

**DOTTORATO DI RICERCA IN INGEGNERIA INDUSTRIALE E
DELL'INFORMAZIONE E DI ECONOMIA
CURRICULUM IN SCIENZE GIURIDICHE E AZIENDALI
XXXVIII CICLO**

**TESI DI DOTTORATO IN
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E PIANI DI RIENTRO
SSD: GIUR-05/A Diritto costituzionale e
pubblico**

**Coordinatore del Corso
Dottorando**

Prof.ssa Katia Gallucci

Vincenzo Isidori

Eduardo

Tutor

Prof. Fabrizio Politi

SOMMARIO

<i>L'EVOLUZIONE LEGISLATIVA</i>	4
1 GLI ALBORI DEL DIRITTO ALLA SALUTE	4
2 LE RIFORME DI INIZI ANNI 90	19
3 IL DECRETO LEGISLATIVO N. 229/1999	24
LA RIFORMA DEL 2001 DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE	28
5 LE RIFORME DEL 2012	33
6 IL DECRETO MINISTERIALE 70 DEL 2015	39
7 IL DECRETO MINISTERIALE 77	42
<i>CAPITOLO 2 I PRINCIPALI ISTITUTI</i>	48
1 RIPARTO COMPETENZE STATO REGIONI	48
2 REGIONALISMO DIFFERENZIATO	58
3 LEA ED UNIFORMITÀ	65
4 LA COOPERAZIONE IN AMBITO LEA E IL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (DPCM) DEL 12 GENNAIO 2017	67
5 LEA E TUTELA DEL NUCLEO IRRIDUCIBILE	72
6 FINANZIAMENTO DEL SSN E PATTI PER LA SALUTE	83
7 TARIFFE SANITARIE	90
8 IL FONDO DI PEREQUAZIONE	92
9 LA MOBILITÀ SANITARIA	94
<i>CAPITOLO 3 I PIANI DI RIENTRO</i>	102
1 INTRODUZIONE	102
1.1 LA DISCIPLINA DEI PIANI DI RIENTRO	106
1.2 LA LEGISLAZIONE STATALE NELL'ACCORDO STATO REGIONI	110
1.3 LA RESPONSABILITÀ POLITICA NEL DIVANZO	116
2 L'INQUADRAMENTO COSTITUZIONALE DEL PIANO DI RIENTRO	118
2.1 "L'ULTRATTIVITÀ" DEI VINCOLI DERIVANTI DALL'ACCORDO PER UNA REGIONE CHE HA GIÀ CONCLUSO IL PIANO	126

2.2 PROBLEMATICHE COSTITUZIONALI.....	129
3 LA VINCOLATIVITÀ DEI PIANI DI RIENTRO.....	146
3.1 IL RAPPORTO TRA LA VINCOLATIVITÀ DEI PIANI DI RIENTRO ED IL RISPETTO DEI LIMITI STATALI IN MATERIA DI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA COME ELEMENTO CENTRALE SULLA "COSTITUZIONALITÀ" DELLO STRUMENTO	149
3.2 IL CONTENUTO DELL'ACCORDO TRA LO STATO E LE REGIONI COME PARAMETRO NEL GIUDIZIO DI COSTITUZIONALITÀ PER VALUTARE LA CONGRUITÀ TRA IL PIANO DI RIENTRO E LA LEGISLAZIONE REGIONALE	154
3.3 ULTERIORI RECENTI QUESTIONI IN ORDINE ALLA VINCOLATIVITÀ DEL PIANO DI RIENTRO E AUTONOMIA REGIONALE: LA PROGRAMMAZIONE DELLE SPESE SANITARIE COME QUESTIONE AL CENTRO DELLA PIÙ RECENTE GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE	161
4 IL PIANO DI RIENTRO, IL PROGRAMMA OPERATIVO E LE DISPOSIZIONI DI DETTAGLIO A SEGUITO DELLA SOTTOSCRIZIONE DELL'ACCORDO	166
4.1 PROBLEMATICHE APPLICATIVE E IL LORO RILIEVO NELL'ORDINAMENTO	169
4.2 LA RILEVANZA DEL PRINCIPIO DI LEALE COLLABORAZIONE NELLA SOTTOSCRIZIONE DEL PIANO DI RIENTRO.	172
5 I LIMITI ALLA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE PER I CITTADINI RESIDENTI IN UNA REGIONE IN PIANO DI RIENTRO	180
5.1 IL PIANO DI RIENTRO COME POSSIBILE STRUMENTO DI ATTUAZIONE DEL PRINCIPIO DI EQUILIBRIO DEL BILANCIO	185
6 IL COMMISSARIO AD ACTA	189
6.1 LA NOMINA DEL COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO NEL PERIMETRO DELL'INDAGINE SULLA LIMITAZIONE ALL'AUTONOMIA REGIONALE DA PARTE DELLO STATO.....	194
7 I CD. PIANI DI RIENTRO AZIENDALI E LE CLAUSOLE DI SALVAGUARDIA.	203
<i>BIBLIOGRAFIA DOTTRINALE</i>	<i>210</i>
<i>BIBLIOGRAFIA GIURISPRUDENZIALE</i>	<i>235</i>

Abstract

Lo studio analizza il Sistema Sanitario Nazionale italiano, con particolare attenzione all'istituto dei Piani di rientro. Dopo una ricostruzione storico-legislativa del diritto alla salute dal periodo post-unitario a oggi, vengono esaminati i principali istituti giuridici in materia e, successivamente, il ruolo dei Piani di rientro come strumenti operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario regionale, stipulati mediante accordi tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e le Regioni.

Abstract

This study analyzes the Italian National Health Service, with a particular focus on the institution of the *Piani di rientro* (Recovery Plans). Following a historical and legislative reconstruction of the right to health from the post-unification period to the present day, the research examines the main legal frameworks on the subject and subsequently explores the role of the *Piani di rientro* as operational tools for the reorganization, requalification, and strengthening of regional health services, established through agreements between the Ministry of Health, the Ministry of Economy and Finance, and the individual Regions.

CAPITOLO 1

L'EVOLUZIONE LEGISLATIVA

1 gli albori del diritto alla salute; 2 le riforme di inizi anni 90; 3 il decreto legislativo n. 229/1999; 4 la riforma del 2001 del titolo v della costituzione; 5 le riforme del 2012; 6 il decreto ministeriale 70 del 2015; 7 il decreto ministeriale 77

1 GLI ALBORI DEL DIRITTO ALLA SALUTE

L'articolo 32 è sancisce il riconoscimento della salute come diritto fondamentale «nella storia del diritto costituzionale»¹. La scelta dei Costituenti chiude il processo che caratterizza il passaggio dallo Stato liberale al vero e proprio Stato sociale di diritto che ha rivoluzionato la moderna nozione di diritto alla salute.

La tutela della salute inclusa tra i diritti fondamentali tutelati dallo Stato italiano, tuttavia, non ha chiuso il dibattito intorno all'oggetto di tutela. Al contrario, ha ampliato i quesiti, gli aspetti problematici e gli interrogativi, rendendoli – se si vuole – ancora più articolati e complessi².

Necessita sottolineare come i problemi interpretativi che hanno coinvolto la dottrina giuspubblicistica, nei primi decenni dall'introduzione della norma, non si sono sopiti con il passare del tempo ma si sono scontrati con nuove e sempre più complesse questioni, sollevate dalla necessità di valutare fattori di volta in volta differenti e non sempre prevedibili o anticipabili³.

¹ R. BALDUZZI, *quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, p. 471, Corti Supreme e Salute, 3/2018;

² Sulla tutela della salute nell'Italia unitaria, prima dell'adozione della Costituzione, si rinvia a R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, pp. 41 ss.; per un inquadramento più ampio, si veda, invece, G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari, 2005, pp. 314 ss. e pp. 342 ss.

³ Breve parentesi deve essere aperta in merito alla discussione interna all'assemblea costituente stessa sul ruolo da attribuire al diritto alla salute nel panorama costituzionale italiano. Dal dibattito emerge limpidamente la consapevolezza, da parte dei costituenti, del legame esistente tra la tutela della salute e l'effettiva realizzazione delle libertà individuali e dell'eguaglianza tra gli individui. «In particolar modo, alcuni interventi si dimostrano oggi ancora estremamente attuali e lungimiranti: i Padri costituenti danno prova di avere coscienza di trovarsi dinanzi a un mondo totalmente in divenire, i cui sviluppi erano per loro del tutto imprevedibili.»

Nell'esperienza prerepubblicana, la tutela del diritto alla salute non trovava pari dignità rispetto a quella oggi concessa. La tutela della salute aveva come "*fine pubblico*" il mantenere "*una popolazione sana e numerosa, poiché la sanità e il numero della popolazione è il presupposto necessario della potenza dello Stato*"⁴. L'individuo come singolo era il responsabile della propria salute e lo Stato concepiva il proprio intervento esclusivamente come forma di "*beneficenza*" e comunque progettato essenzialmente al fine di tutelare il primario interesse statale al mantenimento dell'ordine pubblico, alla difesa del corpo sociale dagli oneri dai pericoli rappresentati dalle persone affette da malattia⁵.

La discussione circa il contenuto da dare all'articolo e sul suo perfezionamento si svolge nell'aprile 1947, durante la fase di approvazione del titolo relativo ai diritti economico-sociali. Si rammenta a chi legge che il diritto alla salute era originariamente incluso nell'articolo 26 del progetto di Costituzione, che disponeva: «Art. 26. La Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge. Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana»; così approvato nella Seduta Plenaria del 28 gennaio 1947. Gli interventi e le osservazioni svolte in quel contesto si sono proiettate e hanno avuto delle ripercussioni sul dibattito dottrinale successivo all'entrata in vigore della Costituzione, tanto da fungere, in alcune occasioni, anche da ausilio interpretativo per gli studiosi del sistema dei diritti garantiti nella Repubblica. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in Corti Supreme e Salute, 3/2018, 467 ss;

⁴ F. CAMMEO, *Sanità pubblica: fonti e organizzazione*, in Trattato di diritto amministrativo, diretto da V.E. Orlando, Milano, 1905, IV, 213; Si consiglia la lettura anche di CAMERA DEI DEPUTATI, *Atti della commissione parlamentare di inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla*, Previdenza sociale e Assistenza sanitaria, 1953; Sempre in tema l'«*elencazione dei compiti della sanità pubblica. Essi sono: 1) il rilevamento delle condizioni sanitarie della collettività sociale; 2) l'indagine sulle cause di insalubrità e di danno alla salute; 3) lo studio e l'imposizione dei rimedi per prevenire e sanare gli stati di insofferenza e di malattia, e per ottenere il maggiore rendimento delle energie individuali. Dall'esatto e preciso raggiungimento di tali finalità, proiettate nel campo sociale, cioè dall'insistere delle medesime su tutta indistintamente la popolazione, dipende il compimento di quello Stato integrale di salute, condizione essenziale per il totale sfruttamento delle energie dei singoli a vantaggio della massima potenzialità produttiva di un paese.*»

⁵ P. SANTINELLO, *Salute (Diritto alla)*, DIGESTO, p. 520; si veda anche M.C. CHERUBINI, *Diritto alla salute*, in *Digesto delle Discipline Privatistiche. Sezione civile*. Vol. VI (Diritto-Div), UTET, Torino, 1990, pp. 77-88;

la nozione di tutela della salute ha subito, nella storia dell'umanità una serie di trasformazioni, conseguenti all'evoluzione della società stessa. Nei popoli antichi l'autorità religiosa è la prima figura sanitaria ed il precetto religioso costituisce anche un precetto igienico-sanitario. Solo con i greci prima ed i romani poi l'igiene pubblica diventa una attività legata all'Amministrazione dello Stato; si pensi alle disposizioni, inerenti la pulizia del corpo, le abluzioni, i bagni, le opere idrauliche per l'approvvigionamento di acqua potabile, l'allontanamento dei materiali di rifiuto, leggi sulla salubrità delle abitazioni, come sotto Licurgo. I romani ampliarono l'intervento legislativo sul tema perseguendo la convinzione *Salus publica suprema lex esto*. Procedendo a numerosissime norme di igiene pubblica, opere di bonifica e le istituzioni di "medici per i meno abbienti, i cd archiatri populares, con Antonino Pio, e poi i primi ospizi, nati sotto Traiano. Con la caduta dell'impero romano l'attenzione verso l'igiene e la salute pubblica è venuta meno. Nel Medioevo,

Tale *life motive* non era legata ed ancorata ad una nozione squisitamente italiana ma lo si può riscontrare in tutto l'occidente. Si pensi che la Costituzione di Weimar all'articolo 161 prevedeva l'organizzazione di un sistema assicurativo unificato con la partecipazione determinante degli assicurati. Questo sistema aveva lo scopo di proteggere la salute, la capacità lavorativa, la maternità e prevenire le conseguenze economiche legate all'invecchiamento, alle malattie e agli incidenti della vita⁶.

Analogamente, l'articolo 119, comma 2, della Costituzione di Weimar specificava che l'elevamento spirituale, la salute e lo sviluppo sociale della famiglia erano compiti dello Stato e dei Comuni.

Inoltre, va menzionato l'articolo 111 delle Costituzioni della Lituania del 1922, il quale affermava che lo Stato garantiva la salute umana e forniva a ciascuno un livello minimo di cure, e della Lettonia dello stesso anno, che stabiliva che la salute e la morale pubblica erano protette da leggi speciali.

Ulteriori riferimenti includono il Preambolo della Costituzione francese della IV Repubblica e, soprattutto, quello della «Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità», firmata a New York il 22

il governo civile è assorbito in gran parte dal governo ecclesiastico, e la sanità pubblica è gestita mediante carità ed alla beneficenza, rivolte al sollievo della miseria e delle sofferenze.

A partire dal IV secolo, sorgono i primi ospedali ed ospizi come conseguenza della Bolla papale emanata nel concilio di Nicea, per poi creare gli impiegati per la salute pubblica, a somiglianza degli archiatri romani.

Gli ordini monastici assorbono la cura degli infermi; e soltanto con il sorgere dei Comuni riappare l'assistenza laica con la figura del medico condotto. Ciò che maggiormente è stato trascurato è l'igiene pubblica. Le misure di contenimento dell'igiene pubblica sono riprese agli inizi del 1300 ad Urbino. Alla dottrina ippocratica, subentra quella del contagio, cui dettero precisa chiarezza e base scientifica le opere del Fracastoro, del Massa, dell'Ingrassia, del Settala e di altri. È nata la medicina moderna. Le repubbliche marinare poi organizzano servizi contro l'importazione delle epidemie, con spese a carico della comunità. A Venezia nel XV secolo è stato istituito il Consiglio di Sanità pubblica, una magistratura con il compito di emanare le misure idonee a prevenire l'importazione della peste. Tale modello è stato ripreso da tutta Europa. Il primo completo ordinamento di pubblica sanità, per essere emanato dovrà aspettare il 1848, in Inghilterra, completato in seguito con le leggi del 1858 e 1871, e il primo Codice sanitario nel 1875, che ha istituito l'organizzazione del servizio sanitario in tutto il Regno.

CAMERA DEI DEPUTATI, *Atti della commissione parlamentare di inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla*, Previdenza sociale e Assistenza sanitaria, 1953;

⁶ P. RIDOLA nell'articolo *La Costituzione della Repubblica di Weimar come esperienza e come paradigma* (Rivista AIC, 2014, n. 2, § 6), si veda anche C. Gussy nel libro *100 Jahre Weimarer Verfassung. Eine gute Verfassung in schlechter Zeit* (Tübingen, Mohr Siebeck, 2018, pp. 259 ss.);

luglio 1946. Quest'ultima contiene il celebre principio secondo cui «La sanità è uno Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità», ma anche il meno noto, ma interessante concetto, che «il possesso del miglior Stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d'opinioni politiche, di condizione economica o sociale»⁷.

La matrice liberale dello Stato italiano pre-repubblicano ha comportato uno sviluppo della legislazione che si è mossa creando nuovi istituti, come le IPAB ex lege n. 6972/1890, le iniziative umanitarie promosse da ordini, organismi religiosi e da strutture private⁸.

L'intervento pubblico è legato, essenzialmente, alla prevenzione e cura delle epidemie e successivamente anche delle malattie sociali, mediante forme di assistenza sociale gratuita per indigenti e categorie protette, come alienati, ciechi, sordomuti ecc.

La gestione tecnica della sanità pubblica, pertanto, era affidata ad autorità amministrative.

La prima “legge sanitaria” post-unificazione del Regno d'Italia è la legge 2248/1865⁹. L'organizzazione sanitaria è stata agganciata al

⁷ Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, Preambolo.

⁸ Art. 1 l. 6972/1890: «Sono istituzioni di assistenza e beneficenza soggette alla presente legge le opere pie ed ogni altro ente morale che abbia in tutto od in parte per fine: a) di prestare assistenza ai poveri, tanto in iStato di sanità quanto di malattia; b) di procurarne l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere, od in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico.»;

⁹ Prima dell'unificazione le prime disposizioni organiche in ambito sanitario sul suolo italiano risalgono alla costituzione della Repubblica cisalpina e del primo Regno d'Italia. Il Regolamento napoleonico, emanato con decreto 5 settembre 1806, costituisce un vero e proprio atto regolamentare avanguardista, che raccoglieva tutta la migliore conoscenza in materia igienico-sanitaria.

Il Ministro dell'interno era l'autorità apicale, da cui derivavano tre direzioni mediche, con sede Pavia, Padova e Bologna, che ricevevano il supporto dalle Commissioni dipartimentali di sanità.

Sia le commissioni mediche che le Commissioni dipartimentali avevano ben delineati i loro compiti ed esercizi: esercizio dell'arte medica, pareri di medicina legale e pareri su quesiti riguardanti la sanità pubblica. Allo stesso momento, l'intera organizzazione sanitaria dipendeva dal Ministro dell'interno, che operava secondo due direttrici: sanità continentale e sanità marittima.

L'impostazione napoleonica è stata abrogata con la successiva dominazione austriaca.

Gli Stati italiani hanno attuato qualche tentativo di legislazione sanitaria, non organica come quella napoleonica:

nel Regno delle Due Sicilie con le leggi del 1819 e 1820, nello Stato pontificio nel 1818; poi nel Lombardo Veneto, nella Toscana, negli Stati estensi, nello stesso periodo, ed infine, nel Piemonte con numerose disposizioni emanate dal 1847 in poi, sino alla prima legge sanitaria del 1859.

Ministero dell'Interno, che se ne occupava mediante gli organi localmente competenti, quali il Prefetto, Sottoprefetto, Sindaci, Consigli di sanità (organi consultivi all'uopo creati)¹⁰. Tale assetto è rimasto invariato sino all'epoca fascista, con il t.u. delle leggi Sanitarie R.d. 27-7-1934, n 1265. Si specifica come l'idea di rendere indipendente l'organizzazione tecnico-sanitaria, autonoma dall'autorità amministrativa, trova il suo germe dal c.d. codice Bertani. Dal punto di vista organizzativo, il sistema si era principalmente basato sulla gestione del sistema mutualistico, in cui predominava la logica assicurativa (sostanzialmente, anche se in larga misura ancora di carattere corporativo). Questo sistema era fondato sullo scambio di denaro e l'assunzione del rischio, oltre a mantenere un rapporto di consequenzialità tra la tutela della produzione e la salvaguardia della salute e della capacità lavorativa del dipendente. Un sistema che non garantiva tutela sanitaria alla nazione ma solo a determinate classi di lavoratori¹¹.

Con il lento passare da uno Stato moderno ad uno Stato sociale sono nati ed affiancati alla tutela della salute a base assicurativa quella gratuita, erogate sotto forma di Casse e fondi.

L'articolo 32 Costituzione, per la prima volta, introduce la tutela del diritto alla salute individuandolo come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, nonché garantendo cure gratuite agli indigenti¹².

In Italia il processo di produzione legislativa in tema di igiene e sanità ha subito una maggiore accelerazione a seguito del timore di epidemie e con l'avanzare della scienza medica in ambito di malattie infettive.

¹⁰ All. c art. 1 l 2248/1865: «La tutela della sanità pubblica è affidata al ministro dell'interno e sotto la sua dipendenza ai prefetti, ai sotto-prefetti ed ai sindaci. Nell'esercizio delle attribuzioni relative, il ministro è assistito da un Consiglio superiore di sanità, i prefetti da Consigli sanitari provinciali, ed i sottoprefetti da Consigli sanitari di circondario. Il ministro, i prefetti ed i sotto-prefetti possono nominare commissioni, ispettori o delegati temporari, e commettere loro una parte delle proprie attribuzioni.»

¹¹ DIGESTO

¹² Non è stata immediata la formulazione finale dell'art. 32 Costituzione «La Repubblica tutela la salute e l'igiene ed assicura cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario può essere obbligatorio se non per legge. Non sono ammesse pratiche sanitarie lesive della dignità umana».

Di altrettanta difficile formulazione è stata l'assegnazione alle regioni a statuto ordinario della competenza concorrente sull'assistenza sanitaria e ospedaliera, seppur già lo statuto speciale della Regione Sicilia rappresentava un precedente che già aveva assegnato sia l'"igiene e sanità pubblica" che l'assistenza sanitaria alla competenza regionale secondaria.

File rouges delle varie proposte che hanno portato all'attuale visione dell'art. 32 Cost. è la tutela della "salute" intesa come bene-valore in sé, e non in quanto ricollegato ad interessi, pur rilevanti, quali la sicurezza pubblica o la capacità produttiva¹³.

Conseguenza diretta di tale visione è che, nel momento in cui la Costituzione si occupa della tutela della salute questa non può essere un mero fatto privato demandato nella cura al singolo e rilevante solo per motivi di difesa sociale o di stabilità economica¹⁴. Questa scelta implica una revisione del Servizio Sanitario ereditato, che fino a quel momento si era basato principalmente su interventi dei pubblici poteri focalizzati sulla prevenzione collettiva delle malattie.

L'art. 32 Cost. ha due anime differenti ma complementari; una prima in cui la norma concede al singolo un diritto soggettivo atto a non subire lesioni della propria integrità psicofisica. Una seconda in cui la dimensione è più ampia, sociale, in cui sorge un vero e proprio diritto della collettività a prestazioni positive da parte dei poteri pubblici, e quindi sotto un profilo pratico, si trasforma in una pretesa di

Tuttavia, la maggioranza dell'Assemblea fu in grado di comprendere la complessità della posizione tutelata, partendo dalla sua duplicità come diritto sociale di prestazione e come diritto di libertà strettamente legato alla libertà personale. La coesistenza di entrambi i profili avrebbe consentito nel tempo di qualificare il diritto sociale come un autentico diritto soggettivo, evitando sovrapposizioni tra il diritto alla salute e il diritto alle cure e integrando anche il profilo "negativo" incorporato nel secondo comma della disposizione costituzionale.

Se oggi rileggiamo le proposte presentate dall'interno dell'Assemblea dal Gruppo medico parlamentare e che hanno influenzato in modo significativo il testo dell'articolo 26 del Progetto di Costituzione, poi modificato diventando l'attuale articolo 32, possiamo notare facilmente che le diverse versioni discusse contenevano molteplici nodi problematici legati al diritto alla salute. Questi includevano la doppia qualificazione oggettiva come diritto ed interesse, la doppia titolarità individuale e collettiva, la questione della gratuità delle cure e della loro adeguatezza, nonché aspetti relativi agli approcci igienistico-preventivi, promozionali e assistenziali-terapeutici alla tutela. Altri nodi problematici riguardavano l'imputazione soggettiva del dovere di tutela, la configurazione dell'organizzazione sanitaria, il diritto a rifiutare le cure e il divieto di pratiche sanitarie contrarie alla dignità umana. Sul tema si rimanda a R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, pp. 19 ss.

¹³ R. BALDUZZI, *quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, p. 471, Corti Supreme e Salute, 3/2018;

¹⁴ Il diritto alla Salute si intreccia e fa parte più in generale dei cd. Diritti sociali. Sul tema si consiglia la lettura di F. POLITI, *I Diritti Sociali*, in *i Diritti Costituzionali*, Vol III, a cura di R. NANIA e P. RIDOLA, G. Giappichelli, Torino, 2006; BALBONI, *I diritti sociali*, in *Manuale di Diritto Pubblico*, a cura di AMATO E BARBERA, ____; BARONI, *Profili di diritto Sanitario*

un'assistenza sanitaria effettiva da parte dello Stato.

Il secondo comma dell'articolo 32 statuisce due limiti all'attività sanitaria dello Stato. Un primo, costituito da una riserva di legge, per il quale solo la legge può imporre e obbligare un determinato trattamento sanitario al singolo. Un secondo costituisce un divieto del legislatore di violare il limite del rispetto della persona umana¹⁵.

La previsione costituzionale del diritto alla salute non ha comportato l'immediata applicazione del dettato dell'art. 32, che ha impiegato un trentennio per essere attuato¹⁶. Il “triangolo di ferro” composto dagli enti mutualistici, dagli enti ospedalieri e dai medici riuscì per molti decenni a impedire l'attuazione dell'art. 32, e soltanto l'azione incrociata tra la crisi finanziaria degli enti mutualistici e ospedalieri, da un lato, e l'entrata in funzione delle regioni ad autonomia ordinaria, dall'altro, permise di vincere le resistenze e di arrivare all'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale L. n. 883 del 1978.¹⁷

Il vero passaggio e la piena attuazione del portato dell'art. 32 Cost., infatti si è avuto solo con l'introduzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale, riforma ove hanno trovato casa i principi di globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari e uguaglianza nel trattamento, garantendo le prestazioni mediante il ricorso alla fiscalità

¹⁵ F. Politi, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, Corti Supreme e Salute, p. 577 ss.

l'articolo 32 rappresenta un punto di approdo di un'evoluzione storica politica quasi secolare. Il secondo comma costituisce quello che può essere definito un mero precipitato storico. Una norma tanto rilevante e prescrittiva quanto ricognitiva di problematiche già conosciute dal costituente in ragione di un'evoluzione storica culturale e istituzionale. Come già in precedenza affermato la nascita dello Stato unitario portava con sé poca propensione alla tutela dei diritti sociali. Pontevico e tendenzialmente si caratterizzava per un relativo disinteresse per le istanze sociali della società civile. Lo stesso intervento dello Stato nel settore sociale non era organico ed unitario ma episodico e parziale. Riprendendo l'esempio delle ipab ovvero portando l'esempio della poor law, in Inghilterra, il fine della tutela del diritto alla salute era sostanzialmente assente, trovando centralità l'assistenza sociale. Con la nascita dello Stato di diritto, gli Stati si andavano a conferire vere e proprie funzioni; lo Stato sociale, al contrario, si qualificava per il più esteso intervento nel sociale nella misura in cui l'attività amministrativa di prestazione a fornire una risposta positiva alle aspettative del cittadino. L'atteggiamento dello Stato, allora, non è caratterizzato da indifferenza di tipo garantistico ma ha come ratio quella di eliminare le disuguaglianze dei punti di partenza con interventi perequativi a contenuto sociale.

¹⁶ Si rammenta come il ritardo nell'attuazione di tale norma non sia stato l'unico, per l'entrata in vigore delle Regioni si dovrà aspettare il 1970.

¹⁷ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in questa Corti Supreme e Salute, 3/2018; V. anche Id., R. BALDUZZI, *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2019, pp. 34 ss.;

dello Stato¹⁸.

L'art. 32 Cost. discende da una visione forte del costituente che ha attribuito una funzione ed un collocamento prioritario al diritto alla salute all'interno del sistema dei diritti sociali. Basti pensare che la tutela del diritto alla salute è affidata alla Repubblica stessa e non viene demandata a un modello distributivo di reparto di competenze e ruoli. Tale passaggio appare non scontato, in particolare se contestualizzato nel periodo storico di riferimento, un momento nel quale la sanità era sostanzialmente privata ovvero affidata ad organizzazioni religiose. Tale passaggio, è Stato consapevole e voluto dal costituente il quale, a riprova di ciò, all'articolo 38 costituzione ha rimesso l'assistenza sociale a chiunque e non alla Repubblica¹⁹.

Primo passo per l'attuazione del diritto alla salute si ha con la l. n. 296 del 1958, con la quale si è riconosciuta autonomia e specificità alla materia del diritto alla salute istituendo il ministero della sanità²⁰. Tale ministero veniva coadiuvato dal Consiglio superiore di sanità, il quale riveste funzioni consultive, e l'Istituto superiore di sanità, con competenze maggiormente tecniche.

Secondo passaggio, nell'attuazione della precisione costituzionale si ha con la cosiddetta legge Mariotti, L. n. 132 del 68, la

¹⁸ Sembra opportuno ramare come il legislatore, per sottolineare l'attuazione del dettato dell'art. 32 Cost., sostanzialmente, lo riporti nell'art. 1 della l. 833/78: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana».

¹⁹ Francesco Taroni, *Ibidem*.

²⁰ Art. 1 l. 296/1958: «È istituito il Ministero della sanità con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Per il conseguimento della finalità predetta spettano al Ministero della sanità le seguenti attribuzioni:

1) provvedere ai servizi sanitari attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni civili dello Stato, ferme restando le attribuzioni delle Amministrazioni con ordinamento autonomo e quelle esercitate dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale a mezzo dell'Ispettorato del lavoro; 2) sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle Amministrazioni autonome dello Stato e dagli Enti pubblici, provvedendo anche al coordinamento, eventualmente necessario, per adeguare l'organizzazione e l'efficienza dei servizi stessi alle esigenze della salute pubblica;

3) emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le Amministrazioni pubbliche che provvedono a servizi sanitari;

4) provvedere alla vigilanza tecnica sulle organizzazioni, enti ed istituti che svolgano attività sanitaria e non rientrino tra quelli previsti dalle disposizioni precedenti.

Qualora la legge non disponga diversamente, i provvedimenti in materia di sanità rientrano nella competenza del Ministero della sanità»;

quale, all'art. 1 ha previsto «L'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri». Con tale norma si assiste al passaggio da un'assistenza su base volontaria alla creazione di un vero e proprio servizio pubblico per tutti i cittadini. Tale legge inoltre aveva come scopo quello di decentrare e istituzionalizzare il settore del diritto alla salute delegando alle regioni la gestione degli enti²¹.

Un primo accenno del trasferimento delle competenze dallo Stato alle regioni si avrà solo con il decreto del presidente della Repubblica L. 4 del 1970²². In tale contesto venivano trasferite alle regioni particolari competenze come gli uffici dei medici provinciali, gli uffici dei medici veterinari provinciali, gli uffici sanitari dei comuni, gli uffici sanitari dei consorzi comunali, i consigli provinciali di sanità.

Accanto a tale, seppur iniziale, spostamento di competenze con la legge n. 349 del 1977 vengono meno gli enti mutualistici²³. Così facendo le prestazioni di assistenza ospedaliera venivano demandate delle regioni e gli ospedali diventavano enti strumentali alle regioni stesse.

Tale riforma nasce a valle dell'istituzione delle Regioni, le quali in ambito sanitario troveranno piena attuazione delle competenze regionali ex art. 117 Costituzione solo con il dpr 616 del 1977. Tale DPR 27 e 34 individua precisamente le attribuzioni inerenti all'assistenza sanitaria ed ospedaliera intesa come attività preordinata alla produzione, al mantenimento e al recupero dello Stato di benessere fisico e psichico

²¹ Tale riforma è stata anche definita come “l'illusione riformista”, fornendo solo una risposta parziale alle esigenze della modernità, si veda S. LANARO, *Storia dell'Italia Repubblicana*, Padova, Marsilio, 1997

²² DIGESTO, IBIDEM

²³ Art. 1 l. 349/1977: «A far tempo dal 1 luglio 1977, le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria già proprie degli enti, casse, servizi e gestioni autonome, estinti e posti in liquidazione, individuati ai sensi dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano. Sino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, le regioni si attengono, nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite, alle norme della presente legge e alla normativa contenuta negli ordinamenti degli enti anzidetti in forza di disposizioni di legge o statutarie, nonché alle linee di indirizzo e coordinamento all'uopo emanate dal Governo. Sono sciolti, a decorrere dalla stessa data, sentite le province autonome di Trento e di Bolzano per quanto di loro competenza, gli organi di amministrazione degli enti, fondi e casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati, preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, individuati dall'articolo 1, primo comma, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1977».

della popolazione²⁴. In particolar modo l'articolo 25, dopo aver stabilito

²⁴ Art. 27 D. P.R. 616/1977: «Le funzioni amministrative relative alla materia "assistenza sanitaria ed ospedaliera" concernono la promozione, il mantenimento ed il recupero dello Stato di benessere fisico e psichico della popolazione e comprendono, in particolare, tutte quelle che tendono:

- a) alla prevenzione ed alla cura delle malattie, qualunque ne sia il tipo e la durata;
- b) alla riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica, psichica e sensoriale, ivi compresa l'assistenza sanitaria e protesica agli invalidi civili, ai sordomuti ed ai ciechi civili;
- c) alla prevenzione delle malattie professionali ed alla salvaguardia della salubrità, dell'igiene e della sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;
- d) all'igiene degli insediamenti urbani e delle collettività;
- e) alla tutela igienico-sanitaria della produzione, commercio e lavorazione delle sostanze alimentari e bevande e dei relativi additivi, coloranti, surrogati e succedanei, sulla base degli standard di cui al successivo art. 30, lettera g);
- f) alle autorizzazioni ed ai controlli igienico-sanitari sulle acque minerali e termali nonché sugli stabilimenti termali, ivi comprese le attribuzioni relative al rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di stabilimenti di produzione e vendita di acque minerali naturali o artificiali, nonché alla autorizzazione alla vendita;
- g) all'igiene e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- h) alla promozione dell'educazione sanitaria ed alla attuazione di un sistema informativo sanitario, secondo le disposizioni della legge di istituzione del servizio sanitario nazionale;
- i) alla formazione degli operatori sanitari, esclusa la formazione universitaria e post-universitaria;
- l) all'igiene e assistenza veterinaria, ivi compresa la profilassi, l'ispezione, la polizia e la vigilanza sugli animali e sulla loro alimentazione, nonché sugli alimenti di origine animale.

Sono inoltre compresi nelle materie suddette:

- a) i compiti attualmente svolti dalle sezioni mediche e chimiche e dai servizi di protezione antinfortunistica degli ispettorati provinciali e regionali del lavoro nelle materie di cui al presente decreto, ad eccezione di ((quelli relativi)) a funzioni riservate allo Stato;
- b) le funzioni relative alla tutela sanitaria delle attività sportive svolte dalla federazione medico-sportiva italiana; i centri di medicina sportiva del CONI;
- c) nel quadro della ristrutturazione dell'associazione italiana della Croce rossa da attuarsi in base alla ((...)) legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e comunque non oltre il 31 dicembre 1979, saranno trasferite alle regioni le attività sanitarie ed assistenziali svolte dall'ente nei settori di competenza delle regioni con esclusione in ogni caso di quelle attuate in adempimento di convenzioni internazionali o di risoluzioni degli organi della Croce rossa internazionale;
- d) tutte le funzioni in materia di assistenza sanitaria comunque svolte da uffici dell'amministrazione dello Stato, con la sola eccezione dei servizi sanitari istituiti per le Forze armate ed i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco nonché dei servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico sanitario delle condizioni del personale dipendente.

Sono altresì comprese tra le funzioni amministrative trasferite alle regioni quelle esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in ordine agli enti, consorzi, istituti ed amministrazioni locali operanti nella materia definita dal precedente primo comma, ivi comprese quelle di vigilanza e tutela, nonché le attribuzioni in ordine alla nomina dei collegi dei revisori, salva la designazione da parte del Ministero del tesoro di un componente del collegio dei revisori degli enti ospedalieri, in relazione alla permanenza negli enti stessi di interessi finanziari dello Stato.

Fermo restando l'esercizio delle funzioni di polizia giudiziaria di cui all'art. 8 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520, da parte dell'ispettorato del lavoro spetta al prefetto stabilire, su proposta del presidente della regione, quali addetti ai servizi regionali e degli enti locali, che operino in materia infortunistica e di igiene del lavoro, assumano, ai sensi delle leggi vigenti, in relazione alle funzioni esercitate, la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria.»

Art. 34 D.P.R. 616/1977: «Le funzioni amministrative che siano aggiuntive rispetto a quelle già esercitate dalle regioni, dalle province e dai comuni sono disciplinate nella legge di istituzione del servizio sanitario

alcune funzioni amministrative in capo ai Comuni specifica come gli ambiti territoriali adeguati alla gestione del Servizio Sanitario e Sociale debbano essere individuati dalla regione; che gli ambiti territoriali devono riguardare contestualmente la gestione del servizio sociosanitario.²⁵

La Legge 23 dicembre 1978 n. 833, intitolata "Istituzione del Servizio sanitario nazionale", come anticipato, rappresenta una significativa rottura a livello politico, istituzionale e giuridico che ha portato a un cambiamento radicale nella vita quotidiana e nei diritti sociali e civili degli italiani. Sul piano giuridico, questa legge ha contribuito a un "disgelo della Costituzione", affermando il Servizio sanitario nazionale (SSN) come strumento attraverso il quale la Repubblica garantisce il diritto alla salute, come stabilito nell'articolo 32 della Costituzione. Sul piano politico e istituzionale, al'SSN ha sostituito il sistema mutualistico derivato dalla Carta del Lavoro del 1927, che rappresentava l'icona del sistema corporativo fascista e generava diseguaglianze geografiche e sociali durante il periodo repubblicano²⁶.

Dal punto di vista dei diritti, la legge ha istituito il diritto di cittadinanza uniforme per tutti gli italiani in condizioni di bisogno, abolendo benefici precedentemente riservati a una parte specifica dei lavoratori e dei loro familiari²⁷. Mentre la legge n. 833 adottava principi universalistici ed egualitari, a livello istituzionale organizzativo, l'SSN sostituiva le popolazioni virtuali degli assicurati delle casse mutue con una comunità territoriale specifica guidata da un unico organismo, l'Unità sanitaria locale (USL)²⁸.

nazionale e, in mancanza, sono attribuite rispettivamente alle regioni, alle province ed ai comuni a decorrere dal 1 gennaio 1979».

