiva dell'offerta sanitaria, che avrebbe dovuto consentire di rafforzare i servizi alternativi all'ospedale e di superare la maggiore frammentazione della rete e il maggiore ricorso a strutture private accreditate di dimensioni limitate (caratteristici delle Regioni con servizi sanitari più deboli)», in Ufficio Parlamentare di Bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, Focus n. 6, 2 dicembre 2019, 12.

⁶⁰ Di recente, per quanto riguarda l'uscita dal commissariamento della Regione Campania, essa è stata accordata dal Ministero della sanità il 24 gennaio 2020, dopo l'adozione del DPCM 5 dicembre 2019. Con delibera del 5 marzo 2020 e la seguente valutazione congiunta dei Tavoli di verifica tenutasi il 22 luglio 2020, è stata disposta l'uscita dal commissariamento della Regione Lazio.

Tuttavia, per queste Regioni l'*iter* per l'uscita definitiva si è rivelato lungo e complesso. Per quel che attiene alla Regione Lazio, le modifiche richieste al Piano di rientro della Regione sono state adottate con Delibera della Giunta regionale n. 12 del 21 gennaio 2020, concernente *Presa d'atto e recepimento del "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88, della L. 191/2009, secondo periodo, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 20/01/2020"*, ai fini dell'uscita dal commissariamento. Al fine di rispondere alle

Di fatto, tutto ciò dimostra come i piani non possano sostituire il profilo della decisione politica; essi, infatti, non possono certo essere chiamati a comporre gli interessi in gioco, né a preparare il terreno per un successivo ritorno alla normalità, che richiede l'individuazione di una scala di priorità nelle scelte, anche in quelle sanitarie. Non possono cioè sostituirsi all'elaborazione di un indirizzo politico regionale.

Non da ultimo, spesso la tecnicità dei piani è stata solo apparente, poiché non sono stati infrequenti i casi in cui i tagli lineari alla spesa adottati nei piani di rientro regionali si sono indirizzati soprattutto verso le strutture sanitarie pubbliche, lasciando inalterate le dotazioni delle strutture private e in convenzione⁶¹. Questo ha comportato un sacrificio maggiore per quei presidi sanitari che sono dei veri e propri beni pubblici a servizio dell'intera collettività e dimostra che i piani possono adottare anche scelte politiche surrettizie, non corredate però di una corrispondente responsabilità politica.

osservazioni formulate, il Commissario ha adottato il Decreto del Commissario *ad acta* n. 81 del 25 giugno 2020, contenente il nuovo testo del «*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 Il legislatore “dimezzato”: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*», poi recepito dalla DGR n. 406 del 26 giugno 2020. Il Tavolo tecnico del Ministero e il Comitato dei LEA, in attuazione del punto *b*) della delibera del Consiglio dei Ministri del 5 marzo 2020, come aggiornata nelle scadenze dalla delibera del 6 aprile 2020, hanno verificato positivamente il recepimento delle integrazioni apportate al Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario della Regione Lazio.

⁶¹ Banca d'Italia, *La sanità in Italia*, cit., 24.