²⁵ DIGESTO

²⁶ R. BALDUZZI e D. SERVETTI, *La garanzia Costituzionale del diritto alla Salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CAPRARI (a cura di) *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013 pp 19 ss.

²⁷ Questi benefici erano differenziati in base alla categoria occupazionale, all'inquadramento professionale e alle relazioni di parentela, vincolati ai contributi versati secondo il principio commutativo tipico dei sistemi assicurativi

²⁸ L'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, come già accennato, è il frutto di plurime congiunzioni, dalla crisi degli enti mutualistici all'istituzionalizzazione delle regioni, le quali hanno dato una forte spinta alla riforma. Sin dall'istituzione delle regioni queste stesse hanno spinto per l'approvazione di una riforma

Le origini di questa trasformazione possono essere interpretate in modi diversi. La legge fu approvata in un contesto eccezionale, segnato da eventi come il rapimento e l'uccisione di Aldo Moro e le dimissioni del Presidente della Repubblica Leone. Tuttavia, l'approvazione della legge non fu un evento improvviso, bensì rifletteva radici profonde che spiegano i motivi e gli scopi dell'istituzione del SSN. La cronaca della legge 833/78, nella sua forma definitiva, copre il periodo tra l'estate 1974 e la primavera 1982, con importanti eventi come la "battaglia d'agosto" e la legge finanziaria-bis del 1982 che intervenne sugli aspetti finanziari²⁹.

«L'apparato produttivo, cresciuto in assenza di un disegno organizzativo, era frammentato fra le attività di prevenzione svolte dagli Uffici di igiene dei Comuni e ai Laboratori delle Provincie, l'assistenza medica di base, affidata a liberi professionisti convenzionati con i Comuni come medici condotti e con le singole Mutue come "medici della mutua", l'assistenza specialistica ambulatoriale, prodotta da medici convenzionati in poliambulatori direttamente gestiti dalle mutue più grandi e quella ospedaliera attraverso enti ospedalieri autonomi sotto il controllo dei Comuni o di enti religiosi.. Il sistema esistente, per come strutturato, detto in altri termini, ha ritardato l'attuazione dell'art. 32 Cost. sino al 1974, quando le mutue sono venute meno dati i debiti e la crisi della loro legittimazione»³⁰.

della sanità. La spinta non è stata esclusivamente propulsiva verso il governo ma è stata di vera e propria attribuzione di poteri e facoltà. Alcune regioni, in autonomia hanno avviato un lento appropriarsi delle mansioni. Si pensi ai Consorzi sanitari di zona per la gestione associata dei comuni delle loro tradizionali competenze di igiene pubblica, ambientale e di medicina del lavoro che, nati nel 1972 in Lombardia, da cui si sono, successivamente, sviluppati i Consorzi socio-sanitari Tosco Emiliani. Di esplicitativa portata risulta l'art. 1 della Legge istitutiva dei CSZ che decretava il *dies a uo* dei Consorzi «all'atto della istituzione delle Unità sanitarie locali», specificando all'art. 2 che il loro compito è di avviare e favorire «la partecipazione delle Comunità locali alla preparazione della riforma sanitaria». Detto in altri termini, le regioni sono state veri e propri laboratori per la creazione della riforma del Servizio Sanitario Italiano ed hanno funzionato come vero e proprio "laboratori di democrazia" pensati da Louis Brandeis per gli Stati americani che "sperimentano nuovi esperimenti sociali ed economici, senza porre a rischio il resto del paese" e giustificano l'affermazione di Putnam secondo cui l'istituzione delle Regioni è stata "l'innovazione più significativa della politica italiana in più di trent'anni di Repubblica"¹² R.D. PUTNAM, R. LEONARDI, R.Y. NANETTI, Explaining institutional success: the case of Italian regional government, in *American Political Science Review*, 1983, pp. 55-74. Per un maggiore approfondimento sul tema si rimanda alla lettura di F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. SALVATI, L. SCIOLLA, *L'ITALIA E LE SUE REGIONI. L'ETÀ REPUBBLICANA*, Vol. I, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, pp. 411- 428.

²⁹ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, Corti Supreme e Salute, 3/2018;

³⁰ F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia*, Roma, Il pensiero scientifico, 2011, pp 39.

Il Servizio sanitario nazionale (SSN), affrontando i problemi derivanti dal regime mutualistico tra il 1927 e il 1974, si è trovato a ereditare questa complessità. La risposta del nuovo SSN è stata la creazione di un sistema che stabiliva obiettivi ambiziosi e criteri di organizzazione elevati³¹.

Al Servizio Sanitario Nazionale viene conferita attuazione al principio della tutela della salute dei cittadini che viene ad essere costituito «*dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi, e delle attività*» per la promozione, mantenimento e recupero della salute dell'intera popolazione³².

L'articolato della Legge 833/78 aveva l'obiettivo di affrontare due ordini di problemi: stabilire principi generali e obiettivi specifici, nonché definire disegni organizzativi per la programmazione, l'organizzazione e il finanziamento del Servizio Sanitario.

La legge assegnava al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) il compito di attuare l'articolo 32 della Costituzione, che stabiliva la tutela della salute come un fondamentale diritto individuale e interesse collettivo. Questa scelta rappresentava una vittoria sull'articolo 38 Cost. che aveva caratterizzato il regime delle mutue per i primi 30 anni della Repubblica.

La legge 833/78 delinea i soggetti istituzionali coinvolti nell'organizzazione/funzionamento del SSN. «Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale»³³. In particolare, sono attribuite allo Stato la direzione della politica sanitaria nazionale, alle Regioni la programmazione e il coordinamento e ai Comuni la gestione delle Unità Sanitarie Locali (USL). L'obiettivo era l'integrazione multilivello su base territoriale con il SSN che assumeva la proprietà pubblica di tutti i servizi e gli enti erogatori di prestazioni sanitarie. Sul piano finanziario, la legge prevedeva il superamento degli

³¹ F. TARONI, opera cit.

³² Che tale legge avesse negli intenti l'attuazione della Costituzione lo si rinviene plasticamente già all'art. 1 «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale...*» ove in sostanza si ripropone l'art. 32 Cost. attribuendone l'attuazione al Servizio Sanitario Nazionale. L. 833/1978

³³ Art. 3, l. 833/1978;

squilibri territoriali e il finanziamento attraverso la fiscalità generale, con l'obiettivo di garantire livelli uniformi di prestazioni su tutto il territorio nazionale. La riforma mirava anche a colmare le sperequazioni del periodo mutualistico, transitando da un sistema contributivo proporzionale a un finanziamento basato sulla fiscalità generale e sulla progressività, da attuarsi negli anni '90. Le risorse erano ripartite annualmente tra le Regioni, con un occhio al riequilibrio tra il nord e il sud del paese³⁴.

Nello specifico lo Stato ha il compito di programmazione nazionale, il finanziamento ed il coordinamento dell'intero sistema. Le regioni dotate di autonomia gestionale e finanziaria, sono titolari di competenze di programmazione e di attuazione. A livello locale, l'organizzazione dei beni e servizi è gestita dalle USL e dal comitato di gestione.

Il SSN per come strutturato *prima facie* ha mostrato numerose problematiche tanto sotto il profilo organizzativo, storico, istituzionale che economico³⁵.

Dal punto di vista storico, la l. 833 del 78 sembra estranea al suo contesto temporale, poiché rappresentava un provvedimento che indicava la conclusione delle politiche sanitarie di espansione dell'accesso. Questo segnava la fine di un lungo processo iniziato nei primi anni del secondo dopoguerra, «piuttosto che l'inizio di un nuovo percorso in un contesto completamente diverso, in cui le politiche internazionali erano dominate dai problemi di controllo dei consumi e dalla "restrizione" dei sistemi di protezione sociale, orientati verso uno Stato minimo»³⁶.

Quanto al contenuto, la replicazione e proliferazione dei centri di autonomia di spesa, insieme alla mancanza, almeno fino agli inizi degli anni Novanta, di strumenti affidabili per calcolare la spesa complessiva e

³⁴ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, Corti Supreme e Salute, 3/2018, p. 553;

³⁵ Si sottolinea un basso livello di efficienza e costi elevati di attuazione. Il fatto che la legge sia stata approvata verso la fine degli anni della cosiddetta solidarietà nazionale e durante un periodo in cui il governo era monocolore, guidato dalla DC e sostenuto da tutti i partiti dell'arco costituzionale, ha avuto un impatto significativo sia sulle sue conseguenze che sul suo contenuto. L'impatto è evidente nel contesto di attuazione della riforma, che si è svolto in una stagione politica molto diversa, segnata dalla rottura dell'accordo tra i principali partiti e dalla responsabilità politica assegnata a un esponente dell'unico partito che non aveva votato a favore della legge n. 833. Cita Corti Supreme e Salute.

³⁶ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, Corti Supreme e Salute, 3/2018, p. 555;

quella per centri di costo, sono le principali critiche tecniche mosse alla legge n. 833^{37 38}.

Le resistenze nei confronti di un sistema universalistico come quello delineato dalla legge n. 833 rappresentano un filo conduttore che permette di esaminare gli ultimi quarant'anni e di comprendere le ragioni di quattro riforme successive intervenute (decreti legislativi n. 502/1992; n. 517/1993; n. 229/1999; decreto-legge 15/2012, convertito nella legge 189/2012)³⁹.

³⁷ N PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un Servizio Sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, Corte Supreme e Salute 566; Ma non solo, persistente confronto/scontro tra gli approcci solidaristico e individualistico nella soddisfazione dei bisogni sociali, un dibattito che non è Stato sopito dalla scelta del 1978. Successivamente a questa decisione, si sono verificati provvedimenti e orientamenti basati su logiche molto diverse in tempi molto brevi. Questi sviluppi inducono a riflettere sull'intreccio e la combinazione delle crescenti esigenze di contenimento della spesa con le carenze degli apparati pubblici in grado di agire in modo realmente autonomo ed efficace, oltre alle influenze dei gruppi di interesse. Questi fattori hanno avuto effetti incrementali e hanno offuscato le ragioni ed intenzioni politiche che hanno motivato una rivalutazione della riforma.

La dottrina ha anche evidenziato le evidenti carenze oggettive nella fase di attuazione della legge 833, in particolare il fallimento della programmazione e la crisi finanziaria del sistema. Il legislatore si è focalizzato su questo aspetto, soprattutto riguardo al sistema di copertura previsto attraverso la contribuzione obbligatoria, che copriva originariamente il 65-70% della spesa nei primi anni Ottanta. Sebbene ci sia un'ampia convergenza nel riconoscere una condizione di crisi del modello di sistema delineato dalla legge 833/1978, le varie interpretazioni differiscono tra chi individua criticità nelle modalità di attuazione e si muove nella direzione di cercare soluzioni agli aspetti problematici per riaffermare la validità sostanziale del modello di base e chi identifica una vera e propria crisi di modello, legittimando l'orientamento verso altri modelli. Sul Punto si veda A. Rovagnati, *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2012, p. 18.

³⁸ Parte della dottrina, difatti si è soffermata sulla distanza tra i due decreti, seppur legati tra loro da legge delega, si rimanda a A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. Balduzzi, Bologna, il Mulino, 2009, p. 263, a proposito dell'intitolazione del suo contributo avverte che, per quanto gli ordinamenti nati nel 1992 e nel 1993 debbano essere unitariamente studiati sotto molti profili, devono essere considerati distinti in ordine al problema fondamentale dell'universalità di fruizione del Servizio.

³⁹ Balduzzi Corti sUpreme

2 LE RIFORME DI INIZI ANNI 90

Le criticità discendenti dalla riforma del '78, unite al mutamento della società, hanno portato al ripensamento della struttura del Servizio Sanitario Nazionale, volendo ampliare le competenze regionali lasciando in capo allo stato il compito di unità e SSN.

Tale mutamento ha inizio con la legge delega n. 23 ottobre 1992, n. 421⁴⁰ ed i successivi decreti legislativi 30 dicembre n. 502/1992 e 517/1993⁴¹. Nell'analizzare tali decreti ed il loro susseguirsi non si può fare a meno di inquadrare il periodo storico di riferimento per meglio comprendere le distonie e divergenze tra i decreti legislativi 502 e 517. Tra le divergenze si riporta, a mero titolo esemplificativo e quale elemento che ha sollevato nutrito dibattito in dottrina, la modifica effettuata nel 1993 dell'art. 9 del d. lgs 502/1992⁴²; discontinuità, che riduce e limita la

⁴⁰ legge di delegazione intitolata Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale alle decisioni di regionalizzazione e aziendalizzazione;

⁴¹ Pate della dottrina, si è soffermata sulla distanza, tanto temporale che di politica legislativa, tra i due decreti, seppur legati tra loro da legge delega, si rimanda a A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. BALDUZZI, Bologna, il Mulino, 2009, p. 263. In merito all'intitolazione del suo contributo avverte che, per quanto gli ordinamenti nati nel 1992 e nel 1993 debbano essere unitariamente studiati sotto molti profili, devono essere considerati distinti in ordine al problema fondamentale dell'universalità di fruizione del Servizio.

⁴² Questa modifica rappresenta un significativo "ripenso" rispetto alle decisioni adottate con il decreto legislativo n. 502 del 1992. L'articolo 9, nella sua versione originale, prevede la possibilità per le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, di introdurre gradualmente e in via sperimentale "forme di assistenza differenziate" per particolari tipologie di prestazioni, e le sperimentazioni gestionali previste dalla legge n. 412 del 30 dicembre 1991, articolo 4, comma 6.

Queste «forme differenziate di assistenza» potrebbero includere il contributo finanziario da parte dell'utente per la fruizione di prestazioni a pagamento o l'affidamento a singoli o gruppi, inclusi le mutue volontarie, della facoltà di negoziare con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale per garantire qualità e costi ottimali. Nel secondo caso, l'adesione dell'assistito comporterebbe la rinuncia alla fruizione diretta e ordinaria delle corrispondenti prestazioni durante il periodo di sperimentazione. Questo avrebbe potuto comportare una sostituzione di tali soggetti al servizio sanitario nazionale nell'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Inizialmente, l'obiettivo dichiarato dal legislatore, come indicato dalla legge n. 421 del 1992, era di «assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta», con l'idea di sviluppare un sistema privatistico parallelo o addirittura concorrente rispetto al Servizio sanitario nazionale, creando così una "seconda gamba" privatistica a partire dal 1° gennaio 1995.

Tuttavia, nel 1993 si verifica una "correzione di rotta" con il decreto legislativo n. 517, che sancisce la possibilità di istituire fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale. Questo rappresenta un cambio di prospettiva da una logica di "sostituzione" a una di "integrazione". Tale transizione è resa possibile dalla delega generica contenuta nella lettera l) dell'articolo 1 della legge n. 421 del 1992, che impegna il legislatore delegato a introdurre norme

distanza tra la riorganizzazione del 1992 e la riforma del 1978. Il gap descritto ha portato parte della dottrina a sostenere che quantunque la riforma del 1992 sia un intervento autonomo e specifico, caratterizzato dalla volontà di riesaminare l'elemento portante della struttura universalistica e unitaria della legge 833/78, le opportunità aperte dal decreto legislativo n. 502 sono state ridimensionate e corrette nel decreto legislativo 517. I due interventi legislativi, allora, sono stati individuati da parte della dottrina come non frutto di un'unica visione ma come due linee di riforma, anche se derivanti da un'unica delega legislativa⁴³.

Le resistenze nei confronti di un sistema universalistico come quello delineato dalla legge n. 833 rappresentano, quindi, il filo conduttore che permette di esaminare gli ultimi quarant'anni e di comprendere le ragioni di quattro riforme successive intervenute (decreti legislativi n. 502/1992; n. 517/1993; n. 229/1999; decreto-legge 15/2012, convertito nella legge 189/2012)⁴⁴.

Nella riforma del 1992 viene data maggiore centralità alle regioni mediante l'introduzione del cd. Principio di programmazione; principio al quale si dà attuazione tramite una diversa distribuzione delle competenze tra i tre livelli e trasformando le Usl da strutture operative dei comuni in Aziende. La responsabilità dell'erogazione delle prestazioni assistenziali viene assegnata alle Regioni, mentre al Ministero è attribuito un ruolo principalmente di programmazione e coordinamento per gli attori del Servizio sanitario nazionale.

per la revisione e il superamento dell'attuale regime delle convenzioni, basate su criteri di integrazione con il servizio pubblico, incentivazione al contenimento dei consumi sanitari, valorizzazione del volontariato e acquisizione delle prestazioni da parte di soggetti singoli o consortili, secondo principi di qualità ed economicità.

Questi fondi integrativi sanitari possono essere autogestiti o affidati in gestione tramite convenzioni con società di mutuo soccorso o imprese assicurative autorizzate. La loro istituzione può avvenire attraverso contratti e accordi collettivi, anche aziendali, oppure, in mancanza, accordi tra lavoratori o regolamenti di enti, aziende, enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute. Sul tema si rimanda a V. ANTONELLI, *I decreti del 1993 tra attuazione della legge n. 421 del 1992 e correzione del decreto legislativo n. 502 del 1992*, Corti Supreme e Salute 3/2018:

⁴³ F. SORRENTINO *Legalità e delegificazione*, in Amministrazione e legalità. *Fonti normative e ordinamenti*, a cura di C. PINELLI, Milano, Giuffrè, 2000, p. 20;

⁴⁴ R. BALDUZZI, *quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, p. 471, Corti Supreme e Salute, 3/2018;

Il Ministero della salute in particolare si occupa: della programmazione sanitaria, della preparazione del piano sanitario nazionale, della definizione degli obiettivi chiave per la prevenzione, la cura e la riabilitazione, dell'indirizzo del Servizio sanitario nazionale e della determinazione dei livelli delle prestazioni da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Inoltre, è responsabile del coordinamento del sistema informativo sanitario, della verifica comparativa dei costi e dei risultati ottenuti dalle regioni e dalle strutture operative del Servizio sanitario nazionale⁴⁵. Al ministero spettano, inoltre, la vigilanza sulla conformità delle specialità medicinali alle norme nazionali e comunitarie, la regolamentazione della materia farmaceutica, nonché la gestione di tematiche quali la sanità pubblica, la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e l'igiene degli alimenti. Infine, il ministero è coinvolto nella ricerca e sperimentazione in ambito sanitario, oltre a occuparsi delle professioni e attività sanitarie⁴⁶.

In merito ai poteri delle regioni, la riforma conferisce maggiore potere, centralità ed autonomia a queste ultime. Le regioni, ai sensi dell'art. 1, comma 14, d.lgs n. 502/1992, hanno il compito di definire gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali, individuare gli ospedali da trasformare in azienda, determinare i criteri di finanziamento, disciplinare i rapporti tra ASL e Aziende ospedaliere nonché di disciplinare il rapporto tra istituzioni sanitarie pubbliche e private. Viene

⁴⁵ Art. 1, c 5 «Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predisporre il piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4...»;

⁴⁶ V. ANTONELLI, *I decreti del 1993 tra attuazione della legge n. 421 del 1992 e correzione del decreto legislativo n. 502 del 1992*, Corti Supreme e Salute 3/2018; Oltre alle competenze ministeriali si va ad agire anche nei confronti delle prevedendo l'adozione del modello dipartimentale, che sarà declinato dal Decreto del Presidente della Repubblica 2 febbraio 1994, n. 19 in quattro dipartimenti – il dipartimento della programmazione; il dipartimento delle professioni sanitarie, delle risorse umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale; il dipartimento della prevenzione e dei farmaci; il dipartimento degli alimenti e nutrizione e della sanità pubblica veterinaria – e in sei servizi – il servizio per l'organizzazione, per il bilancio e per il personale; il servizio per i rapporti internazionali e per le politiche comunitarie; il servizio per la vigilanza sugli enti; il servizio ispettivo ed unità di crisi; il servizio per i rapporti convenzionali con il Servizio sanitario nazionale; il servizio studi e documentazione

demandato alle regioni anche il controllo sul raggiungimento degli standard quali- quantitativi previsti. Elemento di assoluta rivoluzione è l'autonomia finanziaria delle regioni in ambito sanitario.

Nota particolare merita il riassetto del Servizio Sanitario Nazionale mediante l'introduzione del modello organizzativo aziendalistico, un modello che presuppone autonomia gestionale, amministrativa, nell'ambito di un contesto contraddistinto da risorse vincolate e predisposte dalla regione, nell'ambito delle decisioni politico-amministrative e di successivo controllo dei risultati⁴⁷.

Elemento che ha creato maggior dibattito dalla riforma del 92-93 è l'inversione di tendenza inerente i vincoli alle risorse finanziarie ritenute disponibili per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il nodo centrale della differenziazione risiede nel fatto che si vuole sostituire un sistema in cui la prestazione sanitaria è configurata come una funzione pubblica per tutelare un diritto soggettivo, con un sistema in cui un'attività amministrativa a contenuto tecnico fornisce prestazioni e servizi con oneri diversi per le diverse categorie di utenti, basandosi su un fabbisogno finanziario precostituito.

Nell'impianto della legge n. 833, i livelli uniformi delle prestazioni sono stati previsti per rendere universale ed omogenea l'assistenza sanitaria, inizialmente frammentata negli enti mutualistici, ma vengono chiaramente superati dall'urgenza di garantire la compatibilità della spesa sanitaria con le risorse disponibili.

Questi aspetti hanno portato a definire l'intervento del 1992 come una vera e propria "controriforma", in quanto mette complessivamente in discussione e attacca i fondamenti della universalità del sistema. Tuttavia, nel corso del tempo e grazie alle modifiche apportate dal decreto correttivo n. 517/1993 al decreto n. 502/1992, l'universalità riesce a rimanere una costante nel processo evolutivo del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò avviene attraverso un varco aperto dal decreto correttivo, attraverso il quale l'idea della funzione pubblica a sostegno del diritto a una fruizione

⁴⁷ A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali, in Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. BALDUZZI, Bologna, il Mulino, 2009, p. 263;

universale può sopravvivere e successivamente ritornare ad un'affermazione piena nella rilettura razionalizzata della legge n. 833/1978, operata dal decreto legislativo n. 229/99⁴⁸.

In merito alle modifiche relative al profilo organizzativo il sistema di convenzioni viene sostituito dal sistema dell'accreditamento dei privati, con l'introduzione di nuovi criteri di finanziamento e spesa.

⁴⁸ N. AICARDI, *La Sanità*, cit., parla di reagire alle maggiori disfunzioni del modello precedente "in funzione dell'obiettivo precipuo del contenimento della spesa". F. Taroni, *Tempi moderni*, in *Politiche sanitarie*, 2011, n. 2, p. 60.

3 IL DECRETO LEGISLATIVO N. 229/1999

Appare necessario, anche in tale contesto situare la riforma del 1999 all'interno del contesto più ampio della tendenza riformatrice della XIII legislatura (1996-2001). Questo periodo ha generato numerose "grandi riforme", tra cui la legge costituzionale n. 1 del 1997, che istituiva la Commissione bicamerale per le riforme istituzionali, e la legge costituzionale n. 3 del 2001, che modificava il titolo V della Costituzione. Tale contesto riformatore comprendeva anche la legge n. 59 del 1997, che conferiva al governo deleghe per la riforma delle pubbliche amministrazioni, introducendo il principio del "federalismo amministrativo" e trasferendo funzioni a livello locale.

La legge delega n. 419 del 1998, alla base del decreto legislativo n. 229 del 1999, rientra in questo clima riformatore e si focalizza sulla razionalizzazione del servizio sanitario nazionale (S.S.N.).

La cd. Riforma Ter, che prende avvio con la Delega legislativa e poi verrà concretizzata con D.Lgs n. 229/1999 e a tale riguardo è opportuno ricordare, anche in modo sommario, le principali novità introdotte con il decreto legislativo n. 229 del 1999.⁴⁹

Il Decreto Legislativo interviene secondo tre direttrici:

1) l'introduzione di modifiche al d.lgs. n. 502 del 1992 (di cui si avvertiva dunque la necessità di una modifica); 2) l'idea che le predette

⁴⁹ R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2000; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, Giuffrè, 2002; L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, Giappichelli, 2003; L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e di diritto comparato*, Milano, Giuffrè, 2005; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in Diz. dir. pubbl., diretto da S. CASSESE, vol. VI, Milano, Giuffrè, 5399 ss.; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007; Id. (a cura di), *Salute e sanità*, Milano, Giuffrè, 2010; E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011; R. BALDUZZI (a cura di), *La Sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, Il Mulino, 2012; A. PIOGGIA, *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in Riv. trim. dir. pubbl., 2011, p. 127 ss.; R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il Mulino, 2010; M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in Quad. cost., 2012, p. 455 ss.; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012; E. LONGO, *Le relazioni giuridiche nel sistema dei diritti sociali*, Padova, Cedam, 2012; A. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013; G. FARES, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Napoli, Editoriale scientifica, 2012; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2015.

modifiche non potessero limitarsi ad una qualche (più o meno puntuale) “correzione”, ma piuttosto dovessero essere espressione di una “razionalizzazione” del S.s.n.; 3) la redazione di un testo unico sulla materia “organizzazione e funzionamento del S.s.n.”

La delega conferiva al governo il compito di adottare decreti legislativi modificativi e integrativi del decreto legislativo n. 502 del 1992, con l'obiettivo realizzare pienamente i principi del S.S.N., razionalizzandolo e adattarlo alle esigenze del tempo⁵⁰.

La legge delega stabiliva principi e criteri direttivi, tra cui la piena realizzazione del diritto alla salute, la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla programmazione e valutazione dei servizi, e la razionalizzazione delle strutture e attività sanitarie. Inoltre, si prevedeva una ridefinizione del ruolo del Piano sanitario nazionale e l'introduzione di nuovi criteri per l'autorizzazione e la realizzazione di strutture sanitarie.

Il decreto legislativo n. 229/1999, in attuazione della legge delega, ridefinisce la struttura del S.S.N. e interviene sul testo del decreto legislativo n. 502/1992.

Il decreto legislativo n. 229/1999, dichiara esplicitamente di perseguire l'obiettivo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), razionalizzazione attuata mediante l'integrale ristrutturazione del Servizio stesso. Questo processo copre diversi aspetti, partendo dalla revisione dei principi fondamentali del S.S.N. come indicato nell'articolo 1, fino alla regolamentazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. La riforma assegna alle Regioni il compito di assicurare i livelli essenziali di assistenza e specifica le competenze delle USL disciplinate ex art. 3, d. lgs. n. 229/1999. Queste ultime sono delle persone giuridiche di diritto pubblico ed aventi autonomia imprenditoriale, il cui funzionamento e organizzazione sono «*disciplinate da atto aziendale di diritto privato*», che “*individua le strutture operative*

⁵⁰ Basti pensare che la legge delega n. 419 del 1998 (“Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo numero 502 del 1992”) che è alla base del d.lgs. n. 229 del 1999;

dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica»⁵¹. La normativa affronta la disciplina della dirigenza, del distretto e del dipartimento di prevenzione. Inoltre, si occupa della normativa riguardante i medici di medicina generale, sottolineando il principio di integrazione sociosanitaria nell'articolo 3-septies d. lgs 502/1992, ricomprendendo tra tali attività quelle «atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione». L'ambito delle professioni sociosanitarie è disciplinato dall'articolo 3-octies, mentre la normativa riguardante l'autorizzazione e l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie è trattata, insieme all'accreditamento istituzionale e agli accordi contrattuali, in un'apposita sezione. Infine, la disciplina relativa alla ricerca e alla formazione è estesa per includere nuove forme di partecipazione degli utenti, completando così la ristrutturazione complessiva delineata dal decreto legislativo.

Come affermato in precedenza, la riforma del '99 mirava *in primis* a novellare e modificare la riforma del '92. La formulazione dell'art. 1 del d.lgs n 502/92 a seguito della riforma del D.lgs. n. 229 del 1999 ricollega tale articolo all'art. 32 Cost. asserendo che «*La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto*». Il secondo comma delinea i principi da seguire e perseguire,

⁵¹ Art. 1 c. 4, Id.lgs 229/1999: «Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione.»

dalla «*dignità umana*» alla «*economicità dell'impiego delle risorse*». La vera e propria rivoluzione rispetto l'assetto del '92 si ha, però nel terzo comma ove si afferma, in merito ai livelli essenziali di assistenza, che «*è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale*» e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria e specificandosi che le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal S.s.n. «*a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente*»⁵².

Vengono introdotti, inoltre, nuovi principi fondamentali, regolamentati vari aspetti, dalla dirigenza al distretto, dalla formazione alla ricerca, ampliando le forme di partecipazione degli utenti.

Nel rimodellare l'art. 1 del decreto legislativo n. 502/1992, il decreto legislativo n. 229/1999 conferisce maggiore ampiezza alla tutela della salute come diritto fondamentale, collegandola esplicitamente all'art. 32 della Costituzione. Si accentua l'importanza del Piano sanitario nazionale nel definire gli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione e i livelli essenziali di assistenza.

Il decreto legislativo n. 229/1999 si concentra sui temi centrali dell'assicurare il diritto alla salute rispettando la dignità e la libertà individuali, stabilendo rapporti chiari tra Stato e Regioni e definendo i principi guida per la programmazione del S.S.N. e l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza. La normativa pone particolare attenzione alla coerenza finanziaria e alla partecipazione gratuita o con contribuzione alle spese da parte dei cittadini per le prestazioni sanitarie.

In sintesi, la riforma del 1999 si inserisce in un contesto di ampio respiro riformatore e mira a razionalizzare il S.S.N. introducendo principi e criteri che influenzeranno significativamente la struttura e il funzionamento del Servizio Sanitario nazionale.

⁵² Sul tema si rimanda alla lettura di F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in Corti supreme e Salute, 3/2018, p. 576 ss;

4 LA RIFORMA DEL 2001 DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE

La riformulazione dell'articolo 117 Cost., con il nuovo riparto di competenze Stato-Regioni ha comportato una naturale incidenza anche nell'ambito del diritto alla salute. In precedenza, la competenza legislativa regionale era limitata alla «assistenza sanitaria ed ospedaliera». Con la modifica dell'art. 117, c 3 Cost. le competenze regionali vengono aumentate laddove viene attribuito alle stesse il compito della «tutela della salute»⁵³.

La citata riforma consolida e costituzionalizza la «riunificazione dell'intera materia sanitaria che la legislazione ordinaria aveva già anticipato... consentendo alle regioni di regolare tutti gli aspetti che direttamente o indirettamente, mirano alla tutela della salute».⁵⁴ Il legislatore, con la riforma, ha espresso il suo *favor* nei confronti dell'impostazione data con le riforme degli anni '90 al SSN; un sistema composto da più servizi sanitari regionali con distinti centri di produzione normativa⁵⁵. La riforma, inoltre, non marginalizza il ruolo del legislatore statale. La tutela della salute, difatti, è materia concorrente ove spetta allo Stato la determinazione dei principi ed alle singole Regioni la produzione

⁵³ C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in Corti Supreme e Salute, fasc. 3/2018, p. 659;

⁵⁴ D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali*, in *I Modelli di welfare sanitario, tra qualità e sostenibilità*, a cura di C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI iEditoriale Scientifica, 2018 p 203. Si legga anche R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in Quaderni regionali 2002, p. 67

⁵⁵ *Con il riparto di competenze rivisto a seguito della riforma del titolo V si è posto un freno alla prassi precedentemente in voga che vedeva il legislatore statale come produttore di normative si dettaglio anche in casi di normativa concorrente. A seguito della riforma questa tendenza statale è stata immediatamente frenata dalla Corte Costituzionale la quale ha affermato: «l'intento di una più netta distinzione fra la competenza regionale a legiferare in queste materie e la competenza statale, limita alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina» (Corte Costituzionale sent. 282/2002. Oltre a ciò, si aggiunga che l'art. 117, c 6 Cost. non permette allo Stato di emanare provvedimenti sub legislativi in materie concorrenti Stato regioni, «La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite».*

di norme di dettaglio⁵⁶. Allo Stato è anche conferito il compito di garantire uniformità dei livelli essenziali di prestazione tra le regioni⁵⁷; garanzia di uniformità che porta con sé il potere sostitutivo ex art 120, c 2 Cost. là dove i livelli essenziali non siano garantiti⁵⁸.

L'impostazione data in Costituzione si rivede plasticamente nel Piano Sanitario Nazionale del 2003-2005, ove si afferma che il ruolo dello Stato nel settore della sanità evolve da un ruolo predominante come organizzatore e gestore di servizi a quello di garante dell'equità su tutto il territorio nazionale. Le responsabilità del Ministero della salute includono garantire l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza, identificando e affrontando le disuguaglianze, collaborando con le Regioni per valutare e migliorare le realtà sanitarie, e affrontando le minacce alla salute pubblica.

L'articolo 117, secondo comma, lettera e), riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la materia della perequazione, legata alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale. Per garantire il diritto alla salute e altri diritti, l'articolo 120, comma 2, prevede poteri sostitutivi nel rispetto del principio di sussidiarietà e di leale collaborazione.

Un altro aspetto di rilievo è l'articolo 117, secondo comma, lettera r), che riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la materia del

⁵⁶ Lo Stato, come noto, è co-legislatore in numerose altre materie che inevitabilmente si intrecciano con il diritto alla salute e che comportano non poche problematiche nello stabilire confini tra competenze statali e regionali.

⁵⁷ Lo Stato deve stabilire le quantità, qualità e tipologia di prestazioni cui tutti gli utenti hanno diritto sul territorio nazionale e devono essere inserite «almeno nelle loro linee generali» e tali da fare «adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie» C. Cost. sent. n. 88/2003.

⁵⁸ Si consideri inoltre che la materia «tutela della salute» ex art 117, c 3 Cost ed il diritto alla salute non sono materie esattamente coincidente, ma entrano in gioco altre materie previste all'art 117 c 2, 3 e 4 Cost di competenza Statale (le cd. Competenze trasversali dello Stato). La competenza statale risulta pervasiva, inoltre anche in considerazione della «determinazione dei livelli essenziali di prestazioni». Ciò ha portato la Corte Cost. sent. n. 271/2008 ad affermare che «rispetto alla competenza legislativa concorrente in tema di diritto alla salute può essere relativamente mobile e dipendere concretamente dalle scelte legislative operate». Lo Stato ha un «fondamentale strumento per garantire il mantenimento di un'adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti» e può comprimere fortemente l'autonomia regionale (C. Cost. 88/2003). Per evitare un abuso del fenomeno appena illustrato dei temperamenti alla legislazione statale che vengono individuati nella necessità di una regolazione statale di rango legislativo, almeno di principio e nella previsione di adeguate forme di coinvolgimento degli enti regionali.

coordinamento informativo e statistico, garantendo la coesione e l'unitarietà del sistema. Questo è particolarmente significativo nel contesto federale e di integrazione europea, dove la conoscenza unitaria dei flussi finanziari è essenziale per lo sviluppo equilibrato della collettività.

La riforma del 2001 del titolo V ha ulteriormente sviluppato il controllo della Corte dei conti in una "seconda fase parallela". L'articolo 7 della legge n. 131 del 2003 assegna alla Corte dei conti il compito di verificare il rispetto degli equilibri di bilancio da parte degli enti locali e regionali, in linea con il Patto di stabilità e gli obblighi dell'Unione Europea⁵⁹.

Le sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, in base alla stessa legge, verificano il perseguimento degli obiettivi delle leggi statali o regionali e la gestione finanziaria degli enti locali, promuovendo modelli efficienti di azione amministrativa. La riforma sottolinea la funzione «collaborativa» del controllo gestionale verso gli enti di autonomia territoriale, con l'obiettivo di rimuovere disfunzioni e promuovere una gestione finanziaria sana ed efficiente.

In sintesi, questa fase evidenzia l'importanza del coordinamento tra controlli esterni ed interni per garantire equilibri finanziari, efficienza gestionale e conformità alle normative, rafforzando il ruolo della Corte dei conti come garante di tali equilibri⁶⁰.

Tra gli elementi di riforma del Titolo V che hanno inciso in ambito sanitario si deve tenere in considerazione anche il novellato art. 119 della Costituzione, avente l'obiettivo di potenziare il federalismo fiscale. L'articolo 119 ha conferito maggiore autonomia finanziaria a livello regionale, comunale, provinciale e delle città metropolitane, sia in termini di entrate che di spese. Si è enfatizzato il concetto di risorse autonome degli enti, superando così le limitazioni tradizionalmente imposte dalle fonti superiori e riducendo la restrizione sull'autonomia tributaria delle Regioni.

⁵⁹ C. CHIAPPINELLI, *Riforme istituzionali, del Servizio Sanitario e dei controlli: esiste un fil rouge?* In Corti Supreme e Salute, 3/2018, p 619;

⁶⁰ Ibidem

La delega sul federalismo fiscale, 42/2009, basata sull'art. 117 comma 2, lett. m) della Costituzione, stabilisce che il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali deve provenire dai tributi propri delle regioni, oltre alle quote di partecipazione all'IVA. È specificato, inoltre, che il finanziamento si baserà su un costo standard determinato secondo i criteri definiti nei decreti di attuazione.

La gestione finanziaria delle risorse economiche nel settore sanitario è stata influenzata anche dalla crisi economica dell'ultimo decennio, che ha richiesto il contenimento delle spese e la creazione di un sistema per ridurre gli sprechi. Ciò ha comportato una riduzione dell'autonomia di gestione delle Regioni, sebbene la normativa abbia preservato l'attenzione per la salvaguardia dei Livelli essenziali delle Prestazioni, come indicato nell'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione.

Inoltre, l'art. 117, secondo comma, lett. e) Cost. «riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la materia della perequazione, strettamente correlata a quella della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. m). Per questi ultimi – tra cui va sicuramente annoverati il diritto alla salute – l'art. 120, comma 2, primo periodo, Cost. prevede poteri sostitutivi da esercitare nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione»⁶¹. L'art. 120, comma 2, primo periodo, della Costituzione prevede poteri sostitutivi per la tutela della salute, da esercitare nel rispetto del principio di sussidiarietà e di leale collaborazione⁶².

Il quadro normativo costituzionale evidenzia una forma collaborativa di gestione sanitaria tra i vari livelli governativi, particolarmente tra il governo centrale e le Regioni nel settore sanitario. Questo approccio ha avuto come ratio il superamento delle disfunzioni del sistema preesistente, privilegiando modelli più efficienti di gestione amministrativa, con un servizio più localizzato per i cittadini. L'art. 117,

⁶¹ C. CHIAPPINELLI, *op cit* p 620

⁶² G. CARPANI – D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di "tutela della salute"*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. BALDUZZI, Il Mulino Bologna, 2013 p. 89;

pur delineando le coordinate di gestione tra Stato e Regioni in ambito sanitario, suggerisce una forma evidente di governance multilivello, conferendo alle Regioni un ruolo centrale, potenziandone l'autonomia e il ruolo sistemico. Ciò comporta un aumento sia quantitativo che qualitativo delle funzioni normative e amministrative delle Regioni, ristrutturando i rapporti tra Stato, Regioni ed enti locali nel settore sanitario e promuovendo uno sviluppo del regionalismo⁶³.

⁶³ G. CARPANI, *I principi fondamentali della tutela della salute nelle indicazioni del Giudice delle leggi*, in Quaderni Formez, *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Roma, 2005 p. 51;

5 LE RIFORME DEL 2012

L'anno 2012, dato anche il delicato periodo storico,⁶⁴ è stato un anno pieno di interventi legislativi in ambito sanitario, per lo più caratterizzati da razionalizzazione della materia rispondendo ai criteri di *spending review* necessari⁶⁵.

I due decreti-legge di maggiore incidenza ed interesse nell'ambito *de quo* sono stati, *in primis*, il d. l. n. 95/2012, poco precedente e comunemente chiamato "decreto sulla *spending review*", convertito con modifiche in legge n. 135/2012; e il d. l. n. 158/2012, successivamente convertito in legge n. 189/2012 con modifiche, noto come "riforma Balduzzi", e intitolato «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute», che rappresenta il provvedimento più intricato e ambizioso. L'art. 15, del d. lgs n. 95 del 2012, introduce una disciplina specifica nell'ambito sanitario, che ha come obiettivo la riduzione della spesa sanitaria. Inoltre, rimangono sullo sfondo altri interventi normativi dello stesso anno che influiscono sul settore sanitario⁶⁶.

⁶⁴ un contesto particolarmente difficile, di piena crisi economica per l'Europa e con l'Italia sull'orlo del fallimento, nel quale l'indirizzo complessivo della politica normativa risultava proteso verso l'obiettivo di un significativo contenimento della spesa pubblica, in modo da mettere in sicurezza i bilanci e la tenuta del sistema.

⁶⁵ «Il criterio-guida dei decreti del 2012, dunque, può essere individuato nel tentativo di operare una razionalizzazione del SSN, senz'altro sollecitata dalla necessità di determinare risparmi nella spesa ma, allo stesso tempo, proiettata verso soluzioni non contingenti, destinate a consolidarsi nel successivo sviluppo ordinamentale. Anziché battere la strada degli interventi-tampone, il legislatore ha preferito collocarsi all'interno di una logica strutturale: in questo senso, non è fuor di luogo riferirsi alla legislazione del 2012 nei termini di una "riforma" dai tratti significativi del precedente assetto del SSN», D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria, Corti supreme e salute*, 3/2018, p. 597

⁶⁶ A titolo esemplificativo, si menzionano il d.lgs. n. 106/2012, adottato per attuare la delega contenuta nella legge n. 183/2010 riguardante la riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, e il d.l. n. 179/2012, convertito con modifiche in legge n. 221/2012, che tratta della sanità digitale. A questi vanno aggiunti altri interventi legislativi, uniti dal *file rouge* della *spending review*, non meno incidenti, come il decreto-legge numero 158/2012 e, per quanto riguarda il nostro interesse, il decreto-legge numero 95/2012, fanno parte di una serie di decreti che potremmo definire "gemelli", accomunati dalla comune finalità di generare risparmi. Questa serie vede il cosiddetto decreto salva Italia (il decreto-legge numero 201/2011, convertito nella legge numero 214/2011) come capofamiglia e include, tra gli altri, il decreto-legge numero 174/2012 (convertito nella legge numero 213/2012, concernente finanza e funzionamento di Regioni ed enti locali) e il decreto-legge numero 188/2012 (riguardante la riduzione delle province e non convertito in legge entro il termine di decadenza). È importante notare che nel corso del 2012 è avvenuta anche la revisione dell'articolo 81 della Costituzione (legge costituzionale numero 1/2012), introducendo nella Carta, tra le altre cose, il principio di equilibrio di bilancio.

Il decreto Balduzzi si pone come la prima riforma sistemica del Servizio Sanitario Nazionale successiva alla modifica del Titolo V del 2001⁶⁷; una riforma che si è raffrontata sia con il nuovo assetto delle competenze legislative dello Stato e delle Regioni in materia di “tutela della salute” che con i temi del finanziamento della sanità⁶⁸, secondo il modello del c.d. federalismo fiscale.

Tra gli argomenti trattati dalla riforma vi sono: cure primarie e assistenza territoriale; libera professione intramuraria; responsabilità giuridica del personale sanitario; dirigenza sanitaria e governo clinico; garanzia dei livelli essenziali di assistenza per le persone affette da malattie croniche e rare nonché da ludopatia; norme tecniche per le strutture ospedaliere e per promuovere, corretti stili di vita; sicurezza alimentare ed emergenze veterinarie; farmaci e servizio farmaceutico; sperimentazione clinica dei medicinali; razionalizzazione di alcuni enti sanitari; trasferimento alle regioni delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante.

Tale riforma appare rispecchiare «una visione di fondo della sanità che privilegia il punto di vista della relazione di cura e dell’attenzione ai bisogni di salute come cifra per interpretare i processi di innovazione e le esigenze di riforma del servizio sanitario»⁶⁹

Tra le modifiche della riforma Balduzzi, necessita sottolineare la riorganizzazione legata delle cure primarie. Tale riorganizzazione mira, da un lato, a garantire la continuità dei servizi legati alle cure primarie, soddisfacendo i bisogni di salute a livello territoriale, e, dall’altro, ad

⁶⁷ D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria, Corti supreme e salute*, 3/2018. In senso non conforme «Il cd. “decreto Balduzzi” (d.l. 13.9.2012 n. 158, conv. in l. 8.11.2012 n. 189), pur non ripromettendosi di operare una vera e propria riforma organica del Servizio sanitario nazionale, ha introdotto innovazioni significative nell’architettura del sistema volte ad accrescere l’efficienza delle sue funzioni fondamentali», G. FARES, *il libro dell’Anno 2012*, Treccani, 2012, [https://www.treccani.it/enciclopedia/le-novita-del-d-m-salute-18-novembre-2012_\(Il-Libro-dell'anno-del-Diritto\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/le-novita-del-d-m-salute-18-novembre-2012_(Il-Libro-dell'anno-del-Diritto)/);

⁶⁸ La riforma «ha determinato una cospicua riduzione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, si ispira ad una diversa metodologia: rinunciare all’imposizione di ulteriori risparmi ed operare un sollecito riassetto dei fondamentali elementi organizzativi del SSN che tenga conto sia dei tagli già imposti, soprattutto all’offerta ospedaliera, sia della necessità di una adeguata riqualificazione della rete di assistenza sanitaria e farmaceutica» G. FARES, *il libro dell’anno*, op cit.

⁶⁹ D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, op cit., p. 599 ss

alleggerire le attività degli ospedali. Questo si ottiene valorizzando processi e modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni che mirano all'efficienza delle funzioni, ma nel contesto già menzionato di contenimento della spesa sanitaria.

La necessità di addivenire a tale modifica deriva dalla forte visione «nosocomiocentrica» cui ha contribuito in modo significativo la legge di riforma ospedaliera n. 132 del 1968 (cd. “legge Mariotti”). Tendenzialmente, i nosocomi erano piccole strutture, che «continuano a far fronte alla generica domanda di assistenza, non solo di tipo sanitario, delle fasce più deboli della popolazione, con costi esorbitanti ed inappropriati, rendendo difficoltosa la tracciabilità dei processi produttivi e dei flussi di risorse finanziarie necessarie, elemento cruciale per una efficace politica di programmazione»⁷⁰.

Il riordino delle cure primarie, in questa prospettiva, si propone di implementare un modello di rete integrata di servizi sanitari e sociali. Questo modello si basa su criteri organizzativi di collaborazione tra ospedale e territorio, di continuità assistenziale e di scelta appropriata del luogo di cura, «con l'intento di spostare sul territorio l'assistenza socio-sanitaria, lasciando al polo ospedaliero la gestione delle acuzie»⁷¹.

In particolare, il decreto Balduzzi introduce due nuove forme organizzative della medicina generale all'interno dell'organizzazione distrettuale del servizio. Queste forme sono le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), reti "mono-professionali" di medici di medicina generale che condividono obiettivi, percorsi assistenziali e strumenti di valutazione della qualità assistenziale, e le unità complesse di cure primarie (UCCP), di carattere multi-professionale⁷².

L'organizzazione impostata mira a garantire assistenza primaria mediante personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, dai

⁷⁰ G. FARES, *Il Libro dell'anno*, op cit

⁷¹ D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, op. cit;

⁷² Le UCCP sono reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, operanti in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere, che forniscono prestazioni assistenziali attraverso la coordinazione e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, tenendo conto delle peculiarità delle diverse aree territoriali.

medici di medicina generale ai pediatri, assegnando il compito alle Regioni di garantire tale copertura mediante reti poliambulatoriali⁷³.

Il Decreto Balduzzi, inoltre, si occupa anche di ridefinire l'assegnazione degli incarichi dirigenziali in sanità ⁷⁴(con particolare riguardo ai direttori generali, ai direttori di struttura complessa e ai responsabili di struttura semplice)⁷⁵. I precedenti metodi e sistemi di *spoils system* avevano portato a disfunzioni del sistema, fatto noto al legislatore, che nella relazione di accompagnamento del cd decreto Balduzzi così si esprime: «le ragioni dell'intervento di riforma [si fondano] nella necessità di porre rimedio alle inefficienze organizzative indotte, in diverse realtà sanitarie regionali, da fenomeni di eccessiva politicizzazione delle nomine». Il rimedio introdotto si fonda su una minore autonomia di scelta da parte delle regioni introducendo «misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei curricula, nonché di trasparenza nella valutazione degli aspiranti alla dirigenza sanitaria».

La riforma si concentra soprattutto sulla selezione del direttore generale, il direttore di struttura complessa e il responsabile di struttura semplice. In merito alla nomina del direttore generale, l'articolo 4 del decreto legislativo n. 158/2012 ha modificato gli articoli 3 e 3 bis del decreto legislativo n. 502/1992. Questa modifica stabilisce che il direttore generale debba essere individuato da un elenco regionale (aggiornato ogni due anni), tramite un avviso pubblico e una selezione basata su criteri e modalità definiti dalla Regione. La commissione valutatrice è composta da esperti indicati da istituzioni scientifiche indipendenti, con un membro di essi nominato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Oltre ai requisiti individuati dal "decreto Balduzzi" (laurea ed esperienza

⁷³ Necessita sottolineare che il medico di medicina generale, invero, continua a configurarsi come un lavoratore autonomo o parasubordinato, in ogni caso non dipendente dal SSN. I poliambulatori, dotati di strumenti di base ed in collegamento con le strutture ospedaliere, avrebbero dovuto garantire, nell'ottica della novella, copertura tutti i giorni della settimana, per tutto l'arco della giornata.

⁷⁴ La Modifica, in particolare, ha riguardato gli artt. 3, comma 1 quater; l'art. 3 bis, commi 3 e 5; l'art. 7 quater, commi 1, 4 e 5; l'art. 15, commi 5 e 7, e con inserimento dei commi 7 bis, 7 ter, 7 quater e 7 quinquies; l'art. 15 ter; l'art. 15 *septies* e, infine, l'art. 17 del D.lgs. 92/1992;

⁷⁵ Si specifica anche la penetrante ridefinizione del Collegio di direzione, che diventa organo dell'Azienda sanitaria con rilevanti compiti di partecipazione al governo clinico;

quinquennale di direzione nel campo delle strutture sanitarie) le Regioni hanno la facoltà di aggiungerne altri⁷⁶.

Come noto, il procedimento di nomina dei direttori generali ha subito ulteriori modifiche successivamente, introdotte dal decreto legislativo n. 171/2016 e dal decreto legislativo n. 126/2017 (quest'ultimo correttivo e integrativo del primo), ambo due emanati in attuazione della delega contenuta nella legge n. 124/2015, nota come riforma Madia⁷⁷.

Per quanto riguarda la selezione del direttore di struttura complessa, l'articolo 4 del decreto legislativo n. 158/2012, modificando l'articolo 15, comma 7 bis, del decreto legislativo n. 502/1992, stabilisce dei parametri sotto forma di principi. Questi principi devono essere attuati dai legislatori regionali, ma per la loro specificità possono essere considerati auto applicativi.

Tali principi mirano a conseguire l'obiettivo della gestione imparziale, riducendo in modo significativo, sebbene non totalmente, la discrezionalità nella scelta dei collaboratori sanitari e imponendo obblighi procedurali. Il meccanismo prevede innanzitutto la selezione di una terna di candidati idonei per il ruolo, attraverso un avviso pubblico, da una commissione composta dal direttore sanitario e da tre direttori di struttura complessa nella stessa disciplina dell'incarico da conferire. Questi direttori sono individuati casualmente da un elenco nazionale.

⁷⁶ P. LAMBERTUCCI, *Dirigenza sanitaria, responsabilità dirigenziale, responsabilità dirigenziale e gestione delle risorse umane: brevi appunti*, in Lav. Pubbl. Amm., 2006, p. 825; i veda inoltre, N. NIGLIO, *La procedura di nomina dei direttori generali presso le ASL alla luce delle novità introdotte dalla legge n. 189 dell'8 novembre 2012*, in www.lexitalia.it, 11/2012; E.N. FRAGALE, *La dirigenza delle aziende sanitarie dopo la c.d. riforma Balduzzi*, in Ist. del fed., 2013, pp. 551 ss. (soprattutto con riguardo alla riforma della individuazione del dirigente di struttura complessa); N. GASPARRO, *Riforma Balduzzi: largo alla meritocrazia e alla ripubblicizzazione*, in Il diritto dei lavori, 2013, pp. 75 ss.; G. FARES, *Le novità del D.M. Salute 18 novembre 2012*, Il libro dell'anno 2014; M. MOSCOLONI, *La disciplina del conferimento degli incarichi dirigenziali nelle aziende sanitarie e il riparto di giurisdizione*, in www.giustiziaamministrativa.it, 2017.

⁷⁷ Attualmente l'elenco degli idonei alla nomina ha carattere nazionale ed è istituito presso il Ministero della salute, che lo pubblica e lo rinnova ogni due anni. La Commissione incaricata della selezione dei candidati da inserire nell'elenco è anch'essa di carattere nazionale, e i criteri per la valutazione dei candidati sono stabiliti dal decreto legislativo n. 26/2017. La necessità di tale riforma è dovuta alla sostanziale mancata applicazione del precedente sistema da parte delle regioni. «Nella gran parte dei casi non hanno inteso la procedura come effettivamente selettiva, e non hanno previsto, salvo rare eccezioni, alcun criterio o modalità di selezione ai fini di iscrizione nell'elenco di coloro che possedevano i requisiti richiesti», A. PIOGGIA, *Le nomine dei vertici della sanità*, in Giornale di diritto amministrativo, 2016, p. 737.

Successivamente, spetta al direttore generale nominare il candidato con il punteggio più alto all'interno della terna. Tuttavia, il direttore generale ha la facoltà di nominare eventualmente un candidato diverso da quello con il punteggio più alto, ma in tal caso deve fornire una motivazione dettagliata⁷⁸.

Per quanto riguarda la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria, essa è effettuata dal direttore generale in accordo con il rettore, previa consultazione del dipartimento universitario competente o, se costituita, della struttura di raccordo interdipartimentale competente. La valutazione si basa sul curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare. Tutti gli atti del procedimento devono essere resi pubblici attraverso il sito internet dell'azienda.

⁷⁸ D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, op. cit, p. 610 ss.;

6 IL DECRETO MINISTERIALE 70 DEL 2015

Il Decreto del Ministro della Salute n. 70 del 2015 reca il titolo Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera.

Il documento si muove in attuazione della legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c). Rappresenta un documento di pianificazione sanitaria che alle quali le Regioni e le strutture sanitarie devono conformarsi entro il 2016.

Il decreto ministeriale è un regolamento che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. L'obiettivo è garantire livelli qualitativi adeguati e sicuri nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, con una significativa riduzione dei costi, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). «Occorre tener conto del fatto che il vigente testo del DM 70/2015 è Stato predisposto quando ormai si era chiarito (vedi sentenze della Corte Cost.) che gli standard sono integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA esistenti nel settore sanitario e che tali integrazioni sono state formulate in riferimento ad una definizione dei LEA che era necessariamente quella del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, la quale per l'assistenza ospedaliera poggiava su liste negative piuttosto che su una definizione in positivo»⁷⁹.

L'adozione di questo decreto segna l'avvio della fase attuativa del processo di ristrutturazione e qualificazione della rete assistenziale ospedaliera, seguendo una linea programmatica del Servizio Sanitario Nazionale già delineata negli anni precedenti (in particolare con il cd decreto Balduzzi). Questa ristrutturazione mira a rispondere alle nuove esigenze create dai cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali avvenuti negli ultimi decenni.

Il decreto stabilisce parametri come il numero massimo di posti letto per mille abitanti a livello nazionale, la riduzione del tasso di ospedalizzazione, l'occupazione dei posti letto e la durata media di

⁷⁹ PALUMBO, *Dopo gli standard ospedalieri e sanitario*, Corti Supreme e Salute 2/2023, p. 281ss;

degenza⁸⁰. Classifica, inoltre, i presidi ospedalieri in base al bacino di utenza, alla presenza di specialità specifiche e al ruolo nella rete di emergenza-urgenza, suddividendoli in presidi ospedalieri di base, di I livello e di II livello⁸¹.

Il testo evidenzia anche l'importanza di costruire un sistema che integri la rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali per affrontare efficacemente le sfide attuali e promuove l'adozione di un modello di “ospedale di comunità” per garantire una continuità tra la rete ospedaliera e quella territoriale, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza sanitaria in tutto il paese.

Le direttrici sono: aumentare la qualità dell'assistenza; incrementare la sicurezza delle cure; perseguire l'uso appropriato delle risorse; finalizzare le attività dell'ospedale al trattamento di patologie ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale e alla gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso; prevedere che l'integrazione tra l'ospedale e i servizi sanitari territoriali sia specificamente disciplinata dalla Regione⁸².

Seguendo l'impianto della l. n. 135 del 2012, il DM 70/2015 fissa i bacini di utenza delle varie specialità; prevede, per l'accreditamento degli ospedali/strutture polispecialistiche di ricovero ospedaliero, soglie

⁸⁰ Art. 1 DM 70/2015;

⁸¹ Artt. 2.3 e 2.4 dell'All. 1 al DM 70/2015;

⁸² Il limite massimo dei posti letto ospedalieri per pazienti acuti, considerando sia le strutture pubbliche che gli enti privati accreditati, è stabilito in conformità ai criteri indicati dall'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modifiche, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Questo articolo dispone anche che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, stabiliti tramite un regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono adottare, entro il 31 dicembre 2012, misure per ridurre lo standard dei posti letto ospedalieri accreditati e effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i suddetti parametri. Il limite massimo è di 3 posti letto per mille abitanti a livello nazionale, con un adeguamento per regione basato su un tasso di ospedalizzazione previsto di 160 per mille abitanti, un indice di occupazione dei posti letto compreso tra l'80% e il 90%, e una durata media di degenza inferiore a 7 giorni. Le strutture ospedaliere sono classificate in tre tipologie, identificate in base al bacino di utenza, alla presenza di specifiche specialità e al ruolo nella rete di emergenza-urgenza: Presidi ospedalieri di base; Presidi ospedalieri di I livello; Presidi ospedalieri di II livello. Sul tema si rimanda alla lettura di F. PALUMBO, *Dopo gli standard ospedalieri e sanitario* Corti supreme e Salute, 3/2022.

minime di posti letto per acuti; per alcune procedure indica soglie minime di volume di attività e soglie di rischio di esito.

L'integrazione tra fra ospedale e territorio segue anche una riforma dei modelli di attività utilizzati per la cura delle patologie. In particolare, viene attivata una rete per patologie prevedendo il modello *hub & spoke* con prioritaria attenzione alle reti tempo-dipendenti⁸³.

Il tema che andava prioritariamente affrontato, cioè rendere strutturale la capacità di risposta nei nuovi scenari epidemiologici e assistenziali, trova ricaduta nell'integrazione Ospedale- Territorio.

⁸³ Il modello Hub & Spoke (letteralmente “mozzo e raggi”) è un modello organizzativo, applicato in ambito sanitario per cui si rivedono dei centri altamente specializzati, Hub, centralizzati, ove vengono affrontate determinate malattie che necessitano di alta specializzazione e di attrezzatura avanzata e centri periferici, spoke, per il resto delle esigenze della popolazioni.

7 IL DECRETO MINISTERIALE 77/22

Alla base del DM n. 77 del 2022, figlio del PNRR, si pone un ripensamento della medicina territoriale, affinché si possa coniugare l'esigenza di uniforme tutela del diritto alla salute in tutto il territorio della Repubblica con la garanzia di uno spazio per le autonomie (Regioni)⁸⁴.

Il Decreto Ministeriale mira a ridefinire il sistema precedente rendendolo maggiormente efficiente ed efficace ai fini della tutela del diritto alla salute, e contemperando la nuova disciplina con l'autonomia regionali. Pertanto, focus della novella è garantire una medicina di prossimità territoriale lasciando a Regioni ed Enti Locali un margine di scelta così da poter rispettare le peculiarità dei rispettivi territori. Il modello di assistenza territoriale delineato dal regolamento (munito di standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale) appare avere una precipua attenzione al sistema di prevenzione in ambito sanitario, seguente il filone tanto dottrinale che giurisprudenziale che vede la tutela della salute come bene da preservare⁸⁵.

Peculiarità del DM 77/2022 consta nella collocazione della nuova disciplina all'interno del quadro normativo già esistente. Il decreto ministeriale, difatti, non ha il rango normativo per poter abrogare alcun testo e quindi eventuali abrogazioni implicite sono da ritenersi operanti solo nei confronti di testi normativi di secondo grado⁸⁶.

L'art. 1, secondo comma, del d.m. n. 77/2022 assegna alle Regioni il compito di adottare, passaggio avvenuto, il «provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale» e sottolinea che l'Agenas ha

⁸⁴ L'Art. 1 All. 1 DM 77/2022 ha come scopo il «potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso e omogeneo sul territorio nazionale. Il PNRR nell'ambito della cd Missione 6 Salute ha la finalità di finanziare gli Stati così da superare le problematiche economiche discendenti dalla pandemia.

⁸⁵ Si veda BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, Corti Supreme e Salute 2/2022, p 462 ss;

⁸⁶ È opportuno ricordare che gran parte della disciplina vigente è posta in fonti di grado primario (statale e regionale). L'attenzione al principio di legalità si dimostra dunque non come formalistico adempimento, ma come doveroso fondamento legislativo che assicura, da un lato, una tutela delle garanzie e, dall'altro lato, una "certezza dei rapporti", altrimenti facilmente demolibili in via giurisprudenziale.

l'onere di monitorare semestralmente lo Stato di implementazione in ogni Regione degli standard introdotti dalla nuova disciplina⁸⁷. La disciplina introdotta appare scarna su alcuni punti sensibili, come ad esempio non si prevede alcuna procedimentalizzazione (o interlocuzione) fra Agenas e Regioni.

Ulteriore inciso necessita che venga fatto in merito alle differenze tra le singole regioni. Alcune Regioni sono – più o meno – avviate nella costruzione di una rete di assistenza territoriale, altre, al contrario, accusano ritardi significativi; in tale contesto si inferiscono anche le Regioni in piano di rientro o commissariate, le quali fisiologicamente, appaiono in maggiore difficoltà.

L'allegato n. 1 del decreto delinea il modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. La relativa disciplina è fondata sull'integrazione fra ambito sanitario, ambito sociosanitario e ambito sociale; questa integrazione – che è una proiezione di quella anticipazione della tutela della salute propria della dimensione della prevenzione – è anche strumento di programmazione e di attuazione delle cure sanitarie, secondo criteri di efficacia ed efficienza e di legame col territorio.

Va inoltre aggiunto che il decreto ed i relativi allegati introducono anche una nuova terminologia (Casa della comunità, Infermiere di famiglia o di comunità, Unità di continuità assistenziale, Centrale operativa territoriale, Centrale operativa 116117, Ospedale di comunità, Rete delle cure palliative, Servizi per la salute dei minori e delle donne, telemedicina, stratificazione della popolazione, medicina di popolazione, progetto di salute, sanità di iniziativa, ecc.), con i relativi acronimi (CdC, Idfodc, Uca, Cot, OdC, ecc.), alla quale ci si dovrà abituare e che non deve essere percepita solo come una nuova denominazione di preesistenti strutture, ma il risultato di una nuova visione della medicina territoriale.

⁸⁷ Si specifica che l'attuazione del decreto ministeriale è requisito necessario affinché la Regione possa avere accesso ai finanziamenti previsti dal decreto stesso

Nell'ampio e complesso quadro posto dalla nuova normativa, un ruolo centrale viene riconosciuto al Distretto, quale articolazione organizzativa e funzionale della Asl sul territorio⁸⁸.

Il d.m. n. 77/2022 demanda alla legge regionale la disciplina del distretto. Data l'ampiezza della previsioni del decreto, però non appare che sia lasciato reale spazio di autonomia alla Regioni.

Così vista, diviene nuovamente attuale la *querelle* inerente alla dimensione degli ambiti affidati all'autonomia regionale, precipuamente all'opportunità della previsione di un unico modello territoriale sostanzialmente identico per tutte le Regioni.

L'esperienza degli ultimi 56 anni, dall'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale ad oggi, ha dimostrato il valore dell'autonomia alle varie articolazioni territoriali, autonomia da intendere come mezzo per accrescere la garanzia della tutela del diritto alla salute e non quale mezzo per addivenire ad «una divaricazione nella garanzia della tutela della salute»⁸⁹.

Il d.m. n. 77/2022 (nell'allegato n. 1) ha come obiettivo nell'erogazione dei servizi, universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona⁹⁰. La centralità della persona è il parametro per valutare le esigenze di organizzazione ed i relativi costi della nuova medicina territoriale⁹¹.

⁸⁸ Art. 4 All. 1 DM 77/22 «Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. E' inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta».

⁸⁹ F. POLITI, *Resoconto del Seminario Il decreto ministeriale n. 77 del 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»*, Università degli studi dell'Aquila 6 ottobre 2022, C. Supreme e Salute, 3/2022, p. 610.

⁹⁰ Art. 2 All. 1 DM 77/22 «Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone.»

⁹¹ Il piano organizzativo illustrato dal decreto contiene un decalogo che prevede: lo sviluppo delle strutture di prossimità (come appunto la Casa della comunità); l'attenzione alle cure domiciliari; l'integrazione fra assistenza sanitaria e socio-sanitaria; lo sviluppo di equipe multiprofessionali; l'affermazione di logiche di medicina di iniziativa e di presa in carico (attraverso la stratificazione della popolazione); l'utilizzo di strumenti e modelli digitalizzati; il coinvolgimento degli utenti (anche in forme associative) e degli attori locali.

Nell'illustrato impianto organizzativo gioca un ruolo centrale la programmazione a sua volta costruita sulla "stratificazione della popolazione" come prevista dal decreto-legge n. 34 del 2020. La stratificazione della popolazione viene espressamente richiamata nel DM 77/22 all'art. 3 All. 1, rubricato «stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico».

L'art. 7 decreto-legge n. 34 del 2020 prevede infatti l'elaborazione di modelli predittivi che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse. Alla stratificazione della popolazione viene così assegnato il ruolo di strumento di individuazione delle condizioni demografiche dei territori e dunque di strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione alla presa in carico⁹².

Dalla lettura del decreto appare la consapevolezza del fatto che un Servizio sanitario nazionale efficace discenda la tutela dell'intera popolazione, garantita su tutto il territorio⁹³.

Questo approccio è definito, dal decreto stesso, "medicina di popolazione", con l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura.

L'attuazione della disciplina prevista dal d.m. n. 77/2022 richiede una condivisione dei valori su cui tale regolamentazione è posta; è, quindi, necessario un convinto ripensamento degli assetti strutturali e delle modalità operative, ma anche l'adozione di strumenti di misurazione dei

⁹² Art. 3 all 1 Dm 77/22: «La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute, la più recente normativa nazionale (articolo 7 del decreto-legge n. 34/2020), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse. Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura...»

⁹³ F. Politi, *Resoconto del Seminario Il decreto ministeriale n. 77 del 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»*, Università degli studi dell'Aquila 6 ottobre 2022, Corti Supreme e Salute, 3/22, p. 612.

cambiamenti. A questo proposito va rilevato che il decreto non pone una disciplina transitoria e dunque non è forse inutile interrogarsi sulle modalità di introduzione – da parte di ciascuna regione e di ciascuna azienda sanitaria – della nuova disciplina.

Quanto previsto nel decreto non ha trovato piena attuazione. «Si ha la netta sensazione che nel PNRR prima e nella Riforma poi gli obiettivi quantitativi abbiano preso il sopravvento su quelli qualitativi, mostrandosi entrambi deficitari dal punto di vista organizzativo ed attuativo degli interventi di contrasto all'esclusione sociale e alle disuguaglianze»⁹⁴.

Tanto alcune Regioni quanto parte della dottrina hanno evidenziato alcune problematiche del DM 77. Gran parte della critica si è soffermata sul “modello” di assistenza sanitaria territoriale, con problematiche che possono essere distinte in tecnico-finanziarie, culturali e politiche.

In merito all'aspetto tecnico finanziario, in base agli standard previsti dagli allegati dal DM 77/2022, servirebbe un *surplus* di personale anche 25% a partire dal 2026.⁹⁵ Somme a cui devono far fronte, in buona parte le Regioni stesse⁹⁶.

Le criticità, inoltre, sono discese anche dal mancato approfondimento di alcuni passaggi previsti nel Dm 77/22, come ad esempio, in tema di Case di Comunità, il non aver specificato le modalità di interazione che dovrebbero dar vita a relazioni sinergiche tra i vari soggetti coinvolti sia all'interno che all'esterno di tali strutture. Ulteriore passaggio si ha nel mancato coordinamento tra l'integrazione socio-sanitaria tra SSN e il sistema dei servizi sociali nelle Case di Comunità. Il collegamento è Stato «più formale che sostanziale, sia dal punto di vista

⁹⁴ M. D'ARTIENZO, Verso un sistema di unità sanitaria? Luci e ombre del DM 77/2022, Corti Supreme e Salute, 2/2023, p. 312;

⁹⁵ R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in Corti Supreme e Salute, 2/2022, p. 468.

⁹⁶ «Da qui la tendenza a pensare che una soluzione possa essere una sorta di privatizzazione strisciante: in fondo, si sente dire (e soprattutto sussurrare) il privato ha interesse a investire (pandemia docet) e dunque perché non facilitarlo? Tutta la discussione sul c.d. regionalismo differenziato in sanità nasce qui...» *Ibidem* p.

procedurale che organizzativo al punto da risultare deficitario per quanto concerne la presa in carico della persona nella sua dimensione globale».⁹⁷

Ulteriori riserve si sono espresse riguardo lo Stato e ai potenziali sviluppi della digitalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Lo sviluppo si è focalizzando sull'attivazione del Fondo Sociale Europeo, sulla formazione delle competenze digitali, sull'interconnessione e la comunicazione delle reti informatiche, nonché sul rispetto dei vincoli normativi per la tutela della privacy e altri aspetti rilevanti per la definizione di una governance territoriale coerente con l'approccio *One Health* per affrontare possibili pandemie globali future.

Ulteriori remore sono state rivenute nell'approccio alla medicina a distanza, la quale è attualmente penalizzata dalla mancanza di una collaborazione robusta tra medici ospedalieri e del territorio, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, operatori del distretto sanitario, infermieri di famiglia e comunità (IFeC), istituzioni locali e associazioni di volontariato. Questa assenza potrebbe inevitabilmente influenzare l'implementazione e i risultati della strategia e del modello sanitario e socio-assistenziale di "prossimità", causando danni soprattutto ai soggetti più fragili e vulnerabili. Tale situazione rischia di confermare la tendenza negativa già evidenziata dalla Corte dei Conti nel Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica⁹⁸.

Ulteriore problematica discendenti dalla Case di Comunità è di ordine culturale.

⁹⁷ *Ibidem*; c'è da sottolineare, inoltre, che secondo l'autrice «delle previsioni della legge di Bilancio 2023, non si può fare a meno di rilevare che il coordinamento l'integrazione socio-sanitaria tra SSN e il sistema dei servizi sociali nelle Case di Comunità è allo Stato più formale che sostanziale, sia dal punto di vista procedurale che organizzativo al punto da risultare deficitario per quanto concerne la presa in carico della persona nella sua dimensione globale».

⁹⁸ *Ibidem*; si veda il rapporto della Corte dei Conti del 2021 pag. 30;

CAPITOLO 2 I PRINCIPALI ISTITUTI

1 riparto competenze stato regioni; 2 regionalismo differenziato; 3 lea ed uniformità; 4 la cooperazione in ambito lea e il decreto del presidente del consiglio dei ministri (dpcm) del 12 gennaio 2017; 5 lea e tutela del nucleo irriducibile; 6 finanziamento del ssn e patti per la salute; 7 tariffe sanitarie; 8 il fondo di perequazione; 9 la mobilità sanitaria;

1 RIPARTO COMPETENZE STATO REGIONI

Nell'affrontare l'argomento nel riparto di competenze Stato Regioni in ambito sanitario l'oggetto dell'analisi non può essere ristretto al solo, seppur essenziale, articolo 117 Costituzione. Il diritto alla salute, per come previsto ex art 32 Cost, incide su ambiti diversi ed è toccato da «titoli componenziali» di egual rango⁹⁹.

L'affrontare il tema del riparto delle competenze, pertanto, si incentra sul «ribadire la funzione strumentale del riparto medesimo nei confronti della tutela del bene salute e delle posizioni giuridiche soggettive che ne sono espressione, chiama in causa un assetto composito di garanzie costituzionali di cui occorre tener conto»¹⁰⁰.

Come già affrontato in precedenza le riforme degli anni 90 e la modifica del Titolo quinto della parte seconda della Costituzione italiana hanno introdotto la nozione di regionalismo in sanità.

La cennata riforma ha costituzionalizzato e rafforzato la strada intrapresa dal legislatore nell'ambito di una distribuzione delle competenze che vedeva coinvolti enti territoriali su vario livello e che «valorizzava l'autonomia senza escludere momenti di sintesi, di uniformità e di garanzia riconosciuti allo stato»¹⁰¹.

⁹⁹ In merito al carattere multidimensionale del diritto alla salute di rimanda alla lettura di B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. Soc.*, 1983, p 25 ss; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, 2006, p 5394 ss.

¹⁰⁰ D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali*, cit., p. 199;

¹⁰¹ *ibidem*, p 201;

Con la riforma è stato aumentato l'ambito delle competenze legislative regionali. Prima del 2001, infatti, la costituzione demandava alle Regioni la mera «assistenza sanitaria ed ospedaliera», oggi sostituita dalla «tutela della salute», materia rientrante tra quelle di cui all'articolo 117 c. 3 Cost.

Come sottolineato dalla giurisprudenza costituzionale, in maniera costante, la materia «tutela della salute» è assai ampia rispetto all'«assistenza sanitaria», in quanto si riferisce e riguarda ogni aspetto su cui può incidere la tutela della salute; pertanto, sia da intendersi sia come interesse del cittadino che come diritto sino ad arrivare a ricomprendere in tale ambito anche l'organizzazione sanitaria¹⁰².¹⁰³ Così interpretata la materia ingloba in sé i profili tanto organizzativi che gestionali della sanità regionale, fino a comprendere l'organizzazione del servizio farmaceutico, il *propriétés* delle pratiche terapeutiche, e la sanità veterinaria.¹⁰⁴

La novella ha, da un lato, garantito una copertura costituzionale alle riforme che l'hanno preceduta nei confronti del Ssn, dall'altro non è stato escluso o marginalizzato il ruolo del legislatore statale.¹⁰⁵

Riassumendo, allo Stato spetta la determinazione dei principi fondamentali ed alle regioni la disciplina di dettaglio della materia. Lo Stato è investito di un triplice ruolo, da un lato è portatore della clausola

¹⁰² Con la sentenza 371/2008 C. Costituzionale, la Corte Costituzionale ha escluso la disciplina della professione sanitaria intramuraria dalle materie dell'organizzazione sanitaria, rientranti nella competenza residuale delle regioni (art. 117 c 4 Cost.). Nell'ambito della medesima sentenza, è stato ulteriormente chiarito che quest'ambito non si può considerare una «materia a se stante ... in quanto l'organizzazione sanitaria è parte integrante della materia costituita dalla «tutela della salute» di cui al terzo comma del citato art. 117 Cost.».

¹⁰³ Si rimanda alle sentenze n.ri 181/2006, 50/2007, 132/2013 e 161/2016.

¹⁰⁴ C. FASONE, *Tutela della salute (art. 117, c 3)*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*, Napoli, 283 ss;

¹⁰⁵ Sul tema si rimanda alla lettura di: F. PALUMBO, *Tutela della salute* (Capo I), in *Le istituzioni del federalismo*, 1998, 630 ss., R. FINOCCHI GHERSI, *La tutela della salute* (artt. 112-127 d.lgs. 112/1998), in R. FINOCCHI GHERSI [et al.] (a cura di), *Il decentramento amministrativo*, Milano, 2000, 181 ss., nonché se si vuole, D. MORANA, *Tutela della salute*, in G. CORSO, V. LOPILATO (a cura di), *Il diritto amministrativo dopo le riforme costituzionali*, p.te speciale, I, Milano, 2006, 261 ss.; ricostruisce l'evoluzione dei conferimenti di funzioni amministrative in materia sanitaria, anche con riferimento alle forme di collaborazione tra Stato e regioni, M. DI FOLCO, *Le funzioni amministrative*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 150 ss.
12 R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quad. reg.*, 2002, 67.

di uniformità, in base alla quale individua i livelli essenziali delle prestazioni ex art 117, c 3, l. m), dall'altro è garante della corretta attuazione degli stessi e vigile dell'effettiva applicazione dei LEA, essendo investito, costituzionalmente, del potere sostitutivo di cui all'art. 120, c 2 Cost; infine, per quanto concerne le materie, o meglio "ambiti di materia" con cui il diritto alla salute va a sovrapporsi ed in cui è co-legislatore con le Regioni.

Quanto sinora detto ha trovato una limitazione, tanto a seguito di consecutivi interventi legislativi, quanto per l'interpretazione e l'apporto giurisprudenziale, con un progressivo accentramento delle funzioni in capo allo Stato¹⁰⁶. Le cause di questo riaccentramento si ricollegano agli interventi attuati per il contenimento della spesa pubblica in sanità; come conseguenza della sovrapposizione degli ambiti di materia derivanti dall'art. 117 Cost.; a causa del funzionamento stesso dei limiti della materia del Diritto alla Salute. Si osserva, inoltre, che la centralizzazione delle funzioni e attribuzioni sono state con il tempo temperata, trovando come limite il dettato costituzionale che non permetterebbe la completa «spoliazione» delle regioni della propria funzione¹⁰⁷.

Come accennato nelle righe precedenti la tutela del bene salute tange numerose materie e competenze previste 117, c 2, 3 e 4 (si pensi alle competenze esclusive dello stato rappresentate dalla cd. "materie non

¹⁰⁶ D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali*, in *I modelli di welfare Sanitario tra qualità e sostenibilità*, a cura di C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI, *Editoriali, scientifica*, 2018, p 204. Sul tema tale progressivo riaccentramento non ha toccato solo la materia del diritto alla salute ma è figlia di una lettura data dalla giurisprudenza Costituzionale dopo il 2007 comune a tutte le materie oggetto della riforma del Titolo V. Come affermato. La lettura della corte ha portato ad una concessione «assai vicina, per non dire assimilabile, a quella che aveva prima della revisione costituzionale: lo Stato-persona riassume i connotati dell'unico soggetto che, per il tramite del proprio indirizzo politico unilateralmente elaborato e gerarchicamente prevalente sugli altri enti della Repubblica, si fa "portatore" a tutti gli effetti - e non più solo "garante ultimo" - dell'unità dell'ordinamento», sul tema di rimanda a M. CECCHETTI, *Per una riforma "consapevolmente orientata" dal sistema delle autonomie regionali*, in A. Cardone (a cura di), *Le proposte di riforma della Costituzione*, Napoli, 2014, 103 ss.. Sul tema si rinvia per un approfondimento di maggiore respiro a M. RUOTOLO, *Il riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni, a dieci anni dalla riforma costituzionale*, in *Dir. soc.*, 2011, 114 ss., F. BENELLI, *Recenti tendenze della Giurisprudenza costituzionale sul riparto per materie tra Stato e Regioni e sul declino del principio di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 2012, 623 ss., A. D'ATENA, *Diritto regionale*, III ed., Torino, 2017, 146 ss.

¹⁰⁷ G. CARPANI, *Accordi e intese tra governo e regioni nelle più recente evoluzione del Ssn: spunti ricostruttivi*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, 35.

materie”, dall’individuazione dei LEP)¹⁰⁸; materie e competenze che si intrecciano, condizionano reciprocamente e vanno bilanciate l’una con l’altra. Ciò ha portato ad avere una folta giurisprudenza costituzionale sul tema.

Rispetto all’«ambito di individuazione dei Livelli essenziali delle Prestazioni» lo Stato ha il compito di regolare la materia, potendosi spingere, sino ad una normativa di dettaglio. La determinazione di tali livelli presuppone l’individuazione di quelle che sono da considerarsi come prestazioni sanitarie essenziali da assicurare agli utenti del Servizio sanitario nazionale. Il mantenimento dell’uniformità del trattamento permette allo Stato di comprimere la competenza regionale, rendendo «relativamente mobile» il limite della competenza statale-regionale e permettendo la vera e propria «compressione della dell’autonomia regionale»¹⁰⁹.

«Occorre in proposito ricordare, infatti, che nella giurisprudenza di questa Corte la fissazione dei livelli essenziali di assistenza si identifica esclusivamente nella «determinazione degli standard strutturali e qualitativi delle prestazioni, da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio nazionale», non essendo «pertanto inquadrabili in tale categoria le norme volte ad altri fini, quali, ad esempio, l’individuazione del fondamento costituzionale della disciplina, da parte dello Stato, di interi settori materiali (sentenze n. 383 e n. 285 del 2005) o la regolamentazione dell’assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all’erogazione

¹⁰⁸ Per alcuni i LEP costituiscono invece una c.d. *non materia*, ossia un ambito di competenze che non possiede una propria uniformità strutturale, ma accomuna alcuni specifici ambiti, aventi caratteristiche comuni, di materie eterogenee. Altri ne hanno sottolineato invece la natura finalistica, perché pone uno scopo da perseguire senza stabilire oggetti o fattispecie che il legislatore può/deve regolare per raggiungere tale obiettivo; sarebbe dunque il legislatore statale a stabilire fin dove si estende tale materia scopo, senza possibilità per la Corte costituzionale di intervenire se non per verificare l’idoneità dell’atto al perseguimento dello scopo e la proporzionalità del mezzo utilizzato (in sostanza, un controllo di ragionevolezza). Cfr. LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della L. cost. n. 3 del 2001*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, suppl. 1/2002, p. 21; ID., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 18, che specifica come questa trasversalità non possa automaticamente tramutarsi in un’attrazione generalizzata di una materia, come chiarito dalle sentenze C. Cost. 285/2005 e 248/2006; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 104.

¹⁰⁹ Corte Cost., sent. n. 271/2008 e Corte cost. sent. n. 88/2003;

delle prestazioni (sentenza n. 120 del 2005)» (così, da ultimo, la sentenza n. 237 del 2007)»¹¹⁰.

La Corte Costituzionale ha creato, nel tempo, dei temperamenti per ovviare alle problematiche di accentramento sopra evidenziate, stabilendo che la necessità regolare a livello nazionale, mediante interventi normativi, al fine di garantire uniformità e nella previsione di adeguate forme di coinvolgimento degli enti locali¹¹¹.

La collaborazione Stato-regioni, quindi, è la strada da seguire per ridurre il conflitto in tale ambito, perseguita dal legislatore statale stesso, il quale lo ha previsto come modello alla base del sistema per la definizione dei LEA. L'art. 1 c 554 della l. 208/2015, difatti, prevede che: «La definizione e l'aggiornamento dei LEA di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano», ed ancora al c. 559: «... l'aggiornamento dei LEA è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale previa registrazione della Corte dei conti...»¹¹².

¹¹⁰ C. Cost. sent. n. 371/2008;

¹¹¹ Si rimanda alla Corte Costituzionale sentt. n. ri 88/2003, 134/2006, 8/2011.

¹¹² La collaborazione tra lo Stato e le Regioni è stato visto, da parte della dottrina, anche come una forma di "cogestione Stato/ Regioni della sanità", una materia che è rimessa alla competenza di principio al legislatore statale e di dettaglio a quello regionale ma di una vera e propria cogestione. Tale cogestione sarebbe frutto sì uno scarico di responsabilità da parte delle regioni nel non voler compiere scelte che vadano a creare malcontento elettorale, rimettendo tali scelte al livello, facendosi sostanzialmente dettare le norme che vorrebbe ma di cui non vuole pagare politicamente le conseguenze a livello locale. Un sistema che non trova ostacoli, come è stato evidenziato, dalle pronunce del Giudice delle leggi che al contrario non perde occasione di spronare Stato e regioni (anche in presenza di una competenza sicuramente ed esclusivamente statale) a collaborare in spirito leale e costruttivo: «la fisiologia dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla collaborazione che, nel caso di specie i LEA, nota del redattore) si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività» (sent. n.169/2017).

Di determinante impatto nel riparto delle competenze stato-regioni e nella compressione delle prerogative locali è stata l'esigenza di contenimento della spesa pubblica, successiva alla crisi economica del 2008.

L'autonomia delle Regioni in ambito Sanitario, difatti, può subire delle limitazioni nell'ambito *de quo*, data dagli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa; lo Stato può creare vincoli di spesa in capo alle Regioni al fine di garantire «*equilibrio unitario*» per il perseguimento degli obiettivi Statali¹¹³. In capo allo Stato, pertanto, vige l'obbligo del contenimento della spesa pubblica e, di conseguenza, non vi può essere un aumento dei conti della spesa senza un controllo. Tale obiettivo è figlio del bilanciamento tra le esigenze di garantire un eguale trattamento sul territorio nazionale in una maniera compatibile alle ristrettezze finanziarie di cui è in possesso.

L'esigenza di controllare la spesa pubblica, naturalmente, deve essere necessariamente bilanciata con l'effettiva tutela del diritto alla salute. Detto in altri termini, il diritto alla salute non può trovare limitazione nel perseguimento degli obiettivi della finanza pubblica. Nel bilanciamento dei diritti l'intervento del legislatore statale deve essere «ragionevole e tale da non pregiudicare le funzioni assegnate all'ente territoriale...»¹¹⁴, in quanto «l'eccessiva riduzione delle risorse e l'incertezza sulla loro definitiva entità [...] non consentono una proficua utilizzazione delle stesse», poiché soltanto «in presenza di un ragionevole progetto di impiego è possibile realizzare una corretta ripartizione delle risorse [...] e garantire il buon andamento dei servizi con esse finanziati».

Con precipua attenzione rispetto i Livelli Essenziali di Assistenza, la Corte ha sviluppato tale concetto su tre direttrici, ponendo in capo al legislatore statale il dovere- obbligo di stanziare le risorse necessarie affinché i LEA non rimangano mero proclama, ma diventino servizi concretamente fruibili. Questo perché «la garanzia dei diritti incompressibili influisce sul bilancio e non viceversa»¹¹⁵; il confronto tra

¹¹³ Corte Cost. sent. n. 193/2007.

¹¹⁴ C. Cost. sent. 169/2017.

¹¹⁵ Corte Cost. sent. 275/2016.

lo Stato e le Regione, mediante la Conferenza Stato-Regioni, essenziale affinché le risorse finanziarie vengano stabilite tramite un meccanismo partecipato e non imposto, rispetto ai bisogni e ai costi necessari. Infine, le **decisioni sulla spesa sanitaria** devono essere, maggiormente calibrate e stabili per garantire una «riqualificazione di un servizio fondamentale per la collettività come quello sanitario»¹¹⁶.

La materia del coordinamento della finanza pubblica si riflette, anche, nella normativa statale che ha introdotto i cosiddetti piani di rientro, legge n. 311/2004 (legge finanziaria per il 2005) e successive modifiche. Le regioni con significativi disavanzi nella gestione del servizio sanitario regionale, non risolvibili con strumenti ordinari, devono stipulare un accordo con lo Stato per identificare gli interventi necessari a raggiungere l'equilibrio di bilancio sanitario, rispettando i livelli essenziali di assistenza (LEA). L'adesione a un piano di rientro ha come contraltare per le regioni ingenti compressioni della competenza legislativa nella materia de quo, tanto che si parla di «legislatori regionali dimezzati»¹¹⁷.

I piani di rientro, pertanto, sono strumenti per assicurare l'effettiva erogazione dei LEA «a prescindere dai confini territoriali dei governi locali» (art. 120, c. 2 Cost.) che hanno dato un contributo importante alla risoluzione del problema del rientro dai disavanzi sanitari delle regioni, divenendo principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica¹¹⁸.

Tale istituto non è frutto di una disciplina unilaterale del legislatore nazionale, ma piuttosto la traduzione (quasi "sotto dettatura") di accordi e interventi in sede di Conferenza Stato-Regioni¹¹⁹. Si prenda ad esempio l'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che dà

¹¹⁶ Corte Cost. sent. 10/2016

¹¹⁷ E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, 2012, p. 455.

¹¹⁸ Sul tema si rimanda a G. FONTANA, *L'incostituzionalità delle interferenze regionali sui oteri commissariali del Presidente della Giunta*, in *Giur Cost.*, 2011, 1196 ss;

¹¹⁹ G. Carpani, *Cogestire un servizio sanitario regionalizzato*, in *I modelli di welfare Sanitario tra qualità e sostenibilità*, a cura di C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI, *Editoriali, scientifica*, 2018, p. 233;

sostanza alle disposizioni dell'art. 1, comma 173 ss. della legge n. 311 del 2004; al nuovo patto salute 2006/2008 (rep. 2648 CSR 5 ottobre 2006, n. 3 Piani rientro) recepito dall'art. 1, comma 796, della legge n. 296 del 2006 o ancora ai commi 71 ss. dell'art. 2 della legge 191 del 2009 che riporta pressoché pedissequamente il patto della salute 2010/2012 (Nuovo patto salute 2010-2012, rep. 243 CSR 3 dicembre 2009)¹²⁰.

Le regioni stesse hanno concorso alla definizione delle norme che consentono allo Stato di limitare la loro autonomia, andando, inoltre, in un secondo momento ad abdicarla fattivamente in base ad un accordo tra lo stato e la regione.

I piani di rientro, infatti, creano una forte compressione (che si spinge sino al totale annullamento) dell'autonomia regionale. Il legislatore regionale, di una regione in piano di rientro, difatti è costretto, qualsiasi provvedimento voglia adottare, a doverlo prima sottoporre alle Istituzioni operanti presso l'apposito tavolo interministeriale MEF/Salute. In tale ottica il Piano è sia parametro valutativo delle scelte dell'amministrazione sia parametro della legittimità normativa sulla base della quale la regione opera.

La garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni comporta la salvaguardia delle possibilità di sviluppo della personalità umana attraverso l'eliminazione o la riduzione delle sperequazioni sociali e territoriali.

In presenza di un deficit della singola regione, rilevante, con l'insufficiente erogazione delle prestazioni dei LEA (art. 2, c. 76 della legge n. 191 del 2009) l'istituto del piano di rientro ha il compito di conseguire la corretta erogazione delle prestazioni da garantire attraverso la riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari regionali (ovvero la *ratio* del piano di rientro consta nel fare ritornare produttive ed efficienti le aziende sanitarie in deficit per inefficienza gestionale e mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure) e di riportare in ordine i conti della sanità sanando il deficit.

¹²⁰ *Ibidem*

Ulteriore ambito di tensione e distinzione del potere legislativo stato-regioni si ha in ambito LEA. Questi, difatti, incidono sugli standard dell'assistenza ospedaliera. L'art. 1 del DM 70/2015, al c 1 prevede l'individuazione degli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera» di cui ai livelli essenziali di assistenza (anche) al fine di garantire l'uniformità sul territorio nazionale degli stessi.

Gli standard di cui all'art. 1 del DM 70/15, derivante dall'art 1 c 169 della l 311/2004, incidono, inevitabilmente sui vari SSR, andando a comprimere l'autonomia organizzativa delle regioni¹²¹.

Proprio nella materia sanitaria si rinviene il maggior utilizzo del coordinamento tra Stato e regioni. Si prenda ad esempio i patti della salute, i quali, sostanzialmente, costituiscono intese ai sensi dell'art. 8, ult. co della legge n. 131 del 2003 ovvero accordi ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. n.281 del 1997. Questi sono mezzi di concertazione ai quali devono seguire atti normativi di rango primario. Ciò comporta una questione annosa in dottrina, inerente il fatto che i soggetti che stipulano tali patti non sono gli stessi su cui ricade il potere legislativo (sia a livello regionale che statale). A tale questione la Corte Costituzionale ha chiarito, già nel 2001 che il Legislatore ha pieno potere e discrezionalità, non potendo essere limitato il proprio potere in sede di una cd Conferenza¹²².

Inoltre, come mezzo di riduzione della spesa pubblica sanitaria, sono previste forme di compartecipazione ai costi delle prestazioni da parte degli assistiti, come i ticket. La giurisprudenza successiva alla riforma del Titolo V ha stabilito che, quando la compartecipazione riguarda prestazioni riconducibili ai LEA, la decisione deve essere

¹²¹ Necessita precisare che del d.l. 347/2004 in ossequio dell'accordo stato regioni del 08 agosto 2001, definisce la modalità di individuazione dei lep, subito prima della modifica del titolo V. Tale decreto fa fuoriuscire i LEA dal PSN. Il PSN, infatti, non ha più in sé le risorse per il SSN ed i livelli delle prestazioni. Ciò ha depotenziato il Piano sanitario nazionale, depotenziamento che si rivede dalla mancata rinnovazione dal 2008, atto della cessazione dell'ultimo piano creato. Ad oggi le risorse sono codicise tra Stato e regioni, mediante i patti per la salute ed i LEA sono affidati ad una procedura parallela. Sussiste, però, ancora un legame tra la normativa prevista dal d.lgs 502/1992 e quella odierna, un legame utilizzato dalla stessa Corte costituzionale per giustificare la compatibilità costituzionale dell'impiego di una fonte differente da quella legislativa per definire i LEA stessi.

¹²² Corte Cost. sent. n. 437/2001; Sul tema si rimanda al paragrafo _____

concordata con le regioni, rispettando il principio di leale collaborazione che ha caratterizzato il regionalismo sanitario italiano¹²³.

In sintesi, la materia «tutela della salute» è caratterizzata da una particolare trasversalità per la quale la normativa regionale debba cedere a quella statale quando quest'ultima risponde a esigenze unitarie, come garantire l'eguaglianza nell'accesso alle cure, proteggere uniformemente la salute sul territorio, assicurare i LEA e mantenere l'equilibrio di bilancio degli enti pubblici. Tuttavia, per quanto riguarda le decisioni centrali sulla sanità, si tende ancora a rafforzare e valorizzare il modello collaborativo tra Stato e autonomie regionali.

¹²³ Cort. Cost. 40/2010;

2 REGIONALISMO DIFFERENZIATO

Appare di certo interesse l'approfondimento e l'analisi dell'incidenza del regionalismo differenziato sul Sistema Sanitario Nazionale. Come già affermato in precedenza la *ratio* che ha spinto il legislatore a ridefinire l'SSN negli anni 90 è stato il tentativo di garantire l'uguaglianza sostanziale tra i cittadini attraverso la differenziazione e ridurre la spesa sanitaria concedendo maggiore autonomia finanziaria alle regioni. Tuttavia, questo secondo obiettivo presenta una contraddizione di fondo, poiché nei sistemi sanitari virtuosi la spesa è andata ad aumentare mantenendo alti i servizi, nei sistemi meno virtuosi, ed ancor di più nelle regioni sotto piano di rientro, i risultati sono stati meno entusiasmanti¹²⁴. Attualmente, si percepisce un alto livello di disuguaglianza come effetto negativo della differenziazione, violando i principi che impongono di realizzare decentramento e differenziazione senza compromettere la capacità delle autonomie di raggiungere i propri obiettivi¹²⁵.

«La differenziazione già percorsa e sperimentata non ha risparmiato una preoccupante deriva sul piano dell'uguaglianza sostanziale: essa si è mostrata, insomma, nel suo volto patologico, cioè come volano di un divario sostanziale tra servizi sanitari regionali nel soddisfacimento del diritto alla salute sui rispettivi territori»¹²⁶. La regionalizzazione ha portato a un aumento della spesa, contrariamente alle aspettative. Inoltre, gran parte della regionalizzazione è avvenuta durante la crisi economico-finanziaria, che ha richiesto politiche di spending review, generando ulteriori disuguaglianze tra le regioni¹²⁷. In questo contesto, il tentativo di attuare il federalismo fiscale è iniziato individuando i livelli essenziali di

¹²⁴ La tendenza indicata trova riscontro e conferma negli indicatori di performance desumibili dal Rapporto del Ministero della Salute, Monitoraggio dei LEA attraverso la c.d. Griglia LEA. Metodologia e risultati dell'anno 2019, maggio 2021, che include anche la Toscana fra le regioni ove si registrano i risultati migliori.

¹²⁵ M. D'ANGELOSANTE, *I sistemi sanitari regionali alla prova del regionalismo differenziato*, in Corti Supreme e Salute, Fasc. 1/14, p. 7

¹²⁶ D. MORANA, Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost, in Corti Supreme e Salute, 1/2020, p. 3.

¹²⁷ C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in Corti supreme e salute, 2018, n. 3, 663 ss.

assistenza sanitaria già mediante il d.p.c.m. del 29 novembre 2001¹²⁸. Dopo un lungo intervallo, la legge delega n. 42 del 2009 e i decreti legislativi successivi hanno cercato di proseguire sulla strada intrapresa ma sono stati interrotti dalla crisi economico-finanziaria, la quale ha portato, come analizzato, a tendenze centralistiche. La crisi economico-finanziaria, infatti, ha portato a un riaccentramento, che ha conseguentemente aumentato la disparità interregionale, soprattutto a causa dei tagli alla spesa.

Le prime iniziative per l'attuazione dell'art. 116, comma 3 hanno avuto spinta propulsiva dalle regioni con sistemi sanitari più avanzati (Lombardia, Veneto e Emilia-Romagna), le quali hanno anche una condizione economica migliore, come mezzo per recuperare il potere decisionale, precipuamente in merito ai vincoli alla spesa e ottenere risorse aggiuntive tramite fondi sanitari integrativi¹²⁹.

In particolare, già nell'ottobre 2017 le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto iniziano a negoziare l'attuazione dell'art. 116 Cost. con il governo cd Gentiloni. Alle iniziative presentate è seguita, nella Commissione parlamentare per le questioni regionali, l'avvio di un indagine conoscitiva sull'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Tale indagine, con l'ausilio di professori Universitarie e l'audizione dei Presidenti delle regioni istanti, ha analizzato criticità e

¹²⁸ Aggiornato solo nel 2017 (d.p.c.m. 12 gennaio 2017);

¹²⁹ R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo Quarant'anni, verso una destrutturazione del SSN?*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 3, 473; R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Riv. AIC*, 2019. Sulla necessità di preservare l'uguaglianza sostanziale fra le persone come limite alla realizzazione dell'autonomia differenziata in materia sanitaria, si v. G. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 2017, 634. Sulla opportunità che la stipula delle intese ex art. 116 c. 3 Cost. sia preceduta da uno specifico accordo in materia di tutela della salute, si v. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi*, 2019, n. 15, 10 ss. Per un approfondimento sulle proposte in materia di autonomia differenziata nell'ambito della tutela della salute, si v. C. COLAPIETRO, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato in ambito sanitario: la formazione e il reclutamento del personale*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, 151 ss.

Sul tema la ricerca di differenziazione regionale in tale ambito ha destato stupore in parte della dottrina poiché «il livello di differenziazione verticale e orizzontale dei sistemi regionali non è così elevato – se si escludono alcune realtà –, pur consentendo la normativa-quadro statale, anche per come la Corte costituzionale ha interpretato il significato della “tutela della salute”, l'esercizio dell'autonomia regionale secondo margini più ampi rispetto a quelli utilizzati»

prospettive, concludendo che «dall'indagine è emerso che le trattative in corso sembrano destinate ad andare a buon fine e a condurre, a distanza di circa 17 anni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, all'attuazione dell'articolo 116, terzo comma. La naturale scadenza della legislatura in corso, che inevitabilmente rallenterà il processo, non pare infatti costituire un ostacolo insormontabile al percorso avviato. Rispetto ad analoghe iniziative assunte da alcune Regioni nel biennio 2007-2008, di cui si perse traccia con il cambio di legislatura del 2008, quelle in corso presentano infatti elementi di notevole differenziazione: innanzitutto le richieste avanzate da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna non hanno un connotato di prevalente contrapposizione polemica rispetto al Governo centrale, ma si caratterizzano per un elevato livello di concretezza; si registra una sostanziale condivisione fra la maggioranza delle forze di governo e di opposizione a livello sia nazionale che territoriale sull'utilità dello strumento; lo stato delle trattative fra Governo e Regioni è particolarmente avanzato, come non lo era stato nel biennio richiamato»¹³⁰.

Nel 2018 le regioni proponenti hanno sottoscritto tre accordi preliminari sul regionalismo differenziato con il governo, con le materie di principale interesse individuate nelle: «tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; tutela della salute; istruzione; tutela del lavoro; rapporti internazionali e con l'Unione Europea»¹³¹. Con il passare del tempo, più nello specifico nel febbraio 2019, le regioni originariamente richiedenti hanno proposto un ampliamento delle materie da attivare nel regionalismo differenziato e il Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche hanno fatto istanza ai fini dell'avvio dei negoziati. Anche a tale negoziato la Commissione parlamentare per le questioni regionali ha avviato un

¹³⁰ Documento approvato dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali nella seduta del 6 febbraio 2018, a conclusione dell'Indagine conoscitiva deliberata nella seduta del 21 novembre 2017
Deliberazione: 6 febbraio 2018

¹³¹ 6Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. Autonomia differenziata: Accordi

preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Disponibile a:
www.affariregionali.it/comunicazione/notizie/2018/giugno/autonomia-differenziata-accordi-preliminari-con-le-regioniemilia-romagna-lombardia-e-veneto. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

indagine conoscitiva sul processo di attuazione del regionalismo differenziato¹³².

Tra il 2021 ed il 2024 vi è stato un periodo denso di lavori in ambito del tema *de quo*, dalla istituzione di una Commissione con compiti di studio, supporto e consulenza in materia di autonomia differenziata, su propulsione del Ministro per gli Affari regionali e le autonomie, passando per una bozza di ddl sull'attuazione dell'autonomia differenziata (nell'aprile 2022). 12 luglio 2022 la Commissione parlamentare per le questioni regionali approva un documento definitivo sul processo di attuazione del «regionalismo differenziato»¹³³, nel febbraio 2023 la bozza di ddl sul regionalismo differenziato viene posta all'ordine del giorno del Consiglio dei Ministri¹³⁴ ed il 26 giugno 2024 viene approvata la legge sul regionalismo differenziato.

Le ragioni delle richieste del regionalismo differenziato, allora, trovano il loro principale motore nel profilo finanziario, ritenendo l'attuazione del 116 Cost. un argine ai limiti del 119 Cost. per le “regioni maggiormente virtuose”.

Gli interrogativi e le domande in merito al regionalismo ex art. 116 c 3 Cost. sono inerenti i cd. titoli di competenza coinvolti ed i limiti costituzionali della differenziazione in ambito sanitario, derivanti dalla competenza finalistica statale sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) prevista dall'art. 117, comma 2, lettera m) Cost. e dal riconoscimento del diritto alla salute conformemente all'art. 32 della Costituzione.

La competenza statale in ambito Sanitario di cui all'art. 117, l. m), Cost. si applica anche alle regioni a statuto speciale, pertanto ed a maggior

¹³² Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale. Parlamento Italiano, Roma. Elenco delle audizioni.

Disponibile

a:

https://parlamento18.camera.it/193?shadow_organo_parlamentare=3035&id_commissione=62. Ultimo accesso:

1 febbraio 2023.

¹³³ Commissione parlamentare per le questioni regionali. Parlamento Italiano, Roma. Indagine conoscitiva <http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2022/07/12/leg.18.bol0830.data20220712.com23.pdf>

¹³⁴ Bozza di Disegno di Legge “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione”. Disponibile a: https://www.gimbe.org/files/20221117-Bozza_lavoro_DdL.pdf

ragione non si è motivo per cui non possa applicarsi ad un regionalismo differenziato¹³⁵. Detto in altri termini, non si vede perché debba essere escluso dalla materia della tutela della salute¹³⁶. Chiaro è che i principi appena richiamati, enunciati dalla Corte Costituzionale, desumibili dalla Costituzione stessa non subiscono modifiche con l'introduzione nell'ordinamento del regionalismo differenziato ex art. 116 Cost.

Le competenze statali finalistiche nel campo dei LEA, pertanto, permarrebbero e permangono anche a seguito del nuovo assetto delle competenze regionali¹³⁷.

Chiarito tale punto il focus dell'analisi dell'incidenza della riforma del regionalismo differenziato può essere spostata sull'organizzazione sanitaria nel sistema delle competenze. Come noto, l'organizzazione sanitaria è materia rientrante nell'ambito delle competenze statali e non residuali ex art. 117 c 4. Conseguenza diretta è che tale materia permane quale competenza statale e, pertanto, le singole regioni, anche post-riforma, dovranno attenersi ai principi enunciati dal SSN in tema di organizzazione.

Queste e molte altre materie sono state ricondotte (come già accennato in precedenza) dalla giurisprudenza Costituzionale nella materia tutela della salute, che garantirebbe uniformità al SSN.

Argomento dirimente per comprendere l'effettiva portata del regionalismo differenziato rispetto i LEA, come sottolineato da parte della

¹³⁵ A. D'Atena, Diritto regionale, III ed., Torino, 2019, p. 277; M. Cosulich, *Le sanità regionali «speciali»*, in R. Balduzzi (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, 2017, pp. 49 ss

¹³⁶ Cfr. Corte cost., sentt. nn. 134/2006 e 162/2007. La giurisprudenza costituzionale ha ribadito tale concetto con fermezza, asserendo che l'applicazione dell'art. 10, e quindi la riconduzione delle attribuzioni sanitarie delle regioni speciali (e delle province autonome) all'art. 117, comma 3, implica che queste siano soggette ai limiti, espressi o impliciti, del nuovo Titolo V, in particolare alla competenza esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, oltre che ai principi fondamentali della materia. Sempre sul tema, nella sentenza n. 187/2012 della Corte costituzionale in tema di ticket sanitari. In questa pronuncia si sottolinea che la misura della compartecipazione alla spesa sanitaria deve essere omogenea su tutto il territorio nazionale, poiché non è ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie regioni. L'offerta concreta include non solo la qualità e quantità delle prestazioni, ma anche le soglie di accesso economico per i cittadini

¹³⁷ Sul tema si rimanda alla lettura E. Gianfrancesco, *L'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. tra nodi problematici e prospettive evolutive del regionalismo italiano*, in Consulta OnLine, 2020, pp. 34 ss., spec. pp. 46 ss.

dottrina, si rinviene nella natura dei LEA o, meglio, indagando se la natura di questi sia unidirezionale ovvero bidirezionale. I LEA avrebbero una natura unidirezionale nei casi in cui svolgano la sola funzione di conformazione territoriale rispetto i Livelli essenziali da garantire. Si avrebbe un rapporto bidirezionale nei casi in cui «la conformazione dell'organizzazione sanitaria retroagisce, a sua volta, sull'effettiva implementazione dei LEA e quindi, inevitabilmente, sulla tutela del diritto alla salute»¹³⁸.

La risoluzione della *querelle* sopra esposta ha evidenti ricadute di sistema. In un caso l'uniformità agirebbe da “controlimite” alla differenziazione, nel secondo il rapporto, essendo biunivoco, ha delle evidenti interconnessioni.

I LEA e l'organizzazione amministrativa sono obbligatoriamente correlati, in quanto l'attuazione degli uni non può prescindere da una virtuosa organizzazione. L'organizzazione, difatti, garantisce la materiale prestazione sanitaria, ed allora il fattivo adempimento e la piena attuazione del diritto alla salute. Ciò finisce per dover interpretare il rapporto obbligatoriamente come bidirezionale, estendendo l'incidenza del regionalismo differenziato rispetto l'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale¹³⁹.

Tra le materie-ambiti specificamente richiesti dalle regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto vi è la “tutela della salute, ritenute delle misure essenziali per l'efficiente organizzazione delle strutture sanitarie, funzionale alla valorizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli ambiti di intervento sono inerenti la rimozione dei vincoli di spesa statali in materia di personale sanitario, l'accesso alle scuole di

¹³⁸ D. Morana *ibidem*;

¹³⁹ R. BALDUZZI, D. Servetti, *Regionalismo differenziato in materia sanitaria*, cit., p. 8. Tali considerazioni sono state già delineate nel dibattito per il disegno di legge Costituzionale 1187/2006. Sul tema di rimanda alla lettura di B. Pezzini, *Il disegno di legge costituzionale n. 1187 del Senato e l'attivazione di competenze legislative esclusiva regionale in materia di assistenza e organizzazione sanitaria*, cit., p. 337. c.d. LA correlazione messa in luce ha come controprova i piani di rientro, i quali dimostrano plasticamente che le inefficienze organizzative incidono direttamente sull'erogazione ed il rispetto dei LEA, con conseguente bidirezionalità ed interdipendenza del rapporto.

specializzazione, i contratti (sia di specializzazione che di lavoro) dei medici, sistema di governance, fondi sanitari integrativi, interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSn e molte altre.¹⁴⁰

Detto in altri termini, il passaggio al regionalismo differenziato potrebbe comportare delle serie modifiche ed una rimodulazione dell'attuale assetto con imponenti conseguenze sulle singole regione, in particolare modo rispetto quelle in difficoltà ovvero in piano di rientro.

¹⁴⁰ Sul tema si rimanda alla lettura del dossier Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, in Senato della Repubblica, <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf>

3 LEA ED UNIFORMITÀ

Area di riflessione di certo interesse è quella dei LEA, giusto Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017.

Tale tematica necessita essere analizzata nel più vasto ambito della tutela costituzionale dei LEP, in relazione ai diritti civili e sociali. Tali tutele sono state concretizzate con l'inserimento nella Costituzione italiana nell'ambito della riforma del Titolo V nel 2001, specificando che queste prestazioni devono essere garantite in modo uniforme su tutto il territorio nazionale (art. 117, co. 2); nonché prevedendo il potere sostitutivo dello Stato in caso di mancato adempimento da parte delle regioni, ex art. 120, c 2 Cost.¹⁴¹

L'introduzione dei LEP mirava a bilanciare l'aumento delle competenze regionali, garantendo che i diritti fondamentali fossero uniformemente tutelati in tutta Italia. I LEP garantiscono una copertura trasversale di materie, pertanto toccando ambiti di competenza statali e regionali¹⁴².

Il concetto si è evoluto, specialmente nel contesto sanitario, dove già dagli anni '90 si parlava di livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA). La Riforma Bindi (D.Lgs. 229/99) ha poi ridefinito i LEA, spostando l'attenzione dall'offerta di servizi alla necessità di salute della popolazione, garantendo un finanziamento integrale¹⁴³.

¹⁴¹ Sul punto, parte della dottrina ha evidenziato come la garanzia di erogazione dei LEA dipende anche dall'attuazione degli strumenti normativi che li prevedono; attuazione in via amministrativa che è stata largamente demandata alle Regioni, coerentemente con quanto dettato dall'art. 118 Cost. Cfr. A. POGGI, *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 62; E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, cit., p. 1189;

¹⁴² M. LUCIANI, *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della L. cost. n. 3 del 2001*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, suppl. 1/2002, p. 21; ID., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 18, che specifica come questa trasversalità non possa automaticamente tramutarsi in un'attrazione generalizzata di una materia, come chiarito dalle sentenze C. Cost. 285/2005 e 248/2006; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 104.

A. POGGI *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 59 ss.

¹⁴³ Già nel 1992, con il D. lgs 502/1992, si era iniziato a parlare di livelli minimi uniformi, poi ripresi all'art. 59, c 50 l 449/1997, che inquadra l'essenzialità di tali livelli «*al fine di assicurare una maggiore equità del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle relative esenzioni, nonché di evitare l'utilizzazione impropria dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie*».

I LEA rappresentano i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve fornire a tutti i cittadini, finanziati attraverso le tasse pubbliche. Diverse interpretazioni dei LEA sono state fornite e si basano su modelli decisionali differenti: il modello utilitaristico, che considera il rapporto costo-efficacia degli stessi; il modello etico, che si basa su valori fondamentali come la dignità e la solidarietà; e un modello intermedio che stabilisce principi generali e lascia ai medici la scelta delle modalità di erogazione dei servizi¹⁴⁴.

Il tema dei LEA delinea il riparto dei poteri decisionali Stato – Regioni in ambito sanitario. La definizione dei LEA, infatti, stabilisce il nucleo delle prestazioni sanitarie non differenziabili, garantendo uniformità sul territorio nazionale. Tuttavia, le Regioni hanno margini di attuazione dei LEA; Si sottolinea che le regioni stesse cooperano con lo stato proprio in sede decisionale, dei LEA; in Conferenza Stato-Regioni¹⁴⁵.

Solo tramite la collaborazione Stato-Regioni si può giungere ad un corretto funzionamento del sistema, trovando equilibrio tra le esigenze di uniformità ed omogeneità nell'erogazione dei servizi e le necessità di autonomia delle singole regioni.

Dal punto di vista finanziario, il principio di solidarietà fiscale, come previsto dal Titolo V, è stato completamente introitato nell'ambito dei LEA e risulta essenziale per il finanziamento degli questi ultimi. Il principio di solidarietà fiscali assicura che le regioni economicamente svantaggiate non ricevano meno servizi, così riuscendo a garantire un corretto livello delle prestazione sull'intero territorio nazionale. Pertanto, strumenti come il fondo perequativo e le risorse aggiuntive sono

¹⁴⁴ Sul tema si rimanda a ATRIPALDI M., *Diritto alla salute e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*, in *federalismi.it - Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017; FLORIO F. S., *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in BOTTARI C. (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014, p. 53 ss.; FRANCE G., *I Livelli Essenziali di Assistenza: un caso italiano di policy innovation*, in FIORENTINI G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, 2003, pp. 73 ss.; LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., pp. 13 ss.; PINELLI C., *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali"*, cit., pp. 881 ss.;

¹⁴⁵ F. CINTOLI, *Diritto alla salute*, cit., p. 38,

fondamentali per garantire l'equità e promuovere la coesione economica e sociale tra i territori italiani¹⁴⁶.

4 LA COOPERAZIONE IN AMBITO LEA E IL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (DPCM) DEL 12 GENNAIO 2017

Come affermato l'individuazione dei LEP e dei LEA ha creato e crea una tensione tra le esigenze di unitarietà sull'intero territorio nazionale e le esigenze autonomistiche delle regioni, in particolare a seguito delle riforme degli anni '90 che hanno visto un'importante cooperazione tra lo Stato e le Regioni in ambito sanitario¹⁴⁷.

Come conseguenza, a seguito della riforma del Titolo V, si è scelto di adottare un approccio cooperativo nella gestione dei LEA, coinvolgendo le Regioni attraverso la Conferenza Stato-Regioni per tutte le decisioni significative in materia. Ciò è stato perseguito sin da subito, con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001, che stabiliva in dettaglio i LEA, accordati in Conferenza Stato-Regioni distinguendo le prestazioni in tre categorie principali: assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro (prevenzione), assistenza distrettuale (servizi sanitari e sociosanitari sul territorio), e assistenza ospedaliera. I LEA, definiti sulla base di evidenze scientifiche e del beneficio apportato, rappresentavano i livelli essenziali garantiti uniformemente dal SSN^{148, 149}.

¹⁴⁶ A. POGGI, *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 60; D'ATENA A., *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quad. Cost.*, 1/2003, p. 21; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 103 s.

¹⁴⁷ A. D'ATENA, *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quad. Cost.*, 1/2003, p. 21; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 103 s.

¹⁴⁸ R. BALDUZZI, *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, p. 12.

¹⁴⁹ Il decreto prevedeva anche alcune esclusioni dalle prestazioni garantite (note come "liste negative"), classificate in tre categorie: prestazioni completamente incluse nei LEA, prestazioni parzialmente escluse soggette a specifiche indicazioni cliniche, e prestazioni incluse nei LEA che necessitavano di modalità più appropriate di erogazione. L'allegato A del decreto forniva ulteriori dettagli sulle prestazioni incluse, ma non stabiliva una gerarchia di priorità, mostrando una maggiore attenzione all'aspetto quantitativo piuttosto che qualitativo. Sul tema si rimanda alla lettura di A. POGGI, *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 64.

Parte della dottrina ha analizzato il decreto, evidenziando delle lacune, come le esclusioni di servizi e prestazioni perché non considerati essenziali secondo i principi del SSN, non sufficientemente supportati

Solo con il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 è stata realizzata una revisione organica dei LEA, aggiornando le liste con pratiche mediche più moderne, eliminando quelle obsolete, e stabilendo nuove modalità di erogazione nel rispetto dell'efficienza e dell'appropriatezza.

L'aggiornamento del 2017 era necessario, ma alcuni autori hanno notato che non ha introdotto cambiamenti sufficienti per colmare le lacune del decreto del 2001. L'aggiornamento si è concentrato maggiormente su specificazioni dettagliate di prestazioni già incluse, e in ambiti in cui non era possibile stilare liste chiuse, il decreto si è limitato a delineare gli ambiti di attività inclusi, come nell'assistenza distrettuale sociosanitaria¹⁵⁰.

È evidente la complessità normativa che deve essere analizzata criticamente, soffermandosi sul Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (dPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017, che definisce e aggiorna i Livelli essenziali di assistenza (LEA), come previsto dall'articolo 1, comma 7 del Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992. Il processo ha origine dalla Legge n. 833 del 1978, art. 3, comma 2, che stabilisce che lo Stato, nel contesto della programmazione economica

da evidenze scientifiche, o non conformi al principio di economicità nell'uso delle risorse. I criteri di esclusione (pertinenza, efficacia, e appropriatezza) erano coerenti con la programmazione sanitaria degli ultimi anni, ma secondo alcuni furono applicati in modo troppo rigido, escludendo aree di assistenza importanti, specialmente in ambito sociosanitario. Le Regioni hanno sfruttato questa rigidità per offrire livelli di assistenza aggiuntivi con risorse proprie.

Cfr. G. G. SANTONOCITO *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 165.

Non tutti gli autori hanno criticato i criteri di esclusione; piuttosto, l'eccesso di dettagli nell'allegato A è stato visto come problematico perché rischiava di compromettere il diritto alla salute, rendendo più difficile garantire la qualità dei servizi erogati. Nonostante queste criticità, la definizione dei LEA nel D.P.C.M. del 2001 non è stata rivista per oltre 15 anni.

¹⁵⁰ Le novità hanno riguardato, tra le altre, alcune prestazioni di grande rilievo sociale, quali: l'ampliamento delle vaccinazioni gratuite a quelle per meningococco B, varicella, rotavirus, pertosse, pneumococco, papillomavirus, con copertura generale oppure per categorie selezionate a seconda dei fattori di rischio; la cura dell'endometriosi; il trattamento dell'autismo; l'aggiunta di nuove prestazioni ambulatoriali avanzate per i pazienti in dialisi; l'inclusione in elenco di nuovi esami in laboratorio, della radioterapia e di alcune prestazioni riabilitative delle funzioni neurologiche post-trauma; l'ampliamento delle malattie rare – giunte a 110 – e delle malattie croniche – tra cui sono state ricomprese la sindrome di Down e la celiachia, prima considerate malattie rare – con le relative esenzioni, oltre al miglioramento della qualità dell'assistenza grazie a dispositivi tecnologicamente avanzati (come gli ausili informatici e di comunicazione per le persone con gravissime disabilità); A livello di assistenza ospedaliera, l'aggiunta delle procedure analgesiche in corso di travaglio – in particolare l'analgesia epidurale.

nazionale, insieme alle Regioni, fissa gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e determina i livelli delle prestazioni sanitarie garantite a tutti¹⁵¹. Ulteriore passaggio si ha con il Decreto legislativo n. 502 del 1992, il quale all'articolo 1 prevede che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisca la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Il SSN assicura livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale, che è determinato dal Governo su proposta del Ministro della Salute, considerando le proposte delle Regioni e delle principali confederazioni sindacali. Le decisioni del Governo e delle Regioni hanno portato all'approvazione del dPCM del 29 novembre 2001, che definisce i LEA in tre aree: assistenza sanitaria collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

L'intesa del 5 ottobre 2006 ha portato a una revisione dei LEA, con il dPCM del 23 aprile 2008 che delinea tre grandi aree di intervento: prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera¹⁵². Attualmente, i LEA sono quelli individuati dal dPCM del 2017 e si articolano in varie attività, servizi e prestazioni garantite dal SSN, in linea con la Legge n. 833 del 1978 e il Decreto legislativo n. 502 del 1992 e le loro successive modifiche. Le tre aree di intervento sono state mantenute e integrate nel nuovo dPCM.

Stante la complessità della materia e le necessità inerenti il monitoraggio ha comportato la creazione di strutture di monitoraggio adeguate rispetto lo scopo.

Tra le commissioni costituite merita una nota tanto la Commissione di monitoraggio dell'attuazione del dPCM dei LEA quanto **Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN**, nonché Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA (Comitato LEA).

¹⁵¹ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013 p 81 ss.

¹⁵² *Ibidem* p 85

La Commissione di monitoraggio dell'attuazione del dPCM dei LEA viene istituita dal Decreto del Ministero della Salute del 19 gennaio 2017, con il compito di controllare l'attuazione del dPCM, assicurando un'applicazione uniforme sul territorio nazionale, nonché individuando gli strumenti necessari alla piena e uniforme erogazione dei LEA da parte degli enti.

In particolare, «La Commissione di cui al comma 556, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, nonché degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, anche su proposta dei suoi componenti, svolge in particolare le seguenti attività:

a) procede ad una valutazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria inclusi nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza;

b) acquisisce e valuta le proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni;

c) per l'aggiornamento dei LEA e l'individuazione di condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, si avvale delle valutazioni di HTA su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi;

d) valuta l'impatto economico delle modifiche ai LEA;

e) valuta le richieste, provenienti da strutture del Servizio sanitario nazionale, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione, ai sensi dell'articolo 1, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

f) valuta che l'applicazione dei LEA avvenga in tutte le regioni con lo stesso standard di qualità e includa tutte le prestazioni previste dagli specifici LEA.»

La Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN, è nata giusto art. 1 c 556 l 208/2015 «al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale

nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica» e costituita con il Decreto del Ministero della Salute del 16 giugno 2016 e modificata con Decreto del 17 ottobre 2016, per garantisce l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'ambito dei LEA.

Il Comitato LEA, è istituito con Decreto del Ministro della Sanità del 2005 e integrato dai patti per la salute 2010-2012 e 2014-2016, ed ha il compito di monitorare l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità dell'erogazione dei LEA.

Per raggiungere la qualità e l'efficacia nell'erogazione prevista dei LEA è essenziale focalizzarsi sulle singole Regioni, utilizzando elementi valutativi della qualità, appropriatezza e costo delle prestazioni, ponendo in confronto le diverse realtà territoriali al fine di ridurre le disuguaglianze sanitarie e sociali¹⁵³. Il Decreto ministeriale del 12 dicembre 2001, in ottemperanza dell'intesa stato- regioni, stabilisce una serie di adempimenti per le Regioni, con finanziamenti aggiuntivi condizionati al rispetto di questi adempimenti. È stabilito un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario. Il set di indicatori interessa le diverse dimensioni della valutazione dei servizi sanitari, inclusi i relativi costi. Allo scopo di consentire un'interpretazione integrata delle informazioni riportate dal set di indicatori, vengono pubblicati, congiuntamente ad esse, dati riguardanti lo stato di salute ed il contesto socio-ambientale e demografico delle popolazioni di riferimento»¹⁵⁴. La verifica, a seguito dell'istruttoria, è a cura del Comitato LEA.

¹⁵³ M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *I modelli di welfare Sanitario tra qualità e sostenibilità*, a cura di C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI, *Editoriali, scientifica*, 2018, p. 272ss;

¹⁵⁴ Decreto del Ministero della Salute del 12 dicembre 2001 art. 1

5 LEA E TUTELA DEL NUCLEO IRRIDUCIBILE

Quesito che deve necessariamente essere posto è il collocamento dei LEA nell'ambito dei diritti e la conseguente tutela che gli viene garantita. Per meglio spiegare si deve indagare se i LEA facciano parte o meno dei diritti sociali e se, conseguentemente, vadano garantiti a prescindere da crisi economico-finanziarie o meno. In prima analisi si deve valutare il concetto di prestazione essenziale.

Una prima lettura vede le prestazioni essenziali in ogni modo condizionate ad una valutazione delle concrete possibilità finanziarie del soggetto chiamato ad offrire i servizi; pertanto, il concetto di essenzialità della prestazione andrebbe a coincidere con quello di sufficienza della prestazione.

Un ulteriore angolo prospettico porta a valutare l'essenzialità della prestazione come miranti ad assolvere alle istanze di equità e benessere. In tal caso l'essenzialità sarebbe vista come la necessità di garantire una prestazione adeguata.

In fine, l'essenzialità la si ricollega al concetto di «giusto», intendendo la prestazione essenziale come nozione relativa e soggettiva, essendo dipendente necessariamente dal destinatario della prestazione, come dalla generalità dei fruitori del servizio rispetto cui la singola prestazione debba essere raffrontata.¹⁵⁵

La tematica trattata è divenuta di crescente interesse, tanto dottrinale che giurisprudenziale, precipuamente dopo la modifica dell'art. 81 Cost., e pertanto costituzionalizzando l'obbligo del pareggio di bilancio.¹⁵⁶

¹⁵⁵ Sul tema si rimanda alla lettura di: L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in *Diritti sociali dal riconoscimento alle garanzie: il ruolo della giurisprudenza*. Atti del convegno annuale del Gruppo di Pisa svoltosi a Trapani, 8 – 9 giugno 2012, a cura di E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE, Napoli, 2013, 104 ss; M. LUCIANI *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, p. 26

¹⁵⁶ Nel 2012, difatti, è stato approvato il Trattato intergovernativo sulla stabilità, il coordinamento, e la governance, il cd *fiscal compact*. In tale Trattato, all'art. 3 prevede regole stringenti in tema di bilancio, con delle applicazioni a livello nazionale di alcune regole per rispettare l'impegno assunto. Il Parlamento italiano compie una scelta ancor più rigorosa di quella prevista dal *fiscal compact* andando ad approvare la riforma n. 1/2012, prevedendo l'obbligo dell'equilibrio di bilancio in costituzione.

A seguito di tale modifica si è ravvivato il dibattito sulla soggezione dei LEA e delle prestazioni sanitarie a limitazioni dipendenti dalla ricerca dell'equilibrio di bilancio.

Chiaramente nel bilanciamento tra interessi la tutela del diritto alla salute soffre di naturali compressioni date dalle esigenze di bilancio, compressioni che nel bilanciamento non possono portare, però, alla preponderanza del dettato dell'art. 81 Cost. rispetto il Diritto alla Salute.

La stessa Corte Costituzionale ha ribadito tale concetto plurime volte nel corso degli anni 90 sottolineando come il nucleo irriducibile del diritto alla salute non possa assumere carattere recessivo rispetto esigenze di bilancio, seppur costituzionalmente garantite¹⁵⁷.

In particolare, la Corte ha asserito che «il diritto alla salute spetta ugualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio nazionale. Non è pertanto casuale che la spesa in questione sia prevalentemente rigida e non si presti a venire manovrata, in qualche misura, se non dagli organi centrali di governo».

Anche la dove lo Stato preveda ed introduca quote di partecipazione al costo delle prestazioni, la Corte ha sottolineato come «per non violare l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio, la sfera di operatività di una norma siffatta dev'essere, invero, ridotta ai minimi termini; mentre è soltanto lo Stato che dispone [...] della potestà di circoscrivere in tal senso la spesa, per mezzo dell'introduzione di tickets o con il ricorso ad analoghe misure di contenimento ...[perché] là dove sono in gioco funzioni e diritti costituzionalmente previsti e garantiti, è infatti indispensabile superare la prospettiva del puro contenimento della spesa pubblica, per assicurare la certezza del diritto ed il buon andamento delle pubbliche amministrazioni, mediante discipline coerenti e destinate a durare nel tempo».¹⁵⁸

¹⁵⁷ Si rimanda alle sentenze della Corte Cost. n. ri 309/99, 267/98, 416/95. La Corte, per, ha anche mostrato nel corso del tempo una propensione al necessario contenimento della spesa pubblica, creando la categoria dei diritti finanziariamente condizionati, facendo riferimento ai principi di ragionevolezza e gradualità, e pertanto, facendo riferimento alle risorse disponibili, G. LEVENE *L'attenzione sui diritti sociali, paradigmi di un tempo*, 10 giugno 2014, in *Federalismi*.

¹⁵⁸ Corte Cost. sentenza n. 245 del 1984, e ribadito testualmente nella sentenza della Corte Costituzionale n. 203/2008.

Tra queste sentenze è opportuno ricordare la n. 203 del 2008 in cui la Corte stabilisce che spetta allo Stato la determinazione dei costi relativi alle prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza ripartendoli tra il Servizio Sanitario Nazionale e gli assistiti, «sia prevedendo specifici casi di esenzione a favore di determinate categorie di soggetti, sia stabilendo soglie di compartecipazione ai costi, uguali in tutto il territorio nazionale».

In merito ai ticket la Corte ha specificato che il «ticket è stato originariamente introdotto «più in funzione di dissuasione dal consumo eccessivo di medicinali che in funzione di finanziamento della spesa sanitaria», mentre «la successiva evoluzione legislativa ha [...] attribuito al ticket una sempre maggiore valenza di strumento per la riduzione della spesa pubblica in materia sanitaria ed ha correlativamente disposto un'articolata disciplina delle esenzioni». Pertanto, la spesa sanitaria sia resa compatibile con «la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario. Ciò implica che «l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa».¹⁵⁹

Come conseguenza la Corte ha riportato che: «L'esigenza di adottare misure efficaci di contenimento della spesa sanitaria e la necessità di garantire, nello stesso tempo, a tutti i cittadini, a parità di condizioni, una serie di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (entrambe fornite di basi costituzionali messe in rilievo dalla giurisprudenza di questa Corte), rendono compatibile con la Costituzione la previsione di un ticket fisso, anche se non si tratta dell'unica forma possibile per realizzare gli obiettivi prima indicati. Lo scopo perseguito è, da una parte, quello di evitare l'aumento incontrollato della spesa sanitaria, derivante dall'inesistenza di ogni forma di compartecipazione ai costi da parte degli assistiti, e, dall'altra, quello di non rendere più o meno

¹⁵⁹ Corte. Costituzionale sent. n. 203/2008

onerose nelle diverse Regioni prestazioni che si collocano nella fascia delle prestazioni minime indispensabili per assicurare a tutti i cittadini il godimento del diritto alla salute».

In altra sede, sempre in tema di tutela di diritti sociali ed equilibrio di bilancio la Corte Costituzionale ha asserito che «una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto allo studio e all'educazione degli alunni disabili non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali, è di tutta evidenza che la pretesa violazione dell'art. 81 Cost. è frutto di una visione non corretta del concetto di equilibrio del bilancio, sia con riguardo alla Regione che alla Provincia cofinanziatrice. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»¹⁶⁰.

5.1 LEA UNIFORMITÀ TERRITORIALE E DIFFERENZIAZIONE

L'art. 117 Cost. affida la materia della determinazione dei livelli essenziali allo stato, passaggio che va letto in combinato disposto con l'art. 120 Cost. ove si prevede l'attrazione da parte dello Stato e la conseguente sostituzione dello Stato agli Enti territoriali per esigenza di tutela dei livelli essenziali delle prestazioni ...«sembrerebbe pertanto acquisito, alla luce del nuovo Titolo V, che questo concetto dei "livelli essenziali ed uniformi" abbia ormai assunto una valenza autonoma, solo parzialmente connessa ad esigenze di natura finanziaria: esso si configura ormai come il parametro di riferimento in materia di diritti sociali e, a quanto pare, anche civili».¹⁶¹

Tale *querelle* è stata risolta dalla Corte Costituzionale già nella Sentenza 88/2003, plurime volte richiamata dalla Corte stessa, chiarendo che tra le materie di legislazione esclusiva statale quella inerente alla «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio

¹⁶⁰Corte Costituzionale sent. n. 275/2016

¹⁶¹ E. BALBONI, *Il concetto di livelli essenziali ed uniformi come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Istituzioni e federalismo*, 2001, 1109

nazionale [attribuendo] al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto». «Attraverso l'esplicito richiamo all'"adeguata uniformità di trattamento" la Consulta sembrerebbe pertanto voler affermare la riconducibilità dell'uniformità ad una vera e propria esigenza costituzionale»¹⁶².

Ciò a cui mira il dettato Costituzionale non sarebbe tanto, l'uniformità delle erogazioni nel territorio, quanto la non discriminazione, l'uguaglianza degli stessi a prescindere dal territorio di provenienza; «da questa clausola si è anche proposto di far discendere il dovere per i pubblici poteri di superare gli squilibri territoriali, vale a dire quella disuguaglianza di fatto nell'accesso alle prestazioni [...]. Secondo questa lettura, il riferimento a "tutto il territorio nazionale", contenuto nell'art. 117, appare appunto significativo dell'obiettivo, che la Costituzione ha voluto assegnare al legislatore, di uguaglianza interterritoriale»¹⁶³.

Dibattito sorto come diretta conseguenza del principio di uniformità è legato al significato da attribuire alla stessa o, meglio, se legarla all'uniformità normativa sul piano nazionale ovvero a quella delle effettive prestazioni erogate sul territorio. Appare largamente diffusa la lettura che lega l'uniformità all'effettiva erogazione delle medesime prestazioni a livello territoriale, poiché la ratio sottostante la clausola e la riserva affidata allo Stato è legata alla volontà di assicurare uniformità di diritti ai cittadini, uniformità di diritti che passa per l'uniformità amministrativa e legislativa e che è presupposto della stessa¹⁶⁴.

¹⁶² V. ANTONELLI, *op cit.*

¹⁶³ C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione*, e ritorno, cit., 77.

¹⁶⁴ Tale tradizionale lettura è stata messa in discussione proprio dalle politiche sanitarie dell'ultimo trentennio, politiche legate al decentramento istituzionale e con l'introduzione del regionalismo differenziato alla differenziazione territoriale.

Innegabile è che l'unitarietà del diritto alla salute sono legate alla tutela effettiva dello stesso, mediante l'effettiva erogazione (per tramite di un servizio sanitario idoneo) delle prestazioni. L'effettività del diritto alla salute passa, come affermato nella sentenza 309/1999 Corte Cost. dalla tutela del «nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana». Tale garanzia necessariamente discende dalla presenza dei Livelli essenziali di assistenza. Solo attraverso questi si può garantire l'equità tra i cittadini nel godimento di tale diritto fondamentale; solo questi possono garantire

«Il valore conformativo dei LEA, il loro configurarsi, nel quadro di un sistema complesso e variegato su cui si posizionano, a quel che pare, più modelli positivi, come il principale (e forse unico) fattore di unificazione e di uniformità funzionale di una realtà, per il resto, piuttosto caotica e, persino, scomposta e frammentata. E cioè, i "livelli essenziali delle prestazioni" si atteggiavano davvero come il valore (*rectius*, la clausola) di massima sicurezza e di chiusura del sistema, di un sistema che fra paradossi e mitologie e fra ricorrenti pendolarismi "ideologici", conserva, tuttavia, almeno sotto tale irrinunciabile aspetto, momenti di unità e di funzionale uniformità»¹⁶⁵.

I LEA per loro natura dovrebbero garantire uniformità territoriale nel godimento del diritto alla salute, uniformità data dall'erogazione dei livelli di prestazioni sanitarie uguali in tutto il territorio. Ciò pone in un binomio inscindibile il concetto di essenzialità ed uniformità delle prestazioni.

Per livello uniforme non si dovrebbe semplicemente «individuare ... una soglia standard, tecnicamente raggiungibile e soprattutto garantibile grazie ad una determinata dotazione di risorse finanziarie e di struttura organizzativa, bensì esprimerebbe uno strumento per conseguire obiettivi

delle comuni base organizzativo-funzionale del SSN e garantire il livello necessario delle prestazioni. Le prospettive di unità indicate e rappresentate dai LEA entrano in rapporto con la differenziazione susseguente alle riforme degli anni 90 e poi del Titolo V.

La differenziazione, però, può non comportare tout court una disuguaglianza nei livelli di godimento del diritto alla salute. Il decentramento conseguente all'esercizio dell'autonomia non implica sempre una differenziazione.

La differenziazione e l'uniformità possono condizionarsi reciprocamente. Nel settore sanitario possiamo registrare difatti numerosi spazi di differenziazione sia sul piano delle prestazioni che su quello dell'organizzazione. La differenziazione potrebbe conferire un più elevato standard, rispetto a quello previsto, potrebbe portare alla creazione di «fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza», potendo prevedere tanto «prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati» quanto «prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito». E. PIRAS, *Fondi sanitari integrativi e livelli essenziali di assistenza nella sanità pubblica*, in Riv. Dir. Banc. 6/2017, 1 ss.

Inoltre, «il concetto stesso di uniformità delle prestazioni erogate sul territorio appare comunque fortemente relativizzato, sia perché la qualità e la quantità delle prestazioni sono rapportate al volume delle risorse finanziarie disponibili, sia perché sembra profilarsi, se si vuole di fatto, e persino oltre gli intenti del legislatore nazionale, un modello plurale di servizio sanitario nazionale, in ragione delle forti attribuzioni regionali in materia» R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 263;

¹⁶⁵ R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, 260,

di uguaglianza sostanziale, e dunque per rimuovere situazioni di impedimento all'esercizio dei diritti in generale»¹⁶⁶.

L'uniformità delle erogazione, però, è anche stata letta come obiettivo implicito, derivante dal combinato delle disposizioni, poiché «l'osservazione per cui l'eguaglianza, soprattutto nella sua versione cosiddetta sostanziale, non tende al semplice contenimento delle differenze sociali, ma mira alla loro rimozione, anche per il tramite dell'assicurazione dei diritti sociali, fa ritenere che l'uniformità territoriale, da assicurarsi attraverso la definizione di identici livelli di prestazioni, sia da riferirsi al contenuto necessario a garantire effettivamente il diritto, in modo che questo sia egualmente soddisfatto su tutto il territorio nazionale»¹⁶⁷.

Alla luce di ciò quesito da porsi è come bilanciare il pluralismo delle prestazioni, l'assetto istituzionale e legislativo dislocato sul territorio con l'unitarietà dell'uniformità del servizio sul territorio nazionale. «L'attuazione del principio di uguaglianza implica la necessità per l'ordinamento di fornire risposte differenziate alle concrete esigenze dei cittadini: di qui la valorizzazione dell'autonomia degli enti territoriali come strumento di raggiungimento dell'uguaglianza.

Come osservato dalla giurisprudenza per non ledere il godimento del diritto alla salute si deve trovare un elemento di unione tra l'unitarietà data dai Lea e le singole scelte dei legislatori regionali. Ciò che potrebbe raccordare tali esigenze è l'inversione dell'uniformità con l'appropriatezza¹⁶⁸. L'appropriatezza è al centro dell'erogazione delle prestazioni sanitarie dalle riforme degli anni 90 la dove si specificava che il SSN assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti del PSN tenendo conto della appropriatezza delle cure rispetto le specifiche esigenze. L'appropriatezza, pertanto è direttamente legata ai LEA, come

¹⁶⁶ E. BALBONI, *Il concetto di livelli essenziali ed uniformi come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Istituzioni e federalismo*, 2001, p 1103.

¹⁶⁷ A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014, 57

¹⁶⁸ Sul tema si rimanda alla lettura di V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Milano, 2010, 445 ss.; ID., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, Torino, 2008; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008.

specificato dall'art. 1 c 2 e 7 del DL 502/1992. Al c. 7, infatti, si prevede che «sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2; b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate; c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza».

Tale legame è stato anche ribadito nel 2015, con la legge 208/15 art. 1, dove per garantire efficacia ed appropriatezza dei LEA è stato istituito il Comitato nazionale per l'aggiornamento dei LEA, il quale deve valutare tra le altre le «condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza ... [valutando che] l'applicazione dei LEA avvenga in tutte le regioni con lo stesso standard di qualità e includa tutte le prestazioni previste dagli specifici LEA».

L'appropriatezza è andata ad acquisire sempre una maggiore centralità divenendo parametro valutativo del rispetto dei LEA e parametro rispetto le attività di prevenzione e gestione.

Tale visione deve essere coniugata con la differenziazione naturalmente discendente dalle riforme degli anni 90 e del Titolo V. Come osservato dalla giurisprudenza per non ledere il godimento del diritto alla salute si deve trovare un elemento di unione tra l'unitarietà data dai Lea

e le singole scelte dei legislatori regionali. Ciò che potrebbe raccordare tali esigenze è l'inversione dell'uniformità con l'appropriatezza¹⁶⁹.

La necessità di una definizione di livelli uniformi delle prestazioni viene introdotta con le riforme degli anni '90, precipuamente all'art. 6 c 1 del d.l. 382/92, ove si prevedeva: «il Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce i livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1 gennaio 1993. Ove tale intesa non intervenga, il Governo provvede direttamente entro il 15 dicembre 1992».

Già, però, con la legge 421/1992, art. 1 l. g si demandava al Governo la definizione dei «principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori, tenuto conto della peculiarità della categoria di assistiti di cui all'articolo 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini, e il parametro capitaro di finanziamento da assicurare alle regioni e alle province autonome per l'organizzazione di detta assistenza, in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria». Si deve evidenziare l'«ambiguità probabilmente voluta» del legislatore ove parla di "soglia minima di riferimento" e di contenimento della spesa pubblica sanitaria tra gli scopi da raggiungere da parte della normativa delegata. Il limite tra le prestazioni dovute e quelle non dovute dalla Repubblica si va collocare «in corrispondenza della soglia minima di prestazioni», facendo emergere l'intenzione «di attuare la tutela della salute di cui all'art. 32 Cost. in senso restrittivo, come una tutela minima del bene nei cui confronti la dotazione finanziaria avrebbe dovuto costituire un vincolo a priori». ¹⁷⁰

¹⁶⁹ Sul tema si rimanda alla lettura di V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Milano, 2010, 445 ss.; ID., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, Torino, 2008; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008.

¹⁷⁰ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel servizio Sazitario nazionale*, cit. 33

Con le riforme degli anni '90 viene accentuata l'esigenza di garanzia di uniformità delle prestazioni «alla stregua di un vincolo unitario».¹⁷¹ Ciò porta a mutare la prospettiva intavolata con l'introduzione del SSN nel '78, concentrandosi sull'uniformità delle prestazioni. «la tensione tra unità e diversità, tipica di ogni processo devolutivo, non rimane circoscritta alla sfera istituzionale o alla forma di governo, ma viene così inevitabilmente ad interessare anche la disciplina dei diritti individuali o - potremmo dire - della forma di stato, articolandosi in tensione tra eguaglianza e distinzione. E come un certo grado di unità, ma anche un determinato livello di diversità sono richiesti per potersi muovere all'interno della categoria dello Stato regionale o federale, allo stesso modo sul versante dei diritti, una certa misura (essenziale) di eguaglianza al pari di una determinata (non eccessiva) cifra di diversificazione sono necessarie al fine, da un lato, di non tradire lo spirito distintivo che anima le esigenze di decentramento e, dall'altro, di non trasformare ragionevoli distinzioni in illegittime disuguaglianze»¹⁷².¹⁷³

Solo nel 1997, «Al fine di assicurare una maggiore equità del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle relative esenzioni, nonché di evitare l'utilizzazione impropria dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie, il Governo è delegato ad emanare... nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, efficaci, appropriati e uniformi, posti a carico del Fondo sanitario nazionale, sono individuate,

¹⁷¹ V. ANTONELLI, *Le garanzie dei LEA e l'uniformità territoriale*, in

¹⁷² C. CASONATO, C. PICIOCCI, *Devolution, diritti, identità: la tutela della salute fra asimmetrie ed esigenze di uniformità*, in R. BALDUZZA (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, 2009, 52

¹⁷³ Si sottolinea che il legislatore del '92 ha anche previsto delle forme di assistenza differenziato, all'art. 9 del 502/92, nella sua versione originaria recitava: « Al fine di assicurare ai cittadini una migliore qualità e libertà nella fruizione delle prestazioni, fermi restando i livelli uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 e la libera scelta del cittadino, le regioni possono prevedere, nell'ambito della programmazione regionale, in via graduale e sperimentale a partire dal 1 gennaio 1995, forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni...», c. 3 « Le forme differenziate di assistenza possono consistere:

a) nel concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento;
b) nell'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione».

anche in rapporto a linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto, da parte dell'utente, di una quota limitata di spesa», si introduce il concetto di essenzialità rispetto i livelli essenziali.

6 FINANZIAMENTO DEL SSN E PATTI PER LA SALUTE

L'evoluzione delle fonti di finanziamento per le Regioni a Statuto Ordinario (RSO) e il ruolo dello Stato nella sanità hanno subito cambiamenti significativi nel tempo. Queste trasformazioni sono emerse soprattutto dal dibattito sul decentramento fiscale negli anni Novanta, mirato a responsabilizzare le amministrazioni regionali nella gestione delle spese sanitarie e a ridurre le aspettative che lo Stato coprisse i disavanzi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), cosa che era avvenuta durante i primi dieci anni di funzionamento del SSN. Negli anni Ottanta, il finanziamento della sanità dipendeva interamente dai trasferimenti statali, ma negli anni Novanta si sono introdotte nuove fonti di entrata regionali, pur mantenendo invariata la legislazione costituzionale¹⁷⁴.

Il processo di razionalizzazione del sistema sanitario è stato inizialmente avviato con le riforme sanitarie, note come "riforme bis e ter", introdotte dai decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 229 del 1999. Tali riforme hanno introdotto il concetto dei "livelli essenziali e uniformi di assistenza" (LEA), definito come il "nucleo imprescindibile delle prestazioni" che dovevano essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'identificazione di queste prestazioni doveva essere contestuale alla definizione delle risorse disponibili per il finanziamento del sistema sanitario.

L'obiettivo principale del legislatore degli inizi anni '90 era divenuto il ridimensionamento del ruolo del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), prevedendo un sistema che responsabilizzasse maggiormente le regioni, chiamate per la prima volta a contribuire in misura significativa al Fondo. Le riforme hanno inoltre introdotto una distinzione tra le prestazioni incluse nei LEA, finanziate dal FSN e altre fonti, e le prestazioni ulteriori, che dovevano essere finanziate con risorse proprie delle regioni, come i "ticket" su farmaci e prestazioni diagnostiche e

¹⁷⁴ M. BORDIGNON, G. TURATI, "Bailing out expectations and public health expenditure", *Journal of Health Economics*, 2009.

specialistiche. Ciò ha permesso allo Stato di liberarsi dall'obbligo di coprire i disavanzi sanitari¹⁷⁵.

Negli anni successivi, il sistema è stato oggetto di ulteriori modifiche. Il decreto legislativo n. 446 del 1997 ha introdotto l'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) e l'addizionale regionale sull'IRPEF, mentre la legge n. 662 del 1996 ha cercato di superare il criterio della spesa storica con l'introduzione di una quota capitaria ponderata per determinare il fabbisogno regionale¹⁷⁶.

A partire da questo momento, si è consolidata la pratica di negoziazione tra Stato e regioni sulla spesa sanitaria, culminata nei "patti per la salute". La legge finanziaria del 2005 ha introdotto i cosiddetti piani di rientro, con i quali le regioni si impegnano a risanare i disavanzi nel bilancio sanitario.

Con il D. Lgs. 18/02/2000, n. 56¹⁷⁷, in attuazione delle disposizioni in materia di federalismo fiscale, si sospendono i trasferimenti erariali alle Regioni con i quali lo Stato finanziava i servizi sanitari, in sede di riparto del Fondo Sanitario Nazionale di cui all'art. 12, D.Lgs. 30/12/1992, n. 502 e si ridisegna il sistema del finanziamento del SSN¹⁷⁸.

Il sistema introdotto a seguito della riforma del titolo V prevede due macro forme di Finanziamento, il finanziamento proprio del SSN, costituito dai ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti, e mediante la fiscalità generale delle regioni, ed in particolare, la compartecipazione regionale all'imposta sul valore aggiunto (IVA); l'aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF); l'aumento della compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine, stabilite rispettivamente dagli artt. 2, 3

¹⁷⁵ C. BOTTARI, Tutela della salute ed organizzazione sanitaria, Torino, Giappichelli, 2011, 107;

¹⁷⁶ E. JORIO, Diritto sanitario, Milano, Giuffrè, 2006, p 196

¹⁷⁷ A tale normativa se ne si sono immediatamente aggiunte le modificazione del D.L. 18/09/2001, n. 387, conv. con modificazioni nella L. 16/11/2001, n. 405, recante "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", ad integrare il nuovo sistema di finanziamento;

¹⁷⁸ N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo promesso ed esigenze di bilancio*, in (a cura di) S. MANGIAMELI, *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma, Volume II*;

e 4 del medesimo decreto legislativo, nelle misure necessarie a realizzare detta compensazione; l'intero gettito dell'IRAP¹⁷⁹.

L'autonomia tributaria garantita alle Regioni a Statuto speciale ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano, invece, consente alle stesse di prescindere da qualsiasi contributo statale, con la sola eccezione della Regione Sicilia, dove lo Stato partecipa ancora per la metà del finanziamento della spesa sanitaria regionale.

Ne risulta un sistema in cui il Servizio Sanitario Nazionale è finanziato attraverso la fiscalità generale con imposte dirette (addizionale IRPEF ed IRAP) e indirette (compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina) assegnate direttamente alle Regioni.

Il decreto 405/2001, ha come *ratio* quella di “stabilizzare” la spesa sanitaria per gli anni a venire, inserendola in un meccanismo di crescita programmata e concordata con le Regioni tramite la stipula di Intese, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Con tali intese si devono concordare i livelli di spesa, programmare le prestazioni da garantire e prevedere gli adempimenti cui le regioni sono tenute al fine di accedere al finanziamento e le eventuali sanzioni¹⁸⁰.

A seguito dell'intesa nascono i cd Patti per la salute. La prima Intesa risale al 03/03/2000, e ss modifiche, nato con l'obiettivo di «definire un quadro stabile di evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, che, tenendo conto degli

¹⁷⁹ Conseguente alla riforma è anche la decadenza del vincolo di indisponibilità delle somme così determinate, che, a far tempo dal 2004, è abrogato per le Regioni in regola con gli obblighi di monitoraggio e verifica dell'assistenza sanitaria erogata, di controllo della relativa spesa e in condizioni di equilibrio economico-finanziario. Queste ultime, pertanto, possono utilizzare gli eventuali risparmi sui fondi attribuiti per finalità (anche) diverse da quelle assistenziali.

¹⁸⁰ Dai primi anni Duemila, i trasferimenti statali hanno progressivamente aumentato il loro peso nel finanziamento della sanità a scapito delle entrate regionali. Nel 2000, i trasferimenti statali rappresentavano il 41% del totale delle entrate per le Regioni a statuto ordinario, mentre nel 2023 questa quota è salita al 72%, indicando un ritorno alla dipendenza dai trasferimenti statali dopo i tentativi di decentramento degli anni Novanta. Questo fenomeno è ulteriormente confermato dalla sentenza n. 296 del 2003 della Corte costituzionale, che ha chiarito che l'Irap, essendo un'imposta introdotta dal Parlamento nazionale, è considerata un'imposta erariale, limitando così l'autonomia regionale su questo tributo. Sul punto si rimanda alla lettura di F. SCINETTI, G. TURATI e L. VIRGADAMO, *Come viene finanziata la sanità tra le Regioni?*, in OCPI, 31 maggio 2024, p 4

impegni assunti dal Governo e dagli enti territoriali con il Patto di stabilità e crescita, consenta di migliorarne l'efficienza razionalizzandone i costi»¹⁸¹.

Tale accordo, «dirime definitivamente qualsiasi controversia relativa all'accordo del 3 agosto 2000 per le responsabilità del Governo e delle regioni circa la congruità delle risorse finanziarie statali relative all'anno 2001, convenendo che eventuali ulteriori eccedenze di spesa resteranno a carico dei bilanci regionali», e prevedendo, come obiettivo programmatico, il «rapporto tra finanziamento del Servizio sanitario nazionale e PIL debba attestarsi, entro un arco temporale ragionevole, ad un valore del 6 per cento, comprese le entrate proprie quantificate nella misura corrispondente all'importo considerato per la determinazione della copertura del fabbisogno finanziario del 2001». L'accordo del 2001, detto in altri termini si pone come l'«anno zero» nel rapporto Stato- Regioni In materia di finanziamento del SSN¹⁸².

Ne è conseguito un periodo di riforme su tale tema, a partire dal Il patto per la salute 2007-2009. Stante il buono standard del SSn italiano, la premesse al Patto evidenziano come «presenta seri elementi di criticità: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che ne spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate», e che, pertanto, «il Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano convengono di sancire un Nuovo Patto per la Salute volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, a dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) su un arco pluriennale, a sollecitare e sostenere le azioni necessarie a elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a

¹⁸¹ Accordo 08/08/2001, Rep. Atti n. 1285, Conferenza Stato-Regioni

¹⁸² Ibidem

riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale»¹⁸³.

Ulteriore modifica so è avuta con i Patti per la salute Patto per la salute 2010 2012. A seguito della crisi economica del 2008-2010 anche il finanziamento del SSN ha subito delle limitazioni.

«Al fine del rispetto degli obblighi assunti in sede comunitaria dall'Italia e per tenere conto delle compatibilità e dei vincoli di finanza pubblica, il livello standard complessivo del finanziamento a

cui concorre ordinariamente lo Stato è definito come di seguito indicato. Le regioni devono assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza»¹⁸⁴.

Con tale patto si avvia una nuova fase di monitoraggio per l'andamento delle prestazioni sanitarie con particolare riguardo gli standard finanziari, connessa alla spesa pubblica, prevedendo di indicando i criteri di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione dei LEA.

Ai fini della predetta analisi si istituiva presso la Conferenza una apposita Struttura tecnica di monitoraggio paritetica¹⁸⁵.

¹⁸³ Patto per la salute 2007 2009;

¹⁸⁴ Patto per la salute 2010 – 2012;

¹⁸⁵ Nello specifico L'Intesa fissava per il triennio 2010-2012 il nuovo standard di 4 posti letto per mille abitanti, con conseguente obbligo di adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici, obiettivo da raggiungersi entro il 31/12/2010 per le Regioni sottoposte ai piani di rientro, mentre per le altre entro il 31 dicembre 2011.

L'Intesa fissava per il triennio 2010-2012 il nuovo standard di 4 posti letto per mille abitanti, con conseguente obbligo di adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici, obiettivo da raggiungersi entro il 31/12/2010 per le Regioni sottoposte ai piani di rientro, mentre per le altre entro il 31 dicembre 2011.

Uno scostamento dall'obiettivo era consentito solo nella misura massima del 5% in aumento e in relazione a condizioni demografiche particolari, relative al peso della popolazione ultrasessantacinquenne.

Le Regioni che non rispettano il principio di equilibrio economico, oltre ad innalzare le aliquote IRAP e addizionale regionale IRPES nella misura massima prevista dalla legislazione vigente, sono tenute al blocco del turn-over del personale sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e non possono effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

Le Regioni nelle quali il disequilibrio economico supera il 5%, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, ovvero anche un livello inferiore, qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, sono tenute a presentare entro il 10 giugno dell'anno successivo un Piano di rientro di durata non superiore a tre anni, che deve essere valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio e approvato dal Consiglio dei Ministri. Il Presidente della Regione è nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro; a seguito di ciò, sono automaticamente sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e decadono tutti i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale nonché dell'assessorato regionale competente.

È utile soffermarsi sui concetti di fabbisogno standard e costo standard, la cui definizione e le cui modalità di determinazione sono disciplinate dal d.lgs. n. 68/2011. Come specificato dall'art. 25 del decreto, che apre il capitolo dedicato a "Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario", questi rappresentano i parametri di riferimento per il finanziamento completo della spesa sanitaria. In particolare, il fabbisogno sanitario standard indica l'ammontare totale delle risorse necessarie per garantire i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e adeguatezza¹⁸⁶.

Il fabbisogno sanitario nazionale standard viene determinato in modo coerente con il contesto macroeconomico generale, rispettando i vincoli di finanza pubblica e gli obblighi assunti dall'Italia a livello comunitario. Viene anche calcolato in base al fabbisogno derivante dalla definizione dei livelli essenziali di assistenza. Ogni anno, il Ministro della Salute, in accordo con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, stabilisce i costi e i fabbisogni standard delle singole regioni.

Relativamente ai principali livelli di assistenza stabiliti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, i livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria sono così suddivisi: 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, 51% per l'assistenza distrettuale, e 44% per l'assistenza ospedaliera¹⁸⁷.

Il fabbisogno sanitario standard per le singole regioni a statuto ordinario, complessivamente pari al fabbisogno sanitario nazionale standard, viene calcolato "applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento". Le regioni di riferimento, o parametro, sono le tre regioni scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque migliori indicate dal Ministro della Salute e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze. Queste regioni devono garantire

L'approvazione del Piano e la sua attuazione costituiscono condizione per l'accesso al maggior finanziamento statale

¹⁸⁶ F. POLITI, *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità: prime valutazioni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, 2012;

¹⁸⁷ Art. 26, comma 2, d.lgs. n. 68/2011

l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in equilibrio economico, senza essere soggette a piani di rientro, e sono selezionate in base a criteri di qualità dei servizi, appropriatezza ed efficienza. Inoltre, devono rappresentare diverse aree geografiche del Paese, includendo almeno una regione di piccole dimensioni.

I costi standard vengono calcolati su base aggregata per ciascuno dei tre macro livelli di assistenza (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera) utilizzando la media pro capite pesata dei costi registrati nelle regioni di riferimento. Questi costi vengono poi applicati alla popolazione regionale ponderata per classi di età¹⁸⁸.

A partire dal 2015, i pesi sono definiti dal Ministro della Salute, in accordo con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, basandosi sui criteri della legge n. 662/1996. Inoltre, per il 2016, il comma 7 bis dell'art. 27 ha prorogato l'individuazione delle regioni di riferimento stabilite dalla Conferenza permanente e ha confermato i costi pro capite per i livelli assistenziali rilevati dai modelli LA 2013, mantenendo gli stessi pesi per classi di età utilizzati per la determinazione dei fabbisogni standard regionali del 2015.

¹⁸⁸ Art. 27, comma 6, d.lgs. n. 68/2011

7 TARIFFE SANITARIE

Con l'art. 8 sexies del d.lgs 502/1992, al fine di garantire il controllo della spesa ed il rispetto dei LEA, si introduce il sistema tariffario per la remunerazione delle prestazioni sanitarie. In particolare, «Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ... con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse».

Alla fine dell'individuazione dei sistemi classificatori si deve, inoltre, tener conto dei:

«a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;

b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;

c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale.»

Tali tariffe vengono aggiornate periodicamente con accordo stipulato tra Ministero della sanità., le regioni e le province autonome di

Trento e di Bolzano, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato.

Compartecipazione

Come già affermato, il finanziamento della spesa sanitaria passa anche dalla compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

Tale compartecipazione varia tra le Regioni, le quali prevedono sistemi differenziati sia in relazione alle prestazioni su cui si applicano, sia in relazione agli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia in relazione alle esenzioni previste.

Ad ogni modo la compartecipazione del cittadino al costo delle prestazioni è alquanto limitata¹⁸⁹.

Il legislatore, con l'art. 1, comma 796, lett. p), primo periodo della L. 27/12/2006, n. 296), aveva introdotto una quota di partecipazione alle spese sanitarie. Tale previsione, con la L. n. 112/2008, è stata abrogata prevedendo che le singole Regioni potessero abolire tale forma di finanziamento¹⁹⁰. Forma di finanziamento reintrodotta nel 2011.

Pertanto, le Regioni hanno applicato il ticket in modo non uniforme sul territorio nazionale. Di conseguenza, anche le esenzioni dal pagamento del ticket variano notevolmente. In generale, le esenzioni sono determinate da fattori come età, reddito, invalidità o presenza di malattie croniche o rare. Esistono anche esenzioni temporanee, legate a specifiche situazioni, come per le donne in gravidanza, i donatori di sangue, organi e tessuti, e per chi ha subito danni da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni o somministrazione di emoderivati.

¹⁸⁹ Il valore della compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria pubblica in Italia (il valore dei "ticket") è stato nel 2020 di circa 2,7 miliardi. Negli ultimi anni l'andamento è stato piuttosto costante (Tav. 1), ma la spesa per i ticket è calata di 682 milioni nel 2020, principalmente per i minori proventi (566 milioni) legati alla specialistica ambulatoriale (visite specialistiche, esami strumentali, esami di laboratorio, prestazioni terapeutiche e di riabilitazione effettuate in ambulatorio). Sul punto si rimanda alla lettura di M. GARLASCHI, *La spesa per i ticket sanitari nelle varie regioni d'Italia*, in *Ocpi*, 18 giugno 2022.

¹⁹⁰ Sul tema è intervenuta anche la Corte Costituzionale sent. 30/12/2009, n. 341) ha confermato la legittimità di tale intervento, affermando che l'abolizione del ticket, regolata con modalità di copertura finanziaria, ha l'obiettivo di coordinare le finanze in un settore critico come quello sanitario. La Corte ha anche sottolineato che le Regioni mantengono un ampio margine di scelta: possono decidere di mantenere, ridurre o sostituire il ticket con altre forme di compartecipazione dei cittadini alle spese sanitarie. Anche se decidono di abolire il ticket, le Regioni non sono obbligate ad adottare tutte le misure di contenimento della spesa suggerite dal legislatore e possono applicarle parzialmente o selettivamente, lasciando comunque margini di flessibilità.

8 IL FONDO DI PEREQUAZIONE

Il "Fondo perequativo nazionale" è un fondo, previsto ex art. 7, D.Lgs. 18/02/2000, n. 56, che destina una parte del gettito derivante dalla compartecipazione all'IVA per promuovere la solidarietà interregionale, avente come *ratio* la volontà dello Stato di assicurare alle regioni una corretta copertura finanziaria che permetta di garantire ai cittadini il raggiungimento dei LEA¹⁹¹.

L'obiettivo principale del Fondo è ridurre del 90% le differenze nel gettito fiscale pro capite tra le Regioni rispetto alla media nazionale. Il calcolo della quota del Fondo destinata alla sanità prende in considerazione la quota regionale di IVA, basata sulla media dei consumi familiari degli ultimi tre anni in ogni regione, e determina quale parte dell'IVA è necessaria per coprire il fabbisogno sanitario negoziato tra Stato e Regioni. Questo viene fatto tenendo conto delle entrate regionali derivanti dall'IRAP, dall'addizionale IRPEF, dalla compartecipazione

¹⁹¹ Art. 7 D. Lgs 56/2000, **Fondo perequativo nazionale e criteri per le assegnazioni alle regioni**

1. È istituito nello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica il "Fondo perequativo nazionale" al fine di consentire che una parte del gettito della compartecipazione all'IVA venga destinata alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale. Le quote di compartecipazione all'IVA di cui all'articolo 2, comma 4, lettere b) e c), e l'entità del Fondo perequativo nazionale sono determinate annualmente con le procedure di cui all'allegato A).

2. Al fine di consentire a tutte le regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni, di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale e per tener conto delle capacità fiscali insufficienti a far conseguire tali condizioni e dell'esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali, la determinazione delle quote di cui all'articolo 2, comma 4, lettera d), è effettuata in funzione di parametri riferiti alla popolazione residente, alla capacità fiscale, le cui distanze rispetto alla media dovranno essere ridotte del 90 per cento, ai fabbisogni sanitari e alla dimensione geografica di ciascuna regione, come definiti e determinati dalle specifiche tecniche di cui all'allegato A). A decorrere dal 2004 possono essere apportate modifiche alle specifiche tecniche di cui al predetto allegato A), relativamente al parametro della dimensione geografica, con il decreto di cui all'articolo 2, comma 4. Le quote di cui al presente comma sono fissate in modo tale da assicurare comunque la copertura del fabbisogno sanitario alle regioni con insufficiente capacità fiscale.

3. Per l'anno 2001 a ciascuna regione è comunque corrisposto un importo pari alla differenza tra l'ammontare dei trasferimenti soppressi e il gettito derivante dall'aumento dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'accisa sulle benzine di cui all'articolo 3, comma 1, e all'articolo

4. L'importo così determinato viene rapportato all'importo della compartecipazione all'IVA determinato in applicazione dell'articolo 2, comma 2, e al fine di individuare la quota di incidenza della spesa storica.

4. Per gli anni 2002 e 2003 la quota di cui al comma 3 è ridotta del 5 per cento ogni anno. A decorrere dall'anno 2004, per una efficace implementazione dei criteri di perequazione, la quota di cui al comma 3 è ridotta di un ulteriore 9 per cento ogni anno fino a totale azzeramento nel 2013. Le risorse che residuano in ciascun anno sono ripartite in base ai parametri di cui all'allegato A).

all'accisa sulla benzina, dalle entrate proprie delle aziende sanitarie e dalla mobilità sanitaria tra regioni.

Il funzionamento del Fondo prevedeva che, nel primo anno della sua attivazione (2001), esso dovesse coprire interamente la spesa storica regionale precedentemente finanziata dallo Stato, definita come "incidenza della spesa storica". Dal 2002, questa percentuale è stata progressivamente ridotta del 5% per i primi due anni e del 9% dal 2004, fino al suo completo azzeramento nel 2013. Tuttavia, la legislazione federale ha mantenuto il Fondo perequativo (art. 15, comma 5, D.Lgs. 06/05/2011 n. 68) con modalità diverse.

A partire dal 2020, il Fondo è alimentato dalla compartecipazione al gettito dell'IVA, determinata per garantire il finanziamento integrale delle spese per i livelli essenziali di assistenza in ogni regione. Nel primo anno di funzionamento, queste spese sono calcolate in base ai valori di spesa storica e ai costi standard, ove disponibili; nei successivi quattro anni, si prevede una graduale convergenza verso i costi standard, secondo modalità stabilite con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni. La quota perequativa viene corrisposta a ciascuna Regione in via definitiva solo dopo la determinazione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) e l'accordo sulla sua distribuzione da parte della Conferenza Stato-Regioni. Nel frattempo, il fabbisogno derivante dalla spesa sanitaria corrente è coperto da anticipazioni di tesoreria fornite a ciascuna regione in base a una stima provvisoria delle somme spettanti.

9 LA MOBILITÀ SANITARIA

Elemento centrale ai fini del finanziamento in ambito sanitario e quale parametro per la valutazione dell'effettività delle prestazioni, rispetto dei LEA e garanzia diritto del paziente di scegliere il luogo di cura vi è la mobilità sanitaria.

Questa si colloca nel c.d. *medical tourism*, lo spostamento dei fruitori delle prestazioni sanitarie ai fini della cura.

La mobilità si distingue principalmente in due categorie, la mobilità attiva che rappresenta l'attrazione esercitata dalle Strutture Sanitarie, tanto pubbliche che private (purché accreditate che siano), in favore di utenti che risiedono in altre Regioni/Province autonome; la mobilità passiva, rappresentata dallo spostamento dei fruitori del Servizio Sanitario Regionale, verso Strutture Sanitarie, siano esse

pubbliche o private accreditate, fuori dalla propria Regione/Provincia autonoma di residenza¹⁹².

A tale macro-divisione si affiancano ulteriori tipologia di mobilità. Vi è infatti una “mobilità di confine”, per tale intendendosi lo spostamento del fruitore del Servizio Sanitario dalla propria Regione in quella confinante. Tale fenomeno, data la conformazione italiana, con numerose zone montane e aree interne ha portato alla previsione «adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria»¹⁹³.

Vi è anche una mobilità verso altre aree del Paese (nonché al di fuori dello stesso). Questa costituisce vero e proprio parametro per la valutazione dell'effettività delle prestazioni e per la garanzia dei LEA nelle singole regioni. Quest'ultima, infatti, «può essere legata a situazioni

¹⁹² Inizialmente il tema della mobilità era affrontato da circolari del Ministero della Salute 100/SCPS/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/SCPS/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/SCPS/4.344 spec. del 28 gennaio 1997 attuative del comma 3 dell'art. 12 del d.lgs. n. 502/1992; per poi trovare un intervento normativo maggiormente organico con il Patto per la salute 2010-2012 (n. 243/CSR del 3 dicembre 2009) all'articolo 19 ha proposto l'introduzione di “adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria”. Tali accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale sono stati resi obbligatori con la Legge di stabilità 2016 (legge 208/2015 comma 576).

¹⁹³ Art. 19

occasionali, ad esempio per interventi complessi, oppure può discendere dalla mancanza locale di offerta o dalla sfiducia nei servizi locali»¹⁹⁴.

Lo spostamento dei pazienti da una regione ad un'altra può discendere da plurimi fattori, come la qualità dei, dalla "quantità" degli stessi. Ciò che merita grande attenzione è la cd. Mobilità apparente, cioè la cura di tutti quei soggetti che sono *de facto* residenti in una regione ma che hanno la residenza anagrafica in un'altra regione (è il caso degli studenti ovvero di molti lavoratori che abitualmente vivono in una regione ma mantengono la residenza nella regione di provenienza). Tale fattore comporta un'oggettiva variabile sostanzialmente incalcolabile ai fini della reale comprensione del fenomeno.

Quanto sinora detto ha un'incidenza fondamentale sui bilanci sanitari delle singole regioni. La mobilità attiva, difatti costituisce un credito da parte della Regione accogliente rispetto alla Regione di provenienza del curato; la mobilità passiva, di contro, costituisce un debito¹⁹⁵.

La mobilità per ricoveri ospedalieri rappresenta ormai da tempo la principale componente della mobilità sanitaria. Questo fenomeno è radicato in diversi fattori, dalla complessità della prestazione richiesta, la quale potrebbe non essere fornita dalle strutture presenti nella regione di residenza, ma prestate solo da strutture specializzate; nei casi di "mobilità di prossimità", in cui il paziente sceglie la struttura sanitaria più vicina,

¹⁹⁴ A. FONZI, *La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti. Per la costruzione di un modello virtuoso del servizio sanitario regionale fra tenuta unitaria e regionalizzazione del sistema*, in *Corti Supreme e Salute*, 2024, p. 672.

¹⁹⁵ C. EQUIZI, *Mobilità interregionale: tra equità nell'accesso ai servizi sanitari e problemi di "sistema. La differenza tra i crediti derivanti dalla mobilità attiva e i debiti generati dalla mobilità passiva determina il saldo di ciascuna regione*, in *Corti Supreme e Salute*, Fasc. 2/2023; di conseguenza, il valore della mobilità sanitaria regionale assume un'importanza particolare per tre ragioni principali. In primo luogo, per l'impatto sull'equilibrio finanziario di alcune regioni, sia in positivo (come nel caso del Veneto e dell'Emilia-Romagna), sia in negativo (come per Calabria e Campania); in secondo luogo, per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle regioni con un'offerta insufficiente di servizi; infine, per l'aumento delle prestazioni nelle strutture private accreditate.

Il finanziamento dei servizi sanitari regionali, che si basa su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l'assegnazione di quote pro capite per ogni cittadino residente e sul finanziamento delle strutture erogatrici attraverso corrispettivi unitari per ogni prestazione, rende necessaria la compensazione dei costi sostenuti per le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza nazionali, erogate a cittadini di regioni diverse da quelle che hanno ricevuto il finanziamento pro capite.

anche se situata in una regione diversa da quella di residenza; infine, quando sul proprio territorio vi è una carenza di offerta, sia in termini di quantità che di qualità, i pazienti optano per una struttura, anche lontana, per ricevere cure tempestive o nella speranza di essere curati meglio. In quest'ultimo caso, la mobilità è causata dall'incapacità del contesto territoriale di garantire l'erogazione dei servizi necessari per tutelare il diritto alla salute, nonostante questo sia costituzionalmente garantito¹⁹⁶.

Altro ingente dato che caratterizza la mobilità è quella legata all'attività ambulatoriale. In questo caso, come anche per la mobilità legata ai ricoveri ospedalieri, il dato degli ultimi anni è caratterizzato da un freno legato alla pandemia da Covid 19, che ha diminuito l'andamento della mobilità.

Ad ogni modo, il numero di prestazioni erogate in mobilità extraregionale ha raggiunto i 18 milioni, circa, con un costo totale di 635 milioni di euro¹⁹⁷.

¹⁹⁶ Sul tema si rimanda al monitoraggio dell'agenas *La mobilità sanitaria in italia*, Monitor, 2023; Si ricorda che « La spesa e il volume dei ricoveri in mobilità effettiva costituiscono una parte rilevante in Italia, con un totale di due miliardi di euro, corrispondente a circa l'80% della spesa e del volume complessivi per la mobilità sanitaria.

In Italia, la maggior parte della spesa per la mobilità effettiva, pari a 1,4 miliardi di euro (66,92%), è destinata a strutture private accreditate, che assorbono i costi di due ricoveri su tre. Anche in termini di volumi, la percentuale di ricoveri è maggiore nelle strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche (302.719 ricoveri, pari al 61,21%, rispetto a 191.816 ricoveri, pari al 38,79%). Inoltre, circa un terzo della spesa per la mobilità passiva è legato a ricoveri classificati con DRG di alta complessità, diretti verso strutture private accreditate, per un totale di 762,5 milioni di euro (36%). Il fenomeno della mobilità passiva varia notevolmente a seconda dell'area geografica e delle singole regioni esaminate. Concentrandosi sulla mobilità sanitaria effettiva, si nota che i ricoveri dei residenti in Campania, Lombardia e Puglia costituiscono oltre un quarto del totale della mobilità complessiva (135.328 ricoveri, pari al 27,35%). Queste stesse regioni registrano anche i livelli di spesa più elevati (582,5 milioni di euro, pari al 27,6%). Tuttavia, in altre regioni e province autonome, non sempre si riscontra una corrispondenza tra volumi di ricoveri e costi sostenuti...Analizzando invece gli indici di fuga, si osserva una propensione molto elevata al ricovero fuori regione in Molise e Basilicata. Al contrario, la provincia autonoma di Bolzano si distingue per avere il numero più basso di ricoveri in fuga rispetto al fabbisogno di prestazioni dei suoi residenti. Nel complesso, nel 2022, l'indice di fuga risulta più alto nelle regioni del Sud Italia (13,36%) e diminuisce man mano che si risale verso il Centro (10,30%) e il Nord (8,85%) del Paese».

¹⁹⁷ Come emerge dal al monitoraggio dell'agenas *La mobilità sanitaria in italia*, Monitor, 2023: La mobilità sanitaria ambulatoriale può essere suddivisa analizzando le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2022, sia in termini di volumi che di costi, utilizzando la classificazione delle prestazioni nelle categorie FARE di I livello (Visite, Riabilitazione, Diagnostica, Laboratorio, Terapia). Questo approccio offre una visione d'insieme della mobilità sanitaria ambulatoriale, aiutando le regioni a inquadrare e comprendere meglio il fenomeno, e fornendo informazioni utili per eventuali interventi volti a contrastarlo. Negli ultimi quattro anni, si è osservato un aumento delle prestazioni ambulatoriali in mobilità sanitaria legate all'attività di Laboratorio (dal 63,7% nel 2019 al 67,8% nel 2022), caratterizzate da un volume di

Dall'analisi dei dati legati alla mobilità sanitaria si percepiscono iniquità, disuguaglianze e i divari territoriali generati dal sistema in atto. In merito all'equità, da leggere come l'assenza di disparità ingiuste, evitabili o correggibili tra gruppi di persone appartenenti al medesimo contesto a prescindere da differenze sociali, economiche, demografiche o geografiche¹⁹⁸. Il diritto alla salute, essendo un diritto sociale, si concretizza attraverso politiche di welfare che si traducono principalmente nell'erogazione di servizi sanitari. Parlare di equità significa riferirsi all'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni, intesa come la pari opportunità per ogni individuo di raggiungere il proprio potenziale di salute e benessere, senza essere penalizzato dalla propria condizione sociale, territoriale o da altre circostanze determinate socialmente¹⁹⁹. Questo principio è uno dei fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che è chiamato ad agire nei confronti di tutta la popolazione senza discriminazioni individuali o sociali e in modo da garantire l'uguaglianza nei confronti del servizio. Il principio di "equità nell'accesso alle cure" (stabilito dalla legge 833/1978 e ribadito anche nelle normative e nelle politiche dell'UE) è strettamente legato al concetto di equità sostanziale; pertanto, qualsiasi situazione in cui il luogo di residenza di un paziente influenzi negativamente le prestazioni sanitarie non può considerarsi equa. Nell'ambito della mobilità sanitaria, il tema dell'equità si riverbera

prestazioni generalmente più alto rispetto ad altre categorie. Tuttavia, in termini di costi, nel 2022 le prestazioni Terapeutiche (33,9%) e di Diagnostica (31,6%) hanno avuto il maggiore impatto sulla spesa per la mobilità sanitaria ambulatoriale, con il Laboratorio (28,3%) al terzo posto, pur mostrando una leggera crescita negli ultimi quattro anni.

È importante sottolineare che la specialistica ambulatoriale comprende prestazioni molto diverse tra loro, dove:

- Il Laboratorio presenta alti volumi ma un costo unitario medio relativamente basso (14€/unità).
- Le prestazioni Terapeutiche e di Diagnostica, erogate in volumi più ridotti, hanno un costo unitario medio più elevato (rispettivamente 126€/unità e 92€/unità).
- Le Visite vengono erogate in volumi comparabili a quelli delle prestazioni Terapeutiche e di Diagnostica, ma con un costo unitario medio inferiore (19€/unità).
- La Riabilitazione è caratterizzata da volumi e costi unitari medi inferiori rispetto a tutte le altre categorie (13€/unità).

¹⁹⁸ G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in Riv. Corti supreme e salute, n. 1, 2022; R. BALDUZZI, *Salute e federalismo fiscale*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di) *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione, modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, pp. 151 ss

¹⁹⁹ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *opera cit.*, p. 31.

su due fronti: quello territoriale e quello socioeconomico. La possibilità di spostarsi dalla propria Regione per farsi curare in una Regione con servizi di qualità superiore può migliorare l'equità orizzontale, poiché offre ai pazienti provenienti da Regioni "meno attrattive" l'accesso a strutture di maggiore qualità. Tuttavia, la mobilità solleva anche questioni di equità verticale: i costi economici e psicologici degli spostamenti rendono più difficile l'accesso alle strutture sanitarie lontane per i pazienti e le loro famiglie in condizioni socioeconomiche svantaggiate. Oltre alle spese per vitto, alloggio e trasporto, chi si sposta per ricevere cure deve affrontare difficoltà nell'ottenere informazioni e fare prenotazioni da lontano. Pertanto, la mobilità sanitaria pone un serio problema di equità verticale nelle Regioni con alti livelli di "fuga" sanitaria, come quelle del Sud Italia²⁰⁰. Il marcato squilibrio tra le Regioni che perdono pazienti e quelle che li attraggono dovrebbe generare effetti riequilibranti. In particolare, le Regioni con un saldo di mobilità negativo (come Calabria, Campania, Sicilia, Puglia) dovrebbero reagire investendo in progetti per migliorare la qualità dei servizi sanitari, riducendo così i costi sociali della mobilità e quelli finanziari legati alle compensazioni. Migliorare la mobilità avrebbe benefici in termini di salute, efficienza del sistema socioeconomico complessivo ed equità. Tuttavia, nella pratica, nonostante gli incentivi, le Regioni più deboli del sistema sanitario italiano non sono riuscite a recuperare terreno, e i costi della mobilità non hanno innescato un processo di riequilibrio. Si deve tenere in considerazione come parte delle regioni che sono caratterizzate da un ingente perdita di pazienti sono regioni anche in piano di rientro ovvero in seria difficoltà economica. La mobilità passiva ed i costi per appianare il gap oggi presente rispetto regioni maggiormente attrattive appare una strada difficilmente percorribile in tali contesti. Vi è di più, nei dati della mobilità passiva che caratterizzano tali regioni vi rientrano anche tutti i pazienti caratterizzati da mobilità apparente, che non dovrebbero, pertanto, gravare sulle casse della regione di provenienza ma su quella di cura. Questi ultimo

²⁰⁰ G. FATTORE, *La mobilità sanitaria nel breve e nel lungo periodo*, in *La mobilità sanitaria in Quaderni di monitor, elementi di analisi osservazione del sistema salute*, 29, 2012, pp. 24 ss

costituiscono e continueranno a costituire, finché il sistema non muterà, un debito per le regioni di provenienza sempre presente. Tutto questo ha contribuito ad aumentare i divari territoriali, e i piani di rientro, che dovrebbero riequilibrare la situazione economico-finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR)²⁰¹. Tali differenze messe in luce, oltre a creare iniquità, creano vere e proprie differenze tra i soggetti appartenenti a regioni diverse. In Italia, il problema delle disuguaglianze sociali nella salute interessa tutte le sue dimensioni. Le disuguaglianze socioeconomiche tendono a generare una certa iniquità sanitaria, limitando l'opportunità per ciascuno di "realizzare pienamente il proprio potenziale di salute". Le persone più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico sono più a rischio di sviluppare esiti negativi se esposte a fattori di rischio per la salute²⁰². Il raggiungimento dell'uguaglianza sostanziale e del pieno sviluppo della persona umana, così come la protezione della salute, richiedono la continua rimozione di ostacoli e politiche attive per raggiungere questi obiettivi; per questo si può parlare di un processo in continua evoluzione. La legge n. 833 del 1978 stabilisce che il SSN debba essere "eguale", "universale" ed "equo"; bisogna quindi chiedersi se questi principi siano ancora soddisfatti alla luce delle vicende che il sistema ha attraversato nel tempo.

Il crescente divario territoriale rappresenta il precipitato dell'iniquità e delle differenze appena elencate. Uno dei principali ostacoli all'equità nel campo della salute, proprio per la sua stretta connessione con le questioni dell'iniquità e delle disuguaglianze. È stato dimostrato che le regioni del Mezzogiorno d'Italia presentano disuguaglianze sociali più marcate rispetto alla media nazionale. In queste aree, sembra che la povertà individuale abbia un impatto più negativo sulla salute rispetto ad

²⁰¹ A. FONZI, *La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti. Per la costruzione di un modello virtuoso del servizio sanitario regionale fra tenuta unitaria e regionalizzazione del sistema*, cit., pp. 680. Si veda anche, A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, cit.; A. Patanè, D. Servetti, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla "crisi dell'autonomia"*, in Riv. Corti Supreme e Salute, n. 2, 2021, pp. 257 ss.

²⁰² E. CAVASINO, *Il diritto alla salute come diritto "a prestazioni"*. Considerazioni sull'effettività della tutela, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Convegno annuale del Gruppo di Pisa Trapani 8-9 giugno 2012, Napoli, 2013, pp. 335 ss.

altre parti del Paese. Nel contesto della tutela della salute, il divario tra Nord e Sud ha creato una sorta di "regionalismo differenziato di fatto", aumentando le tensioni associate al regionalismo competitivo. Man mano che aumenta la mobilità passiva nelle regioni già in difficoltà (come quelle sottoposte a piani di rientro), queste regioni si indebitano ulteriormente e sono costrette a effettuare ulteriori tagli nel settore sanitario per ridurre i deficit, il che, a sua volta, accresce il fenomeno della mobilità passiva, data la carenza di un buon livello di tutela del diritto alla salute²⁰³. Si è sviluppata, quindi, una disuguaglianza territoriale, non solo in termini di costi a carico dei cittadini ma anche riguardo alla qualità dei servizi sanitari erogati. In molte regioni, servizi inadeguati o di bassa qualità hanno spinto un'alta percentuale di cittadini a rinunciare alle prestazioni sanitarie pubbliche (quando le condizioni economiche non permettono la mobilità) o a spostarsi per ricevere assistenza in altre regioni²⁰⁴. Fattore che ha contribuito a questa iniquità è l'uso del criterio della "spesa storica", che ha accentuato le disparità nell'allocazione delle risorse tra i diversi territori²⁰⁵. L'analisi della mobilità sanitaria interregionale può servire a ripensare i diversi modelli di regionalismo - competitivo e collaborativo - per affrontare e superare i divari territoriali. In questo contesto, è necessario rivedere i rapporti tra i diversi Sistemi Sanitari Regionali, tenendo presente che la mobilità sanitaria non può essere eliminata; anzi, in alcuni casi, è organizzativamente necessaria. Le relazioni tra le regioni, di natura collaborativa e/o competitiva, non devono essere considerate in opposizione; piuttosto, possono coesistere, favorendo una gestione basata sul dialogo, come avviene già in alcuni casi attraverso i cosiddetti accordi di confine²⁰⁶. Le persistenti disuguaglianze

²⁰³ G.T. BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in Corti Supreme e Salute fasc. 1/2022, p. 302.

²⁰⁴ A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari, Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pacini Editore, Pisa, 2021, p. 213.

²⁰⁵ Per costo storico si deve intendere quella tecnica per la quale si statuiscono le somme da assegnare alle varie regioni in base non alla volontà del decisore politico ma dalle «voci di spesa dell'amministrazione preposta alla cura e tutela della salute e che deve, in base ad esse, disporre la quota di bilancio necessaria a soddisfare le passività dell'amministrazione», S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in Corti Supreme e Salute, fasc. 3/2023, p. 14.

²⁰⁶ L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari*, cit.182.

territoriali riflettono i divari sociali già in crescita nel Paese prima della pandemia. Purtroppo, il ritardo con cui le autorità centrali e locali hanno utilizzato le risorse destinate alle aree più disagiate del Paese ha ulteriormente aggravato la situazione.

La mobilità sanitaria crea anche una disparità significativa tra chi può permettersi di spostarsi per ricevere assistenza e chi no. Si è evidenziato che la rinuncia alle cure è spesso dovuta a carenze organizzative nell'offerta dei servizi o a difficoltà economiche. Sebbene nel triennio 2017-2019 si sia registrata una diminuzione di questo fenomeno, gli squilibri territoriali e sociali confermano che l'equità nell'accesso alle cure debba rimanere una priorità nelle politiche di sanità pubblica, specialmente dopo l'emergenza COVID-19. Per affrontare le disuguaglianze geografiche, nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza e libera scelta del cittadino, è necessario garantire un'offerta sanitaria uniforme e un accesso equo alle cure su tutto il territorio nazionale, per minimizzare la mobilità non necessaria e ridurre i costi economici e sociali aggiuntivi per le persone, le famiglie e la società²⁰⁷.

²⁰⁷ Ministero della Salute, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021*, Qualità dell'assistenza, pp. 183 ss

CAPITOLO 3 I PIANI DI RIENTRO

1 introduzione;

1.1 la disciplina dei piani di rientro; 1.2 la legislazione statale nell'accordo stato regioni;

1.3 la responsabilità politica nel divanzo;

2 l'inquadramento costituzionale del piano di rientro;

2.1 "l'ultrattività" dei vincoli derivanti dall'accordo per una regione che ha già concluso il piano; 2.2 problematiche costituzionali;

3 la vincolatività dei piani di rientro;

3.1 il rapporto tra la vincolatività dei piani di rientro ed il rispetto dei limiti statali in materia di livelli essenziali di assistenza come elemento centrale sulla "costituzionalità" dello strumento; 3.2 il contenuto dell'accordo tra lo stato e le regioni come parametro nel giudizio di costituzionalità per valutare la congruità tra il piano di rientro e la legislazione regionale; 3.3 ulteriori recenti questioni in ordine alla vincolatività del piano di rientro e autonomia regionale: la programmazione delle spese sanitarie come questione al centro della più recente giurisprudenza costituzionale;

4 il piano di rientro, il programma operativo e le disposizioni di dettaglio a seguito della sottoscrizione dell'accordo; 4.1 problematiche applicative e il loro rilievo nell'ordinamento; 4.2 la rilevanza del principio di leale collaborazione nella sottoscrizione del piano di rientro.;

5 i limiti alla mobilità sanitaria interregionale per i cittadini residenti in una regione in piano di rientro; 5.1 il piano di rientro come possibile strumento di attuazione del principio di equilibrio del bilancio;

6 il commissario ad acta;

6.1 la nomina del commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro nel perimetro dell'indagine sulla limitazione all'autonomia regionale da parte dello stato;

7 i cd. Piani di rientro aziendali e le clausole di salvaguardia.;

1 INTRODUZIONE

I Piani di rientro sono programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale e sono allegati ad accordi stipulati dai Ministri della salute e dell'Economia e delle finanze con le singole Regioni. Questi vengono istituiti con la legge finanziaria del 2005 (legge n. 311 del 2004) e fanno parte degli accordi

stipulati tra Regioni, Ministero dell'Economia e Ministero della Salute. Tale istituto ha come *ratio* sia il raggiungimento dei LEA (livelli essenziali di assistenza) che la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario regionale²⁰⁸; mediante il contenimento sia delle misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per renderle conformi con la programmazione nazionale e con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono secondo programmi operativi di durata triennale, che verranno rinnovati.

L'approdo all'istituto dei Piani di Rientro discende dalle riforme dagli anni Novante del SSN, andando a porre l'accento sulla regionalizzazione, «valorizzato l'anima regionalista della Costituzione nella gestione e nell'erogazione dei servizi sanitari»²⁰⁹, dettate dal disequilibrio economico e l'esigenza di garantire i livelli essenziali su tutto il territorio nazionale.

La progressiva autonomia ed autonomizzazione delle regioni ha portato ad una differenziazione delle erogazioni dei Servizi Sanitari, mediante la federalizzazione fiscale, e politiche stabilità che incideranno ineludibilmente sui successivi Piani di Rientro, demandando allo Stato l'intervento in tutti i casi in cui si ritrovi una disomogeneità qualitativa nell'erogazione tra i servizi e le carenze strutturali a livello finanziario.²¹⁰

²⁰⁸ A. PITINO, _____, *P*

²⁰⁹ A. PATANÈ, *I Piani di Rientro sanitari*, Pacini Giuridica, 2024, p. 15;

²¹⁰ Art. 19-ter nel d.lgs. n. 502 del 1992, 1. Anche sulla base degli indicatori e dei dati definiti ai sensi dell'[articolo 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n.448](#), il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, determina i valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni per aree di offerta e ai parametri per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle regioni gli eventuali scostamenti osservati.

2. Le regioni, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procedono ad una ricognizione delle cause di tali scostamenti ed elaborano programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali, di durata non superiore al triennio.

3. Il Ministro della sanità e la regione interessata stipulano una convenzione redatta sulla base di uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avente ad oggetto le misure di sostegno al programma operativo di cui al comma 2, i cui eventuali oneri sono posti a carico della quota parte del Fondo

Emerge dalle riforme degli anni '90 è affiorato il bisogno di preservare i LEA garantendo i livelli essenziali e tutelando il diritto alla salute coniugando tali diritti e garanzie con la necessità, futuri obblighi, di equilibrio finanziario. Da qua derivano e discendono i Piani di Rientro²¹¹; cercando di coniugare l'autonomia delle Regioni per governare in ambito sanitario dando, di conseguenza una responsabilizzazione della politica sanitaria²¹².

La riforma del '99, con il d.lgs 229/1999, ha portato a un'accelerazione verso la creazione dell'istituto ad oggetto²¹³, nella quale, seppur proseguendo la strada tracciata verso il federalismo sanitario ha creato una spinta verso l'accentramento in ambito della disciplina della salute.²¹⁴ Nell'impianto declinato a seguito della riforma del '99, difatti, le Regioni sono diventate il centro di responsabilità, in ambito sanitario, assumendo le scelte per il funzionamento del SSR²¹⁵. Ciò ha portato non ad una contrapposizione tra il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale ma ad un rapporto tra questi nella garanzia del diritto alla salute in cui il SSN costituisce il «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali

sanitario nazionale destinata al perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'[articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662](#).

La convenzione:

- a) stabilisce le modalità per l'erogazione dei finanziamenti per l'attuazione dei programmi operativi secondo stati di avanzamento;
- b) definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali;
- c) individua forme di penalizzazione e di graduale e progressiva riduzione o dilazione dei finanziamenti per le regioni che non rispettino gli impegni convenzionalmente assunti per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi concordati;
- d) disciplina, nei casi di inerzia regionale nell'adozione nell'attuazione dei programmi concordati, le ipotesi e le forme di intervento del Consiglio dei ministri secondo le procedure e le garanzie di cui all'articolo 2, comma 2-octies.

²¹¹ NOTA 42

²¹² A. PATANÈ op cit p. 18.

²¹³ M. BRANCA, *Dalla riforma alla razionalizzazione del servizio sanitario nazionale. La qualità delle prestazioni nel d.lgs. n. 229 del 1999*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 12, 1999, pp. 1354 ss.

²¹⁴ D. SERVETTI, *L'ottavo Convegno nazionale di Diritto sanitario - (La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale, - Alessandria, 19 novembre 2010)*, in *Amministrazione in Cammino*, 15, maggio, 2011;

²¹⁵ A. FERRARI, *La programmazione sanitaria tra federalismo e aziendalizzazione*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, Giuffrè, 2001, p. 23. Come precipitato di tale responsabilità, legato all'aziendalizzazione della sanità vi è la nomina del cd menager dell'Azienda, creando un vincolo fiduciario anche nei confronti dei cittadini.

dei servizi sanitari regionali».²¹⁶ Ciò ha portato ad progressiva differenziazione dell'organizzazione sanitaria tra le differenti regioni, a seconda delle scelte prese dalle stesse, seppur tutte unite dall'unico obiettivo minimo di garantire un eguale erogazione di Livelli Essenziali, ed accomunate dalle scelte intraprese nel SSN²¹⁷.

A seguito della riforma costituzionale del 2001 è stato confermato l'assetto intrapreso, andando a recepire quello che era un orientamento già percorso dalla Corte Costituzionale a Costituzione invariata,²¹⁸ ed andando a stabilizzare alcuni principi già introdotti negli anni 90 nonché costituzionalizzando il ruolo già intrapreso della Regione²¹⁹.

Di conseguenza allo stato è stata attribuito il ruolo di «ponte di collegamento fra la tutela dei valori legata al perseguimento dell'eguaglianza sostanziale dei cittadini, che costituisce l'aspetto essenziale della Costituzione del 1948, e il limite della spinta alla differenziazione delle comunità territoriali sub-statali che sta invece a fondamento del nuovo titolo V»²²⁰.

«Lo scenario disegnato dal Servizio sanitario nazionale è dunque quello della differenziazione dell'organizzazione, ma allo stesso tempo dell'uniformità dei livelli, in un sistema che vuole garantire la

²¹⁶ R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della conferenza stato-regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà "Orizzontale")*, in *Quad. Reg.*, fasc. 1, 2004, pp. 13 ss.

²¹⁷ E. CAVASINO, *Quale modello costituzionale di diritto alla salute*, in *Atti Convegno annuale dell'Associazione Gruppo di Pisa, I diritti sociali: dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Trapani, 8-9^{set} giugno 2012.

²¹⁸ D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione del principio di sussidiarietà*, in *Le Regioni*, n. 6, 2007, pp. 1004 ss.; «La riforma del Titolo V, in ultima analisi, non sembra aver scalfito i penetranti poteri statali di intervento in materia sanitaria». Ancora sui livelli essenziali, E. BALBONI, *Il concetto di «livelli essenziali e uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, op. cit., p. 1103.

²¹⁹ D. MORANA, *Il modello costituzionale sulla tutela della salute e la sua attuazione*, in *ID. (a cura di), La salute nella Costituzione italiana*, Milano, Giuffrè, 2002. L. CUOCOLO, A REBOURS, *La tutela della salute tra Regioni e Stato*, cit., p. 67; ex plurimis A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Seconda edizione, Torino, Giappichelli, 2017. R. BALDUZZI, *Note sul concetto di essenziale nella definizione dei lep*, in *Rivista delle politiche sociali*, n. 4, 2004, pp. 165 ss «la lettera m) dell'art. 117, co. 2, rappresenti la costituzionalizzazione di una nozione già presente nella legislazione ordinaria, in particolare nella materia sanitaria e sociale».

²²⁰ F. PIZZETTI, *La ricerca del giusto equilibrio tra uniformità e differenza: il problematico rapporto tra il progetto originario della Costituzione del 1948 e il progetto ispiratore della riforma costituzionale del 2001*, in *Le Regioni*, n. 4, 2003, pp. 600 ss.

realizzazione di un regionalismo competitivo senza mettere a rischio il rispetto dell'erogazione dei servizi sanitari in modo eguale su tutto il territorio nazionale»²²¹.

La riforma ha mutato il regime di riparto di competenze stato regioni, stabilendo un modello di programmazione condivisa tra stato e regioni, ove lo stato ha il compito di un intervento in caso di mancato rispetto dei LEA. Lo Stato, allora ha la facoltà ed il potere di intervenire in via sostitutiva rispetto la regione inadempiente ex art 120 Cost.²²² ed i Lea svolgono, allora un ruolo essenziale rispetto l'attuazione dei Piani di Rientro, essendo elemento parametrico principale per dar vita all'accordo.

1.1 LA DISCIPLINA DEI PIANI DI RIENTRO

La sottoscrizione del Piano di Rientro giunge a seguito si un dialogo tra lo Stato (rappresentato dai Ministri competenti, Ministero dell'Economia e della Salute) e la Regione interessata (rappresentata dal Presidente della Regione), che culmina con un Accordo e un Programma operativo.

A seguito dell'accordo, la Regione si impegna ad approvare, con delibera della Giunta Regionale l'intesa raggiunta unitamente all'allegato Piano di rientro dal disavanzo di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale, che ne costituisce parte integrante²²³.

²²¹ A PATANÈ, op cit. p 21; si rimanda per un maggior approfondimento alla lettura di R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002. F. PIZZOLATO, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in *Amministrazione in cammino*, 2007. Sull'introduzione dei livelli essenziali nella Costituzione, C. BOTTARI, M. BELLETTI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna Maggioli, 2014. F. DEAIS, *I livelli essenziali di assistenza. Concetti generali, normativa di riferimento, esperienze comparate*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 1, 2007, pp. 9 ss. M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett., m della Costituzione)*, op. cit., pp. 345 ss. A. MATTIONI, *A favore o contro la devoluzione? Le oscillazioni del pendolo tra esigenze di autonomia ed esigenze di uniformità*, in *Politiche sanitarie*, n. 1, 2003, pp. 3 ss. A. ANZON, *Quale "regionalismo differenziato"?*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 1, 2008, pp. 51 ss. G. CLERICO, *La governance della sanità pubblica. La coesistenza fra efficienza e qualità*, Milano, Giuffrè, 2015. F. POLITI, *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità: prime valutazioni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, op. cit.

²²² M. BELLETTI, *Il difficile rapporto tra «tutela della salute» e «assistenza e organizzazione sanitaria». Percorsi di una «prevalenza» che diviene «cedevole». Nota a sentenza n. 181 del 2006*, in *Le Regioni*, n. 6, 2006, pp. 1176 ss.

²²³ IN MERITO AL TERMINE ACCORDO DI RIMANDA ALLA NOTA 5 P 43

L. CARLASSARE, *Fonti del diritto (diritto costituzionale)*, in *Enc. dir, Annali*, II, pp. 536 ss.; M. PEDREZZA GORLERO, *Le fonti del diritto*. Lezioni, Padova 1995. F. SORRENTINO, *Le fonti del diritto*, Padova 2009, II;

Il Piano di Rientro è un «programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale», di una durata non superiore a tre anni, tra le Regioni ed i Ministeri dell'Economia e della Salute²²⁴.

Già nel 2001 si è previsto un iniziale sistema di controllo della spesa. In particolare, si prevedeva che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati, nel rispetto dell'accordo Stato-regioni di cui all'art. 1, co. 1, sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: a) misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa; b) variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF; c) altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».²²⁵

Con la Legge di Bilancio del 2004 si sono iniziate a individuare sempre più crescenti forme di intervento Stato-Regione per ripianare i deficit di spesa sanitaria garantendo un adeguato livello di prestazioni.²²⁶

F. MODUGNO, *È possibile parlare ancora di un sistema delle fonti*, in M. SICLARI (a cura di), *Il pluralismo delle fonti previste dalla costituzione e gli strumenti per la loro ricomposizione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2012; G. PARODI, *Le fonti del diritto. Linee evolutive*, Giuffrè, Milano, 2012; V. CRISAFULLI, voce *Fonti del diritto* (dir. cost.), in Enc. di., XVII, Milano, 1968, 954;

R. GUASTINI, *Le fonti del diritto. Fondamenti teorici*, Giuffrè, 2010; A. CARDONE, *Sistema delle fonti e forma di governo. La produzione normativa della Repubblica tra modello costituzionale, trasformazioni e riforme (1948-2023)*, Bologna, Il Mulino, 2023.

²²⁴ Attualmente, le regioni in PdR sono sette (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia e Sicilia), di cui due commissariate (Molise e Calabria).

²²⁵ Art. 4, comma 3, d.l. n. 347/2001 conv. in l. n. 405/2001.

²²⁶ art. 1, co. 164, l.n. 311 del 2004 (legge finanziaria 2005): «per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del S.s.n., al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007. ... Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'art. 4, co. 3, d.l. 18.9.2001, n. 347, conv., con modif., in l.n. 405/2001, concorre al ripiano dei disavanzi del S.s.n. per gli anni 2001, 2002 e 2003. A tal fine è autorizzata ... la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005 ... Le predette disponibilità finanziarie sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni... comma 173: «L'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 164, ... è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e regioni ... che contempli ai fini del contenimento della dinamica dei costi: a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione; b) i casi nei quali debbano essere previste modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze ai fini di una migliore definizione delle misure da adottare; c) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa

L'art. 1 c. 180, l. 311/2004²²⁷, introduce nell'ordinamento l'istituto del Piani di Rientro, quale strumento atto a garantire il corretto funzionamento dei Servizi Sanitarie nelle dislocazioni territoriali²²⁸, necessitando di dover creare efficace strumento per il controllo della spesa, garantire i LEA e ricercare l'equilibrio finanziario della singola regione. I Piani di Rientro hanno creato numerose domande, che hanno suscitato, nel tempo, un vivace dibattito dottrinale, prima su tutte inerente l'impatto degli stessi rispetto le competenze politico legislative regionali in ambito sanitario, come anche il rapporto tra le esigenze di equilibrio di bilancio e l'effettiva tutela del diritto alla salute, in particolare modo a seguito della modifica dell'art. 81 Cost.

A seguito della nuova normativa prevista con la legge del 2004, il legislatore non ha previsto una sistematizzazione della normativa *de quo*,

sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario; d) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale; e) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi; f) l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale ... l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale.".

²²⁷ Art. 1 c. 180, l. 311/2004 «La regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo e' condizione necessaria per riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma». Successiva modifica si è avuta con l'art. 2, commi 77 ss. della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria per il 2010).

²²⁸ Tali esigenze di equilibrio si sono iniziate a percepire sin dagli anni '90 del secolo scorso, in particolare con l'introduzione dell'art. 28, l. 23 dicembre 1998, n. 448 ed il successivo art. 19 ter del d.lgs n. 502/1999, in cui il legislatore ha posto un occhio di riguardo al patto di stabilità ed agli interventi in materia di coesione e efficienza dell'SSN.

facendo susseguire gli interventi legislativi uno dopo l'altro. La dottrina più attenta²²⁹ suddivide le modifiche in tale materia in quattro fasi, legge finanziaria per il 2005²³⁰; la seconda può essere collocata tra il 2006 ed il 2009 ed ha consolidato quanto già previsto del 2004²³¹. L'inizio della terza fase vede il legislatore più attento porre dei limiti alle Regioni a favore di una maggiore equità del servizio ed il rispetto delle risorse finanziarie disponibili²³². Ed infine, un'ultima fase di cristallizzazione di quanto fatto sino a quel momento con alcuni correttivi posti dall'esperienza pratica maturata.

²²⁹ A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, Op .Cit. p. 43;

²³⁰ L. 30 dicembre 2004 n. 311 che ha introdotto l'istituto in commento:

²³¹ INDICARE LA NORMATIVA;

²³² l. 23 dicembre 2009 n. 191;

1.2 LA LEGISLAZIONE STATALE NELL'ACCORDO STATO REGIONI

La L. 30 dicembre 2004 n. 311 suddivide gli interventi legati ai Piani di Rientro in due potenziali fasi. La prima in cui la Regione, data la condizione di disequilibrio finanziario la pone sotto osservazione e monitoraggio mediante «monitoraggio trimestrale» ed adottando «i provvedimenti necessari»²³³. Dopo questo iniziale tentativo, solo in via residuale, e cioè nell'eventualità in cui tali misure non debbano risultare sufficienti, il Presidente della Regione, assunta la qualifica di Commissario *ad acta*, approva il bilancio di esercizio consolidato del servizio sanitario regionale e adotta i provvedimenti finalizzati al risanamento del bilancio.

La Regione, allora, è il primo soggetto responsabile dell'accertamento della situazione di squilibrio ed il primo soggetto che deve adottare i provvedimenti necessari a risanare la situazione. Solo in via nell'eventualità in cui i tentativi regionali risultino infruttuosi, il Presidente della Regione sottoscrive il successivo ed eventuale «programma operativo di riorganizzazione»²³⁴.

La normativa del 2004 non è intervenuta andando a privare le Regioni dei poteri conferiti ma ha posto in essere una struttura bifasica in cui la Regione è la prima responsabile dell'accertamento della condizione di sofferenza ed è responsabile del tentativo di risoluzione della crisi; solo in caso di insuccesso, alla Regione viene affiancato a questa lo Stato, mediante la sottoscrizione di un Accordo che contiene un programma "operativo", volto a riorganizzare e riqualificare il servizio sanitario regionale.²³⁵

²³³ L. 30 dicembre 2004 n. 311, art. art 1 c 174;

²³⁴ L. 30 dicembre 2004 n. 311, art. art 1 c 180;

²³⁵ Il programma ha una durata non superiore al triennio ed è concordato tra la Regione ed i Ministri della salute e dell'Economia e delle Finanze. Il Programma deve individuare e prevedere tutti gli interventi necessari al risanamento finanziario, il quale resta sempre subordinato al perseguimento dell'equilibrio economico al rispetto dei livelli essenziali di assistenza. necessaria per l'attribuzione alla Regione di un maggiore finanziamento per l'erogazione dei servizi sanitari.

L'autonomia e l'indipendenza delle Regioni in tale ambito viene meno dal vincolo a cui si sottopone all'atto della stipula del Piano di Rientro con lo Stato;²³⁶ perdita di indipendenza che, come già stato detto, appare solo come residuale e postergata rispetto al primario monitoraggio (trimestrale), dopo che la stessa Regione abbia segnalato il disavanzo ed il tentativo autonomo di provvedere al risanamento, riequilibrando la situazione finanziaria (garantendo alle regioni, allora la totale autonomia e possibilità alla regioni di individuare e perseguire la strada per il riequilibrio economico). Solo così visto, l'istituto dei Piani di rientro può essere correttamente inquadrato in un'ottica di leale collaborazione tra Stato e Regioni ed in base alla Costituzione. Ove un procedimento di tal sorta, un procedimento che prevede la garanzia dell'autonomia regionale e solo in ultima battuta l'intervento dello Stato, non dovesse essere seguito si contrasterebbe con l'impianto costituzionale²³⁷.

La L. 30 dicembre 2004 n. 311, prevede un monitoraggio da parte dello Stato nell'attuazione del Piano, dell'effettiva realizzazione dello stesso e, ove realmente rispettato (con il raggiungimento degli obiettivi «volti al contenimento della spesa al fine di una riduzione strutturale del disavanzo»), viene subordinata l'erogazione del finanziamento²³⁸.

Elemento di rottura con il passato è l'introduzione della previsione per cui le Regioni possano ottenere risorse superiori dietro condizione per le Regioni che adottino atti legislativi ed amministrativi volti a risolvere la condizione di deficit in cui si trova²³⁹. L'accordo così impostato ha la *ratio* di garantire, oltre l'impegno fattivo delle regioni, il corretto controllo e la sicurezza che vengano tenuti in debita considerazione i LEA. Il rischio di non subordinare tale piano ad un accordo, infatti, potrebbe

²³⁶ L. 30 dicembre 2004 n. 311

²³⁷ Elemento cardine non è allora la procedimentalizzazione in due fasi del percorso ma il rispetto dell'autonomia regionale, non entrando in contrasto con le previsioni del Titolo V della Costituzione.

²³⁸ 1. 30 dicembre 2004 n. 311. Tale facoltà in base alla quale le Regioni possano accedere all'erogazione di somme di denaro integrative per l'erogazione dei servizi sanitari da parte dello stato, appare come un'importante novità e deroga a quanto sino a quel momento previste. La normativa precedentemente, il d.l. 18 settembre 2001 n. 347, prevedeva, difatti, l'obbligo per le Regioni di risanare il disavanzo esclusivamente con risorse proprie. Sul tema di rimanda a E. PIZZETTI, *Il quadro generale della riforma costituzionale tra compimento del disegno costituzionale del 1948 e innovazione dell'ordinamento italiano*, in F. PIZZETTI, A. POGGI (a cura di), *Il sistema "instabile" delle Autonomie locali*, Torino, Giappichelli, 2007, p. 3;

²³⁹ L. 266/2005, art1 c 280;

essere quello che le regioni, per ottenere maggiori fondi, taglino le spese senza garantire i livelli dei LEA²⁴⁰.

Con la Legge Finanziaria, l. 266/05, viene introdotto un ulteriore elemento di novità²⁴¹. Tale istituto, a seguito di tale passaggio, assume la funzione di vero e proprio supporto per le Regioni al fine di garantire il corretto funzionamento del SSR, il rispetto dei LEA e del Diritto alla salute, in linea con i principi di Equilibrio di bilancio²⁴². Per raggiungere ciò, si deve stipulare in accordo tra Stato e Regione una pianificazione e la previsione di interventi mirati e dedicati da portare a realizzazione. L'Accordo costituisce l'avvio di un processo di monitoraggio e controllo, introdotto nel 2005, mediante un sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS. Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria).²⁴³

Dalla struttura creata e delineata traspare la volontà di bilanciare, in linea con il dettato costituzionale, le esigenze di bilancio e la garanzia del diritto alla salute, creando, ove vi sia necessità, un rapporto di collaborazione tra Regione e Stato, dove l'uno ha il dovere di rispettare gli impegni presi e l'altro ha l'onere di monitorare e supportare la regione.²⁴⁴

I controlli ed aiuti da parte dello Stato diventano più pervasivi nel 2007, art. 1, l. 244/2007. In particolar modo, la novella ha stanziato risorse economiche superiori al passato per le Regioni che hanno siglato

²⁴⁰ A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, op cit. p. 47. «In questa prospettiva il ruolo dello Stato appare di primaria importanza in quanto nella sottoscrizione dell'Accordo deve essere verificata la circostanza per cui il contenuto del Programma operativo proposto dalla Regione sia idoneo a garantire i LEA a fronte di un programma di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale».

²⁴¹ L. 266/2005 art. 1 cc. 278 ss.

²⁴² L. 266/2005 art. 1 cc. 274, ove si prevedono la garanzia del settore sanitario. L'art. 1, co. 279, l. n. 266 del 23 dicembre 2005 ha sancito che lo Stato concorre a ripianare il disavanzo sanitario, per gli anni precedenti, a condizione che le Regioni, che usufruiscono dell'importo, adottino un Piano che copra la parte di disavanzo residuo. Il legislatore ha previsto, nel caso in specie, il contributo per ripianare il debito degli anni immediatamente precedenti (2002, 2003, 2004).

²⁴³ Art. 1, co. 288, l. n. 266, del 2005, «Presso il Ministero della salute, al fine di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, è realizzato un Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)». Cfr. R. CALANNI, *I Piani di rientro dal deficit sanitario*, in *Rassegna amministrativa siciliana*, n. 1, 2011, pp. 345 ss. M. CONTICELLI, *Privato e Pubblico nel Servizio Sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012, p. 75.

²⁴⁴ A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, op cit. p. 49;

l'accordo, aumentando la pressione fiscale sui cittadini delle regioni interessate.²⁴⁵

Tale passaggio, andando ad aggravare i cittadini delle Regioni in Paino di Rientro sotto il profilo economico, trova la *ratio* nella volontà del legislatore di dare responsabilità alle Regioni, le quali si sarebbero dovute prendere la responsabilità politica degli aggravi fiscali.²⁴⁶

La normativa ha subito un'ulteriore modifica, con conseguente incremento del ruolo dello Stato, il quale inizia a non aver più un ruolo di supporto alle regioni²⁴⁷.

Con le seguenti riforme dell'istituto si è assistito ad un cambiamento dei ruoli della Regione e dello Stato. In particolare, lo Stato ha gradualmente assunto un ruolo sempre più centrale, non essendo più una figura di mero supporto e sostegno alle regioni²⁴⁸.

²⁴⁵ Le maggiori entrate fiscali sono recuperate mediante l'aumento delle aliquote IRPEF e IRAP. Art. 1, c 48 l 244/07: "L'eccedenza dedotta ai sensi dell'articolo 109, comma 4, lettera b), del citato testo unico di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), nel testo previgente alle modifiche recate dalla presente legge, può essere recuperata a tassazione mediante opzione per l'applicazione di un'imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, dell'imposta sul reddito delle società e dell'imposta regionale sulle attività produttive, con aliquota del 12 per cento sulla parte dei maggiori valori ricompresi nel limite di 5 milioni di euro, del 14 per cento sulla parte dei maggiori valori che eccede 5 milioni di euro e fino a 10 milioni di euro e del 16 per cento sulla parte dei maggiori valori che eccede i 10 milioni di euro. L'applicazione dell'imposta sostitutiva può essere anche parziale e, in tal caso, deve essere richiesta per classi omogenee di deduzioni extracontabili. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze sono adottate le disposizioni attuative per la definizione delle modalità, dei termini e degli effetti dell'esercizio dell'opzione. Si applicano le disposizioni del comma 2-ter, secondo periodo, dell'articolo 176 del citato testo unico di cui al [decreto del Presidente della Repubblica n. 917 del 1986](#). L'imposta sostitutiva deve essere versata in tre rate annuali, la prima delle quali pari al 30 per cento, la seconda al 40 per cento e la terza al 30 per cento; sulla seconda e sulla terza rata sono dovuti gli interessi nella misura del 2,5 per cento."

²⁴⁶ Questa è la conseguenza dell'assenza di un utilizzo efficiente delle risorse, una mancata responsabilizzazione della classe dirigente locale. Sul punto si veda E. PAVOLINI, *Piani di rientro e cambiamento nella sanità regionale*, in ID. (a cura di), *Il cambiamento possibile*, La sanità in Sicilia tra Nord e Sud, Roma, Donzelli editore, 2012, p. 236.

²⁴⁷ Tale evoluzione normativa è stata definita in dottrina come "del bastone e della carota", per indicare le varie fasi in cui è stata interessata. N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in (a cura di) S. MANGIAMELI, *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e la sua riforma*, Atti delle giornate di studio, Roma, 20-21-22 ottobre, Vol. II, Milano, Giuffrè, 2011, p. 602.

²⁴⁸ Il cambiamento è giunto con la legge di Bilancio del 2010, L. 23 dicembre 2009 n. 191.

Tale cambiamento inizia con la conferenza stato-regioni del 03 dicembre 2009 e sarà poi confermato e cristallizzato con la successiva Legge di Bilancio 2010.

L'intesa appare di fondamentale importanza perché «quanto già stabilito in merito al carattere vincolante dei Piani di Rientro» ed ha al proprio interno le modalità di intervento in caso di mancato rispetto degli accordi presi.²⁴⁹ Esempio lampante del nuovo rapporto e dei nuovi accordi raggiunti riguarda le modalità di nomina del Commissario ad acta. Ove sia necessario, valutata l'adeguatezza del Piano di Rientro rispetto gli obiettivi ed il mancato rispetto degli stessi da parte delle Regioni²⁵⁰, «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 stesso».²⁵¹

Ulteriore intervento volto a ridurre ed eliminare potenziali contrasti con il mancato rispetto dei piani si ha nella sospensione dei trasferimenti erariali non obbligatori nonché dei «direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente».²⁵²

²⁴⁹ Stipulato un accordo, come accettano nelle pagine precedenti, non è possibile per il legislatore Regionale legiferare difformemente dal Piano senza violare l'art. 117, co. 3, Cost. e l'art. 2, commi 80 e 95, della l. n. 191 del 23 dicembre 2009. Sul tema si rimanda alla lettura di Patanè cit 51

²⁵⁰ L'articolo 1, co. 77, della legge di bilancio del 2010 individua il cd Disavanzo strutturale se «Rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla

Regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della Regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo».

²⁵¹ A. DONATI, *La manovra correttiva 2010*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2010, p. 209.

²⁵² L. 191/2009, art. 2 c 79 “In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'[articolo 120 della Costituzione](#), nomina un 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 stesso. A seguito della nomina del commissario ad acta: (30) (33)

a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'[articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311](#), come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio”.

La vincolatività e l'obbligatorietà di tali piani, oltre ad essere vincolate rispetto gli atti legislativi da promulgare, impone, anche, un obbligo alle Regioni interessate di conformare la legislazione vigente alle normative dei Piani assunti, così da non ostacolarne l'attuazione e l'operato del Commissario.²⁵³

La conferenza Stato-Regioni del 03 dicembre 2009 e la successiva Legge di Bilancio costituiscono, quindi, il momento del passaggio da un periodo di dialogo tra lo Stato e le Regioni ad un momento ove lo Stato si pone come figura garante dei principi costituzionali del Diritto alla Salute e dell'equilibrio di bilancio. Tale normativa è fundamentalmente rimasta immutata sino ad oggi.

Il sistema creato pone al centro la leale collaborazione tra Stato e Regione come motore dell'accordo e strada da percorrere per giungere al risanamento finanziario della Regione e l'uscita di quest'ultima dal Piano di Rientro. Il dialogo tra Stato e Regioni appare centrale rispetto la necessità di trovare la migliore strada da percorrere, per superare le criticità che si pongono, in particolare, rispetto una materia delicata come quella *de quo*. Tale dialogo continuo non può prescindere dai Patti per la salute che si sono venuti a susseguire negli anni.

I Patti per la salute, difatti, sono accordi di programmazione e finanziamento del SSN, di durata triennale, tra lo Stato e le Regioni, che hanno come finalità quella di «migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema».²⁵⁴

Affrontare il tema dei Piani di rientro, senza metterli in rapporto e relazione, senza una lettura combinata con i Patti per la salute costituirebbe uno sforzo interpretativo monco ed incompleto.

Gli stessi Patti per la salute rappresentano un sistema virtuoso di dialogo tra i due livelli di governo, condividendo i risultati e la

²⁵³ L. 191/2009, art. 2, c 95, «Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

²⁵⁴ Sul tema si rimanda a B. VITIELLO, *La sanità pubblica: Specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni*, in *Ist. Del Federalismo*, n. 6 2006, p 964 ss.

programmazione, in vigore da ben prima dei Piani di Rientro e che ha avuto il merito di aver introdotto un sistema di dialogo efficace²⁵⁵.

1.3 LA RESPONSABILITÀ POLITICA NEL DIVANZO

Il legislatore, negli anni, ha creato la normativa in materia inserendo le varie modifiche nelle leggi finanziarie che si sono venute a susseguire, non dando, di fatto, un quadro organico ed una disciplina univoca alla materia.

Tali normative, come già chiarito precedentemente nel presente lavoro, sono vincolanti nei confronti delle Regioni e del legislatore regionale. Nell'ottica di un sempre maggiore rapporto di controllo e nella speranza che le regioni potessero svolgere i propri compiti in maniera oculata, il legislatore statale si è spinto sino a prevedere lo scioglimento del Consiglio Regionale e la rimozione del Presidente della Giunta Regionale (prevedendo all'uopo la nomina d'un commissario *ad acta*), in caso di grave dissesto finanziario, nonché prevedendo l'incandidabilità, per quest' ultimo per un periodo di 10 anni.²⁵⁶

²⁵⁵ Il rapporto e l'interconnessione tra i Patti per la Salute ed i Piani di Rientro appare già dalla nascita di questi ultimi, in quanto i Patti per la Salute hanno costituito un elemento essenziale ai fini del raggiungimento dell'accordo Stato-Regione nel rispetto del principio di leale collaborazione. Cosicché nei diversi Patti sono contenuti i riferimenti ai Piani, con la descrizione degli obiettivi da raggiungere da parte delle Regioni dopo la sottoscrizione degli Accordi. Con l'evoluzione della legislazione sui Piani di rientro e con il moltiplicarsi degli Accordi, e della loro attuazione nelle Regioni interessate dal deficit sanitario è mutato anche il riferimento ai Piani di rientro contenuti dei Patti per la Salute. A. PATANÈ, I Piani di Rientro op cit. 56;

²⁵⁶ Art. 2, c 2, 3, 5 d. lgs 149/2011: «c2 Il grave dissesto finanziario di cui al comma 1 costituisce grave violazione di legge e in tal caso con decreto del Presidente della Repubblica, ai sensi dell'[articolo 126, comma primo, della Costituzione](#), sono disposti lo scioglimento del Consiglio regionale nonché la rimozione del Presidente della Giunta regionale per responsabilità politica nel proprio mandato di amministrazione della regione, ove sia accertata dalla Corte dei conti la sussistenza delle condizioni di cui al comma 1 e la loro riconduzione alla diretta responsabilità, con dolo o colpa grave del Presidente della Giunta regionale. Il decreto del Presidente della Repubblica è adottato previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, previo parere conforme della Commissione parlamentare per le questioni regionali espresso a maggioranza di due terzi dei componenti. Alla riunione del Consiglio dei Ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale interessato.

C 3. Il Presidente rimosso ai sensi del comma 2 è incandidabile alle cariche elettive a livello locale, regionale, nazionale ed europeo per un periodo di tempo di dieci anni. Il Presidente rimosso non può essere nominato quale componente di alcun organo o carica di governo degli enti locali, delle Regioni, dello Stato e dell'Unione europea per un periodo di tempo di dieci anni.

C 5. Nelle more dell'insediamento del nuovo Presidente della Giunta regionale, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, nomina un nuovo commissario ad acta

Tale normativa ha costituito, data la sua pervasività, non poche problematiche di costituzionalità che hanno portato alla dichiarazione di incostituzionalità di tal previsione con la sentenza 219/2013 Corte Costituzionale.

Ferma restante tale pronuncia, il Legislatore ha successivamente reintrodotto ulteriori forme sanzionatorie, seppur meno incisive, come il cd. blocco dei *turn-over*²⁵⁷ ovvero l'aumento dell'aliquota IRPEF²⁵⁸, con la *ratio* di responsabilizzare l'elettore regionale ai fini di una scelta consapevole dei propri rappresentanti.

per l'esercizio delle competenze del Presidente della Giunta regionale concernenti l'ordinaria amministrazione e gli atti improrogabili».

²⁵⁷ « Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, ai sensi dell'[articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311](#), e successive modificazioni, nelle quali sia scattato per l'anno 2012 il blocco automatico del turn-over ai sensi dell'[articolo 1, comma 174, della medesima legge n. 311 del 2004](#), e successive modificazioni, ovvero sia comunque previsto per il medesimo anno il blocco del turn-over in attuazione del piano di rientro o dei programmi operativi di prosecuzione del piano», dl 159/2011 c 4 bis;

²⁵⁸ l 191/2009, c. 86: « L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dall'[articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311](#), come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo.»

2 L'INQUADRAMENTO COSTITUZIONALE DEL PIANO DI RIENTRO.

L'istituto dei Piani di rientro trova fondamento costituzionale nel combinato disposto degli art. 117, c 2, l. M) Cost. (la dove l'attribuzione dei livelli essenziali di assistenza venga attribuita in via esclusiva allo stato), dell'art. 117, c 3 Cost (nel quale il coordinamento della finanza Pubblica fa parte del novero di materie trasversali ricomprese nella potestà concorrente stato-regioni), dall'art. 119 Cost (nella parte in cui pone i vincoli di bilancio quale vincolo all'autonomia finanziaria), dall'art. 32 Cost. (In quanto, nell'ambito del diritto alla salute pone l'esistenza di una «posizione giuridica soggettiva complessa»).259

Il quadro in cui operano i Piani di rientro è variegato e composto da Regioni che, in linea con il dettato costituzionale, sono riuscite a valorizzare l'autonomia concessa garantendo un livello di assistenza sanitaria adeguato ai LEA e Regioni che, alla prova dell'autonomia, non sono riuscite a garantire tale essenziale diritto e, pertanto, hanno necessitato e necessitano di uno strumento per mezzo del quale andare a ripianare i disavanzi, garantendo il rispetto dei LEA.260

Il Diritto alla salute e l'art. 32 Cost., allora ed in base a quanto sinora visto, funge tanto da norma posta a fondamento della legittimità dei Piani di Rientro quanto norma parametro, quale limite oltre cui tale istituto debba operare. Di conseguenza, e ad esempio, la materia dei Piani di Rientro non potrà mai dare rilievo al mero coordinamento della finanza pubblica ed alle cd esigenze di bilancio, tralasciando ovvero ponendo in secondo piano il Diritto alla salute.261

²⁵⁹ A PATANÈ op cit, p 31;

²⁶⁰ C NAPOLI, *Autonomia Finanziaria, Atti del convegno*, in *Gruppo di Pisa*, Bergamo 6-7 giugno 2014, p 16; B CARAVITA, *Articolo 32*, in V. CRISAFULLI, L PALADIN (a cura di) *Commentario breve alla costituzione*, Padova, Ceda 1990;

²⁶¹ Come giustamente osservato in dottrina tale istituto deve contenere al proprio interno il corretto bilanciamento tra le esigenze di tutela della salute ed i principi di contenimento della spesa pubblica. Se così non fosse da un lato i Piani di Rientro si porrebbero in chiaro contrasto con il Diritto alla Salute, prediligendo esigenze di bilancio al principio ex art. 32 Cost., passaggio nel quale la Corte Costituzionale si è già espressa sovente ed in modo granitico asserendo l'incostituzionalità di tale passaggio, dall'altro tali piani risulterebbero assolutamente privi di *ratio* poichè non se ne comprenderebbe la ragione ed il fondamento, apparendo, conseguentemente, come uno strumento per limitare l'autonomia delle regioni

Come è oramai chiaro in dottrina, i Piani di rientro e la legislazione che li sorregge non deve comportare *ex se* una riduzione delle prestazioni sanitarie fornite dalla singola regione, ma deve temperare al bilanciamento della realizzazione del diritto alla salute con una migliore gestione delle risorse. «L'obbligo di rispettare i Piani di rientro e la previsione di cospicui tagli alla spesa sanitaria comportano inevitabilmente una riduzione dei servizi sanitari offerti e quindi una compressione del diritto alla salute». ²⁶²

I singoli SSR vanno a garantire l'interesse del cittadino a che sia rispettato il proprio diritto ad avere cure, la piena attuazione dell'art. 32 Cost., ponendosi in un'ottica unitaria come parti un unico sistema, il Servizio Sanitario Nazionale. «La tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone, con la precisazione che le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana [...]. In questi termini, nell'ambito della tutela costituzionale accordata al "diritto alla salute" dall'art. 32 della Costituzione, il diritto a trattamenti sanitari è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella

senza andare a risanare ovvero a raggiungere obiettivi di contenimento della spesa, seppur mirando alla maggior tutela possibile del Diritto alla salute. Lo scopo della razionalizzazione operata per mezzo dei Piani di Rientro deve essere, allora, quello di migliorare l'erogazione di un servizio essenziale andando a ridurre la spesa affrontata dalla regione. Sul punto si rimanda alla lettura di G. GRASSO, *Il Costituzionalismo in crisi*, Napoli Editoriale scientifica, 2012; V. ATELLA, F. CINCOTTI, *Un'Analisi dei Piani di Rientro*, in *Ragiusan*, n. 26 2009, p. 79 SI RINVIA AL CAP. 2

²⁶² R. BALDUZZI, *La storia di una legge*, in A.A. V.V., *I valori di una riforma, 25 anni di Servizio sanitario nazionale*, Bologna, 22 dicembre 2003, Convegno promosso dalla Regione Emilia-Romagna; P. VIPANA, *Tendenze centripete e centrifughe negli ordinamenti statali dell'Europa in crisi*, Torino, Giappichelli, 2014, p. 33

sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento [...]».²⁶³

Il nucleo irriducibile del Diritto alla Salute, infatti, è «...sottratto a qualunque valutazione da parte dell'organo di rappresentanza popolare»²⁶⁴.

I Piani di rientro, allora, nascono per dare piena attuazione al Diritto alla salute e devono tutelare i servizi da erogare e garantire le prestazioni previste dai LEA, senza andare a ledere i diritti dei cittadini. La sottoscrizione del Piano non è da intendersi, allora, come una scelta di riduzione delle risorse impiegate in ambito sanitario ovvero come una limitazione delle prerogative regionali.

Di certo interesse è il rapporto tra i Piani di Rientro e la regionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, ed il rapporto tra l'attuazione della potestà legislativa e l'organizzazione sanitaria. In particolare, è stato affermato che «dal momento che le disposizioni in tema di Piani di rientro prevedono, da parte del livello centrale, la valutazione degli obiettivi del piano stesso, la verifica della sua attuazione e la preventiva approvazione dei provvedimenti afferenti a determinate aree tematiche, oltre che la verifica del rispetto delle modalità e dei tempi pianificati, esse costituiscono una rilevante compressione dell'autonomia regionale»²⁶⁵. Ciò non comporta *ex se* una lesione delle competenze regionali, «purché, però, siano evidenti le ragioni dell'attribuzione stessa e siano osservate le procedure di leale collaborazione e, in particolare, venga assicurato il massimo coinvolgimento regionale, sia del complessivo sistema delle autonomie regionali, sia della singola Regione interessata»²⁶⁶.

L'analisi sui Piani di Rientro non può prescindere, allora, dal collocamento degli stessi nel sistema delle fonti. La Corte Costituzionale,

²⁶³ **Corte costituzionale - sent. 203/2016**

²⁶⁴ C. Triponina, ART. 32, in S. BARTOLE, R. BIN, V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla costituzione, seconda ed.*, Padova Cedam, p 328.

²⁶⁵ R. BALDUZZI, *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in Monitor, n. 22, 2010, pp. 4 ss.

Si veda anche R. BALDUZZI, *Alcune conclusioni*, cit.; BELLENTANI M., BUGLIARI A. L., *La logica dei "piani di rientro" e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in BALDUZZI R., CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 391 ss.

²⁶⁶ *Ibidem*

più volte, ha ribadito la costituzionalità dei Piani di Rientro, dichiarando, conseguentemente incostituzionali le norme regionali in contrasto con gli stessi, poiché tutelano il coordinamento della finanza pubblica. La «Corte ha ripetutamente ravvisato la non conformità all'ordinamento costituzionale di interventi legislativi adottati dalle Regioni in costanza di commissariamento del settore sanitario, ove incidenti sulla spesa per il personale, a motivo della interferenza con le prerogative del Commissario, e del conseguente contrasto con i principi di coordinamento della finanza pubblica, configurati dal complesso normativo statale che disciplina i principi di coordinamento della finanza pubblica, configurati dal complesso normativo statale che disciplina i piani di rientro dal disavanzo del settore sanitario e il regime del commissariamento»²⁶⁷.

La Consulta ha legato, infatti, i Piani di Rientro al principio del coordinamento della finanza pubblica per tramite del citato art. 1, comma 796, lett. b), l. n. 269 del 2006 – che afferma il carattere vincolante del Piano per la Regione che lo ha sottoscritto, nonché ai commi 80 e 95 dell'art. 2, l. n. 191 del 2009, che sottolineano il carattere vincolante dei Piani di Rientro e all'art. 2, comma 88, l. n. 191 del 2009²⁶⁸. Detto in altri termini, ci troviamo davanti ad un cd «parametro doppiamente interposto» poiché la violazione del Piano di Rientro sarebbe in contrasto sia con le norme generali sulla materia sia con le norme che rendono vincolante l'atto in sé.²⁶⁹

²⁶⁷ C. Cost. sent. 6/2022

²⁶⁸ Corte Cost. sent. 77/2011 e 104/2013. Alla lettura fornita dalla Corte Costituzionale di Parametro interposto comporta che l'eventuale legge regionale in contrasto con il piano siglato non andrebbe a volare solo il piano stesso ma entrerebbe in contrasto diretto con le leggi dello stato che rendono il Piano vincolante. La legge rende, allora vincolante l'accordo subordinandolo all'art. 117 c 3 Cost., e di conseguenza costringendo la regione a conformarsi, nelle materie concorrenti ai principi generali dettati dallo stato. Il piano di rientro può così essere utilizzato come parametro di legittimità costituzionale nei confronti della legge regionale. Sul tema si rimanda a G. D'AURIA, *Gli accordi Stato-Regioni sui «piani di rientro» dai disavanzi sanitari. Quali vincoli per il legislatore regionale?*, in *Foro it.* 2010, 2646

²⁶⁹ D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione.*, in *Le Regioni*, [s. l.], n. 1–2, p. 203–226, 2014. Sul tema del doppio parametro di rimanda a M. CARTABIA, *Principi della delega determinati con rinvio alle norme comunitarie e parametro doppiamente interposto*, in *Giur. cost.*, 1993, 2054).

La sentenza 100/2010 C. Cost. ha asserito sul tema che «una norma statale (art. 1, comma 796, lett. b della legge n. 296 del 2006) ha reso vincolanti, per le Regioni che li abbiano sottoscritti, gli interventi individuati negli atti di programmazione «necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, oggetto degli accordi di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311»,²⁷⁰ ivi compreso l'Accordo intercorso, nel caso di specie, tra lo Stato e la Regione Campania. «Orbene, la norma dello Stato che assegna a tale accordo carattere vincolante, per le parti tra le quali è intervenuto, può essere qualificata come espressione di un principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica»²⁷¹.

Vi è di più, la Corte ha affermato che la normativa statale, vincolante per le Regioni rispetto ai Piani di rientro, non si può considerare un'imposizione unilaterale ma riflette un sistema condiviso tra Stato e Regione²⁷², anche se lo spazio riservato a quest'ultima non è di spettanza dell'organo legislativo ma è in capo al Presidente della Regione²⁷³. Detto in altri termini, il Consiglio Regionale, con i Piani di Rientro viene «completamente soppiantato», non rientrando tra gli organi necessari, ovvero eventuali, da essere sentiti ai fini della stipula dell'accordo.²⁷⁴

²⁷⁰ C. Cost. sent. 100/2010.

²⁷¹ *Ibidem* considerando in diritto.

²⁷² C. Cost. sent. 98/2007: «la vigente legislazione di finanziamento del servizio sanitario nazionale trova origine in una serie di accordi fra Stato e Regioni, che spesso ne hanno anche successivamente sviluppato ed integrato la normativa, quantificando anche i corrispondenti livelli di spesa. La stessa offerta «minimale» di servizi sanitari non è unilateralmente imposta dallo Stato, ma viene concordata per taluni aspetti con le Regioni in sede di determinazione dei livelli essenziali di assistenza (...). Pertanto, non si può attribuire esclusivamente allo Stato la causa del deficit del servizio sanitario, giacché, in larga misura, sia le prestazioni che le Regioni sono tenute a garantire in modo uniforme sul territorio nazionale, sia il corrispondente livello di finanziamento sono oggetto di concertazione tra lo Stato e le Regioni stesse».

²⁷³ M. BELLETTI, *forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali*, Milano, Giuffrè, p. II, ;

²⁷⁴ D. PARIS op cit, p. . Si è sottolineato anche che in tale ambito le Regioni non abbiano un reale margine di manovra e che difficilmente di possa parlare di leale collaborazione dato che questa difficilmente può essere messa in correlazione rispetto una regione con ingente disavanzo strutturale. Sul tema si rimanda a E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in www.rivistaaic.it, n. 3/2012, 24.07.2012, 10, e Id., *Il legislatore dimezzato* cit., 481 ss..

Il cappello del coordinamento finanziario, sull'istituto in esame, è tanto forte, quindi, che ha portato alla dichiarazione di incostituzionalità delle leggi regionali anche quando gli «interventi in materia di organizzazione sanitaria che non sono contemplati nel piano di rientro dal disavanzo sanitario» ovvero se la normativa regionale sia in contrasto con «l'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria regionale»²⁷⁵.

Ciò che si qualifica, che viene tutelato e protetto è il principio legislativo ex art. 1 c 796, l. B l. 296/2006 e non il contenuto del piano; «Si tratta di un principio vincolante, ma senza contenuto, che viene definito e calibrato solo con l'Accordo, ma che la Regione non ha poi alcuna possibilità di contestare nel merito e nel dettaglio»²⁷⁶.

Ulteriore dibattito che ha coinvolto dottrina e giurisprudenza costituzionale ha riguardato è la discrezionalità inerente il cd. spazio residuo regionale. La Regione non è pienamente libera di esercitare i poteri e le competenze demandate dalla Costituzione in autonomia, permanendo la limitazione dell'accordo Stato-Regione.

La presenza di uno strumento così pervasivo porta a riflettere sulla reale compatibilità ideologica dei Piani di Rientro con lo schema del regionalistico del Sistema Sanitario intrapreso con la riforma del Titolo V e con il ruolo delle Regioni previsto in Costituzione. Per meglio dire, ci si chiede «se questo strumento possa essere capace di contribuire alla realizzazione del progetto dei costituenti, che nell'impianto regionale hanno visto non una mera scelta di decentramento amministrativo, ma la necessità di realizzare un sistema caratterizzato da Regioni capaci di esprimere a pieno l'autonomia legislativa e politica»²⁷⁷.

Lo Stato davanti alle criticità mostrate dal sistema regionalizzato nostrano ha proposto una soluzione di affiancamento alle Regioni “meno

²⁷⁵ C. Cost. sent. 79/2013.

²⁷⁶ M. BELLETTI, *Forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali. Il coordinamento per principi, di dettaglio e «virtuoso», ovvero nuove declinazioni dell'unità economica e dell'unità giuridica*, relazione al convegno «Il regionalismo italiano...», in *Studi ed interventi*, Roma, ISSIRFA, 2013, p 10.

²⁷⁷ A. PATANÈ, *I Piani di Rientro sanitari: il perimetro di un'indagine nella prospettiva delle possibili modifiche normative dopo la pandemia da Covid-19*, in *queste istituzioni*, riv. 2/21, p 67.

virtuose”, arrivando quasi a soppiantarle, al punto tale da limitarne le competenze costituzionalmente garantite²⁷⁸.

In tale ambito anche il principio di leale collaborazione non può essere risolutivo ai fini della tutela degli interessi in gioco. Il principio di leale collaborazione non tange l’esercizio della potestà legislativa e nel caso dei Piani di Rientro la Giurisprudenza costituzionale ha confermato tale interpretazione²⁷⁹.

Ulteriore asimmetria rispetto l’efficacia dei Piani di Rientro nel rapporto con lo Stato e le Regioni si ha rispetto la vincolatività dello stesso. Per meglio dire, il Piano di rientro non ha medesima applicazione tra legislatore statale e regionale, basti pensare che il Parlamento può disattendere il Piano di Rientro sottoscritto dal Governo, facoltà non concessa al legislatore regionale²⁸⁰. «Laddove, infatti, la Regione dovesse approvare una legge i cui contenuti non fossero pienamente condivisi dai Ministeri “sorveglianti”, per potenziale contrasto con il piano di rientro, lo Stato potrebbe assai facilmente utilizzare lo strumento dell’impugnazione innanzi al giudice costituzionale, che nel medio-lungo periodo svolgerebbe una funzione di deterrente potenzialmente tanto penetrante quanto l’approvazione preventiva ... [rendendo] permanente la logica dell’intesa, rinnovandola implicitamente ad ogni nuovo atto legislativo regionale più o meno correlato ai contenuti del piano»²⁸¹.

Ulteriore peculiarità che emerge dalla dall’analisi della giurisprudenza costituzionale e dalla dottrina sul tema è che quanto emerge in sede di conferenza Stato-Regioni giustifica la lesione della potestà legislativa regionale. Ne consegue che il comportamento del Presidente della Regione incide e comprime il ruolo del Consiglio

²⁷⁸ M. CARRER, *Il legislatore competente. Statica e dinamica della potestà legislativa nel modello regionale italiano*, Milano, Giuffrè, 2012; C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?*, in *Le Regioni*, n. 1, 2019, pp. 307 ss.

²⁷⁹ C. Cost. sent 100/2010 «il principio di leale collaborazione non può trovare applicazione, in via generale, in relazione all’attività di produzione legislativa, deve nondimeno rilevarsi che, nella specie, una norma statale (art. 1, comma 796, lett. b della legge n. 296 del 2006) ha reso vincolanti, per le Regioni che li abbiano sottoscritti ...».

²⁸⁰ A. CARMINATI, *Dal raccordo politico al vincolo giuridico: l’attività della Conferenza Stato-Regioni secondo il giudice costituzionale*, in *la Regioni*, 289 e 295.

²⁸¹ E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista A.I.C.*, n. 3, 2012., p. 13

Regionale, evirato nella sua funzione cardine. Il Piano di Rientro, firmato e discendente dall'accordo tra la Regione, nella persona del suo Presidente, ed i Ministeri, infatti, si riverbera direttamente sul riparto di competenze legislative.²⁸² Soggetto che dal quadro enunciato esce maggiormente compresso nei propri poteri e nella propria principale prerogativa, allora, è il Consiglio Regionale, il quale è escluso dalla Conferenza Stato Regioni e dalla stesura del Piano di Rientro; è impossibilitato dall'intervenire normativamente in senso contrario ovvero *praeter* rispetto il Piano ed a cui è demandata l'applicazione, come mero esecutore materiale, del Piano stesso. Ciò ha portato Consigli Regionale ad approvare il Piano con legge regionale ovvero a prevedere una «clausola di cedevolezza», anche, rispetto i provvedimenti del Commissario *ad acta*²⁸³. Nella materia oggetto della presente analisi, quindi, il classico schema delineato dall'art. 117 Cost. non riesce a specificare la realtà dei fatti e le Regioni potrebbero trovare garanzia e tutela rispetto le proprie prerogative solo, per mezzo, del principio di leale collaborazione.

Il principio di leale collaborazione seppur cessa di venire in gioco quando è stato firmato l'accordo, ben potrebbe essere tratto in ballo nella fase precedente alla Conferenza Stato-Regioni. La giurisprudenza, infatti, ha sottolineato come la condivisione nella fase precedente alla Conferenza sia fondamentale.

L'introduzione dei Piani di rientro con gli autolimiti regionali hanno costituito una chiara innovazione nel rapporto Stato-Regione. Elemento di assoluta novità è dato dall'intervento con un ruolo «sussidiario rispetto alle scelte assunte dalle Regioni» dello Stato²⁸⁴.

²⁸² D. PARIS OP CIT, p. 222

²⁸³ A. SAITTA, *Autonomia regionale e legalità al tempo della Spending review: la legge regionale si deve conformare al decreto del Commissario*, in www.federalismi.it, 18.12.2013.

²⁸⁴ A. PATANÈ, OP CIT

2.1 "L'ULTRATTIVITÀ" DEI VINCOLI DERIVANTI DALL'ACCORDO PER UNA REGIONE CHE HA GIÀ CONCLUSO IL PIANO

Caso che da ultimo ha interessato la giurisprudenza costituzionale è inerente alla vincolatività dei piani di rientro dopo che la Regione interessata abbia terminato il proprio periodo di sottoposizione allo stesso.

Come già ricordato i piani di rientro sono caratterizzate da un *dies a quo*, un termine di durata prestabilito, di tre anni, al termine del quale si stabilisce se la regione sottoposta abbia o meno le capacità per uscire da tale situazione ovvero se si debba stipulare un nuovo Accordo; e proprio la durata prestabilita concede al piano di rientro la copertura costituzionale garantendo l'autonomia regionale.

Caso di particolare interesse è stato quello di cui alla sentenza della c cost. 87/2024. Il caso trae origine da ricorso del Presidente del Consiglio dei ministri, avverso l'art. 8 della legge della Regione Piemonte 24 aprile 2023, n. 6 (Bilancio di previsione finanziario 2023-2025), in riferimento agli artt. 5, 120 e 117, terzo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione all'art. 1, commi 173 e 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui dispone che il già previsto trasferimento di cassa in favore della gestione sanitaria, da prelevare dal conto di tesoreria della gestione ordinaria, è prorogato fino al 2032 (mentre in precedenza si prevedeva dovesse concludersi entro il 2026) e sono diversamente modulati, anno per anno, gli importi da trasferire e da destinare alla riduzione dei residui passivi verso le aziende sanitarie regionali risultanti al 31 dicembre 2015.

Tale originaria statuizione legislativa affondava le proprie radici nell'accordo intercorso tra la Regione e i Ministeri delle Finanze e della Salute nell'ambito del Piano di rientro dal disavanzo sanitario, cui il Piemonte è rimasto soggetto per quasi sette anni fino al 21 marzo 2017. Su tali basi, entro il 2026 la Regione Piemonte avrebbe dovuto restituire alle aziende sanitarie e ospedaliere le risorse (loro precedentemente sottratte) onde ridurre i residui passivi verso di esse.

Si specifica che la regione Piemonte, al momento del ricorso non era più sottoposta a piano di rientro.

Lo Stato, in particolare, «ravvisa la violazione congiunta dei principi fondamentali in

materia di coordinamento della finanza pubblica di cui al terzo comma dell'art. 117 Cost., e del principio di leale collaborazione, che si sarebbe realizzata per effetto delle modifiche apportate in modo unilaterale dalla Regione Piemonte al programma di restituzione delle somme indebitamente sottratte alla gestione sanitaria e impiegate per finalità diverse», conferendo, a suo avviso, una validità al Piano di Rientro anche nel momento in cui ne è cessata l'efficacia.

La Corte Costituzionale, pur sancendo l'incostituzionalità delle citate norme, non accoglie la visione data dallo Stato. Il ragionamento della Corte, difatti, parte dall'assunto per cui «nell'individuazione della materia cui ascrivere una determinata norma, [...] occorre considerarne *ratio*, finalità e contenuti, tralasciando aspetti marginali ed effetti riflessi» (sentenza n. 267 del 2022) – la disposizione regionale impugnata deve ricondursi alle materie di competenza regionale concorrente del coordinamento della finanza pubblica e della tutela della salute».

Di particolare importanza appare un passaggio della Corte in cui afferma che «Per tutto il tempo della vigenza di questo piano, alla regione è impedito di adottare qualsiasi provvedimento anche legislativo che sia di ostacolo alla sua attuazione e che incida sulle misure in esso previste; come pure è escluso che la medesima possa introdurre livelli di assistenza sanitaria ulteriori rispetto a quelli essenziali e, quindi, possa esprimere una propria politica sanitaria. Inoltre, in caso di mancata completa attuazione nel triennio, il piano può essere proseguito, con i medesimi effetti ... costituendo tali strumenti, come questa Corte ha avuto più volte occasione di affermare, espressione del «principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e del correlato principio di coordinamento della finanza pubblica» (sentenza n. 190 del 2022), in vista del superamento della situazione di disavanzo».

La corte pertanto, valorizzando il principio di leale collaborazione, concede una ultrattività al Piano di Rientro, dato che «nonostante la

riacquistata libertà di manovra in ambito sanitario, reclama un incisivo ossequio, in presenza di un accordo già raggiunto proprio in ordine alle modalità temporali di restituzione delle somme indebitamente sottratte al SSR –, la Regione Piemonte, in vista dell'esercizio della propria competenza legislativa concorrente inerente alla gestione del Servizio sanitario regionale, ben avrebbe potuto – e dovuto, nello spirito di leale collaborazione «che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività» (sentenza n. 62 del 2020)» (sentenza n. 190 del 2022) – promuovere un'interlocuzione con le amministrazioni statali competenti al fine di rappresentare loro le ragioni dell'asserita sopravvenuta insostenibilità del completamento del programma di restituzione decennale delle liquidità, concordato nel 2017, anche alla luce del dichiarato radicale mutamento delle condizioni di fatto in ragione, fra l'altro, della pandemia da COVID-19 e della crisi economica conseguente, per eventualmente giungere alla definizione, necessariamente concordata, di un diverso termine finale entro il quale modulare il trasferimento di cassa, in relazione ai singoli esercizi finanziari»²⁸⁵.

²⁸⁵ C. Cost. 87/2024, considerando in diritto 4.1.2;

2.2 PROBLEMATICHE COSTITUZIONALI

L'argomento *de quo* non può correttamente essere analizzato se non, anche, alla luce delle pronunce della Corte Costituzionale che l'hanno investito in questo primo ventennio. I Piani di Rientro, infatti, appaiono come una chiara manifestazione dei poteri sostitutivi previsti dall'art. 120, II comma, Cost., mediante l'intervento sostitutivo, imposto dalla necessità di assicurare l'unità giuridica ed economica della Repubblica, di cui costituiscono esplicitazione i livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto fondamentale alla salute.²⁸⁶

La giurisprudenza della Corte Costituzionale ha specificamente individuato che la spesa sanitaria debba obbligatoriamente essere parametrata alla «limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario»²⁸⁷. Ciò comporta, come diretta conseguenza che l'ambito di gestione del Servizio Sanitario da parte delle Regioni trova ovvero può trovare dei limiti negli «obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa»²⁸⁸.

La Corte costituzionale è stata investita da procedure discendenti tanto da violazioni delle Regioni sottoposte a Piano di Rientro per aver adottato provvedimenti contrari al Piano di Rientro, dallo Stato dato il mancato rispetto degli accordi da parte delle Regioni. Andando a sommare le varie sentenze ne fuoriescono, tra gli altri, due principi che sono divenuti cardine da parte della Corte sul tema: la primazia degli accordi e dei Piani di Rientro (espressione della principio fondamentale in materia di coordinamento della finanza pubblica)²⁸⁹ ed il vedere i Piani di Rientro

²⁸⁶ C. Cost. sentt. n. 78 del 2011 e n. 28 del 2013.

²⁸⁷ C. Cost. 111/2005;

²⁸⁸ C. Cost. 193/2007;

²⁸⁹ In merito alla lettura dei Piani di Rientro come espressione della competenza statale (di principio) sul coordinamento della finanza pubblica, si riportano ex plurimis le sentt. n. 193/2007, nn. 100 e 141/2010. Sulla natura vincolante degli impegni concordati nel piano di rientro, v. le sentt. nn. 100/2010, 77/2011, 31/2012;

come espressione diretta del principio di leale collaborazione Stato-Regione²⁹⁰.

In merito alla natura vincolante del Piano di Rientro anche ove vada a limitare e comprimere l'autonomia legislativa regionale di particolare interesse sono le sentenze 100 e 141/2010 e sent. 18 aprile 2012, n. 91. La Corte nelle citate sentenze va ad individuare il fondamento della vincolatività dei Piani poiché sono espressione del principio fondamentale «... diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica»;²⁹¹ a ciò si deve aggiungere come la vincolatività, inoltre, discenda direttamente della volontà delle Regioni di fornirgliela, asserisce la Corte Costituzionale, poiché deriva dalla «condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario»²⁹², andando ad agganciare la vincolatività dei Piani anche al principio di leale collaborazione Stato-Regione.

Come già riportato i Piani di Rientro costituiscono un «parametro doppiamente interposto», giustificato dalla volontà Statale e Regionale di giungere ad un punto di caduta comune per garantire i diritti e le prerogative costituzionalmente garantite ai cittadini e per ristabilire l'equilibrio dal *deficit*. Ne discende che la normativa statale, che vincola le regioni ai piani di rientro, non si può considerare un'imposizione unilaterale ma riflette un sistema condiviso tra stato e regione²⁹³, anche se lo spazio riservato alla Regione non è di spettanza dell'organo legislativo ma è in capo al presidente della Regione.²⁹⁴ La copertura della legittimità

²⁹⁰ E. GRIGLIO, op cit., pp. 1 ss. Un profilo che viene in rilievo è da individuare nella sottoscrizione del piano da parte della Giunta regionale, senza che vi sia un'approvazione dei vincoli da parte del Consiglio Regionale.

²⁹¹ C. Cost. 100/2010;

²⁹² C. Cost. 141/2010;

²⁹³ C. Cost. sent. 98/2007: «la vigente legislazione di finanziamento del servizio sanitario nazionale trova origine in una serie di accordi fra Stato e Regioni, che spesso ne hanno anche successivamente sviluppato ed integrato la normativa, quantificando anche i corrispondenti livelli di spesa. La stessa offerta «minimale» di servizi sanitari non è unilateralmente imposta dallo Stato, ma viene concordata per taluni aspetti con le Regioni in sede di determinazione dei livelli essenziali di assistenza (...). Pertanto non si può attribuire esclusivamente allo Stato la causa del deficit del servizio sanitario, giacché, in larga misura, sia le prestazioni che le Regioni sono tenute a garantire in modo uniforme sul territorio nazionale, sia il corrispondente livello di finanziamento sono oggetto di concertazione tra lo Stato e le Regioni stesse».

²⁹⁴ M. BELLETTI, *forme di coordinamento*, p 11;

del Piani di Rientro mediante il principio del coordinamento finanziario è tanto forte, quindi, che ha portato alla dichiarazione di incostituzionalità anche quando si pongono in essere «interventi in materia di organizzazione sanitaria che non sono contemplati nel piano di rientro dal disavanzo sanitario» ovvero se la normativa regionale sia in contrasto con «l'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria regionale»²⁹⁵.

La giurisprudenza successiva ha valorizzato tali aspetti rendendo granitico l'orientamento appena offerto e la costituzionalità dei Piani di Rientro anche se di certa ingerenza nell'autonomia regionale; le regioni, a seguito del Piano, sono limitate sotto il profilo legislativo, nel mettere in atto quanto previsto dai Piani di Rientro e della successiva messa in opera degli stessi²⁹⁶.

Ciò che si qualifica, che viene tutelato e protetto dal principio mediante il cd. coordinamento della finanza pubblica è il principio legislativo ex art. 1 c 796, l. B l. 296/2006 e non il contenuto del piano. «Si tratta di un principio vincolante, ma senza contenuto, che viene definito e calibrato solo con l'Accordo, ma che la Regione non ha poi alcuna possibilità di contestare nel merito e nel dettaglio»²⁹⁷.

La Corte Costituzionale, pertanto, non ha rinvenuto il fondamento della vincolatività dei Piani di Rientro nel diritto alla Salute e nella necessità di garantirlo correttamente, individuando l'art. 32 Cost. come parametro di legittimità della compressione dell'autonomia regionale; andando a mettere in evidenza l'art. 117 c 3 Cost., e ponendo il coordinamento della finanza pubblica come fondante la vincolatività dei PdR per le singole regioni interessate.²⁹⁸

²⁹⁵ C. Cost. sent. 79/2013.

²⁹⁶ Tale lettura ha trovato conferma anche nella dottrina, "R. BALDUZZI, Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema, in *Monitor*, n. 27, 2010, p. 3, «Il suo inserimento nel sistema appare ormai consolidato ed esente da dubbi radicali di compatibilità costituzionale». T. CERRUTI, I Piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale, in *Rivista A.I.C.*, n. 4, 201;

²⁹⁷ M. BELLETTI, *Forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali. Il coordinamento per principi, di dettaglio e «virtuoso», ovvero nuove declinazioni dell'unità economica e dell'unità giuridica*, relazione al convegno «*Il regionalismo italiano...*» cit. a n. 20, 10.

²⁹⁸ Come accennato in precedenza, una parte minoritaria della dottrina, nelle fasi iniziali di vita dei PdR, ha sostenuto che i Piani necessariamente fossero collegati e da ricollegare all'art. 32 Cost. data la *ratio* e la funzione dei Piani stessi, garantire il Diritto alla salute, con il rispetto dei LEA, ricreando una situazione

La materia del Coordinamento della finanza Pubblica è «concorrente» ex art 117, c 3 Cost. e trae origine dall'esigenza di tutelare i vari livelli di governo, creando la corretta allocazione delle risorse e contenere la spesa pubblica, ottimizzandola, rispettando i vincoli internazionali, ed in particolare dell'UE.²⁹⁹ Le leggi emanate ai fini del coordinamento della finanza pubblica, hanno come scopo l'omogenizzazione del sistema, non rendendo frazionato, e riconducendo alla competenza dello Stato le decisioni di politica finanziaria.³⁰⁰

Appare necessario comprendere come si atteggi tale principio ai fini dell'analisi del tema *de quo*, essendo investito completamente da tale materia. In merito ai PdR, il coordinamento si pone in un'ottica, sottolinea la Corte Costituzionale, di collaborazione Stato-Regione³⁰¹, ove le

economico-finanziaria sana. Se così è non si può prescindere dall'incentrare il ragionamento sulla vinclatività e sulla costituzionalità dei Piani di Rientro che all'art. 32 Cost.

²⁹⁹ A seguito della riforma costituzionale del Titolo V ed individuandolo il "coordinamento della finanza pubblica" tra le materia di competenza concorrente ex art. 117, c 3 Cost, si è andati a perseguire gli obiettivi eurounitari del rispetto degli obblighi finanziari, andando a garantire uniformità sul territorio nazionale. Sul tema si rimanda alla lettura di F. SORRENTINO, *Riflessioni preliminari sul coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario*, in *Studi in onore di Franco Modugno*, Napoli, Jovene, 2011; G. PENNELLA, *Federalismo fiscale a geometria variabile*, in *Il Lavoro nelle PA*, fasc. n. 1, 2002, pp. 48 ss. In merito ad un approfondimento rispetto il coordinamento della finanza pubblica in ambito europeo di rimanda alla lettura di D. CABRAS, *Appunti sul tema del coordinamento della finanza pubblica tra Unione Europea, Stato e Autonomie Locali*, in *Federalismi*, 1 dicembre 2010, pp. 1 ss.

Sull'introduzione degli obblighi internazionali nell'art. 117 Cost. A. D'ATENA, *La nuova disciplina costituzionale dei rapporti internazionali e con l'Unione Europea*, in *Rass. Parl. Fasc. 4*, 2002, pp. 913 ss. Sull'intenzione del legislatore del 2001 e sull'interpretazione degli obblighi internazionali, A. MANGIA, *Ancora sugli obblighi internazionali nel Titolo V*, in *Quad. Cost.*, fasc. 4, 2002, pp. 806 ss. In chiave comparata con altri Paesi dell'Unione si veda G. RIVISECCHI, *Il coordinamento dinamico della finanza pubblica tra patto di stabilità, patto di convergenza e determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali*, in L. CAVALLINI Cadeddu (a cura di), *Il coordinamento dinamico della finanza pubblica*, Napoli, Jovene, 2012.

³⁰⁰ Da ciò derivano non pochi quesiti in particolare rispetto ai limiti tra la competenza statale e l'autonomia delle regioni. In particolare, aspetto che ha portato a dibattito dottrinale a seguito dell'introduzione della riforma ha avuto riguardo il carattere che assume la normativa in oggetto; per meglio spiegare, ci si è posti il quesito se la norma dovesse essere meramente imposta ovvero se dovesse trovare una forma di condivisione con le Regioni. Sul tema si consiglia F. CORVAJA, *La potestà concorrente, tra conferme e novità*, in *Le Regioni*, n. 2, 2011, pp. 287 ss. F. PIZZETTI, *Il disegno di legge delega del Governo per la attuazione del Titolo V* in, F. PIZZETTI, A. POGGI (a cura di), *Il sistema "instabile" delle autonomie locali*, op. cit., p. 149.

³⁰¹ R. BALDUZZI, *Un inusitato intreccio di competenze. Livelli essenziali e non essenziali*, in *Verso il decentramento delle politiche di Welfare*. In *Incontro di studio "Gianfranco Mor" sul diritto regionale*, a cura di L. VIOLINI, Giuffrè, Milano, 2011, pp. 84 ss.; C. PARENZA, *Mediazione politica e immediatezza giuridica dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, pp. 1024 s. Si vedano anche le Sentenza della Corte costituzionale n. 88 del 2003; n. 134 del 2006; n. 162 del 2007; n. 124 e n. 322 del

limitazioni ed il contenuto dell'accordo sono firmati e ed effettuati dall'organo rappresentativo della Regione stessa. Ad affiancare la materia del coordinamento della finanza pubblica, allora, vi è sempre il principio di leale collaborazione, necessario per non privare le Regioni di autonomia sostanziale.

Sull'applicazione del principio di coordinamento della finanza, parte della dottrina ha sottolineato come in determinate occasioni lo Stato, data la situazione emergenziale, non abbia rispettato i paramenti costituzionali, andando a mettere in campo politiche di centralizzazione. In particolare, nell'impianto attuale lo Stato, secondo questa dottrina, avrebbe sempre un ruolo predominante rispetto le Regioni. «L'unica cosa che non si può fare, però, è contrabbandare per autonomistico un sistema che non lo è, perché fondato sul criterio della concessione piuttosto che su quello della situazione giuridica soggettiva tutelata e azionabile ex se dinanzi alla Corte costituzionale: tutelata e azionabile non in senso formale soltanto, ma sostanzialmente, vale a dire alla luce di un parametro rispetto al quale Stato e Regioni sono in condizione paritaria. Ma nell'art. 119 Cost. non c'è alcuna parità, se si tiene conto di quanto affermato dalla Corte costituzionale, che si è ovviamente preoccupata dell'unità e indivisibilità della Repubblica: almeno in questa fase storica»³⁰².

Il tema ha creato una fervente produzione giurisprudenziale che ha dato modo alla Corte Costituzionale di tracciare i confini ed i limiti del rapporto Stato-regione rispetto il coordinamento della finanza pubblica. «Il carattere “finalistico” dell'azione di coordinamento esige che al livello centrale si possano collocare non solo la determinazione delle norme fondamentali che reggono la materia, ma altresì i poteri puntuali eventualmente necessari perché la finalità di coordinamento – che di per sé eccede inevitabilmente, in parte, le possibilità di intervento dei livelli

2009; n. 121 e n. 309 del 2010; n. 8 e n. 330 del 2011; n. 297 del 2012; n. 65 del 2016, punto n. 5.3.1 del “Considerato in diritto”

³⁰² M BERTOLISSI, *L'autonomia finanziaria delle Regioni ordinarie*, in *Le Regioni*, n. 2, 2004, pp. 434 s. Sul tema si rimanda alla lettura G. RIVOSECCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga del riparto costituzionale delle competenze?*, in *Studi e interventi*, www.issirfa.cnr.it, 2013.; A. IACOVIELLO, *Il coordinamento della finanza pubblica come binario per la ricentralizzazione della legislazione e dell'amministrazione in tempi di crisi*, in *Giur. Cost.*, fasc. 4, 2013, pp. 3535 ss.

territoriali sub-statali – possa essere concretamente realizzata»³⁰³. Ne discende che la legislazione di coordinamento della finanza pubblica, possa essere individuata anche in via amministrativa. Ai fini di attuare un corretto coordinamento finanziario si può necessitare di poteri amministrativi, di regolazione tecnica, «onde, attesa la specificità della materia, non può ritenersi preclusa alla legge statale la possibilità, nella materia medesima, di prevedere e disciplinare tali poteri, anche in forza dell'art. 118, primo comma, della Costituzione. Il carattere "finalistico" dell'azione di coordinamento esige che al livello centrale si possano collocare non solo la determinazione delle norme fondamentali che reggono la materia, ma altresì i poteri puntuali eventualmente necessari perché la finalità di coordinamento - che di per sé eccede inevitabilmente, in parte, le possibilità di intervento dei livelli territoriali sub-statali - possa essere concretamente realizzata». Il «coordinamento finanziario può richiedere, per la sua stessa natura, anche l'esercizio di poteri di ordine amministrativo, di regolazione tecnica, di rilevazione di dati e di controllo: onde, attesa la specificità della materia, non può ritenersi preclusa alla legge statale la possibilità, nella materia medesima, di prevedere e disciplinare tali poteri, anche in forza dell'art. 118, primo comma, della Costituzione»³⁰⁴. I limiti e confini sono stati sovente ripresi negli anni in ambito di conflitto tra diritto alla salute (in particolare in materia di organizzazione sanitaria) e coordinamento della finanza

³⁰³ C. Cost. 376/2003;

³⁰⁴ *Ibidem*

pubblica, andando a sancire una prevalenza del coordinamento sull'organizzazione^{305 306}.

Nel tracciare i poteri, la giurisprudenza della Corte Costituzionale è giunta sino ad individuare i limiti entro cui lo Stato possa intervenire nell'attuazione del coordinamento, giungendo fino a definire anche elementi secondari, individuando, quale elemento cardine il dialogo con le Regioni nel processo legislativo. «D'altronde, ... non è contestabile il potere del legislatore statale di imporre agli enti autonomi, per ragioni di coordinamento finanziario connesse ad obiettivi nazionali, condizionati anche dagli obblighi comunitari, vincoli alle politiche di bilancio, anche se questi si traducono, inevitabilmente, in limitazioni indirette all'autonomia di spesa degli enti».³⁰⁷

Nell'ottica di lettura della questione rispetto ai Piani di rientro è pertanto necessario rammentare che lo Stato ha il compito di esercitare la competenza "in collaborazione" con le Regioni; questo, allora, è l'elemento distintivo tra il coordinamento e la leale collaborazione rispetto all'esercizio del potere sostitutivo statale.³⁰⁸

³⁰⁵ C. Cost. 177/2020, «Il principio di leale collaborazione, che deve sempre «governare i rapporti fra lo Stato e le Regioni nelle materie e in relazione alle attività in cui le rispettive competenze concorrano o si intersechino, imponendo un contemperamento dei rispettivi interessi» (sentenza n. 242 del 1997), non si attenua infatti nel contesto della relazione che si instaura fra Stato e regione quando il primo esercita i suoi poteri sostitutivi nei confronti della seconda. Anzi, come suggerisce il testo costituzionale, il principio è affermato all'art. 120, secondo comma, proprio in relazione all'esercizio del potere sostitutivo statale, che chiaramente attiva una relazione complessa tra Stato e regioni, nell'ambito della quale un potere tipicamente statale interseca competenze regionali (nel caso di specie, le materie concorrenti del coordinamento della finanza pubblica e della tutela della salute: sentenza n. 247 del 2019). E sebbene l'art. 120, secondo comma, Cost. richiami la leale collaborazione come limite del potere sostitutivo statale [...] è implicito nella stessa natura relazionale del principio che esso debba essere rispettato anche da parte della regione. Esso si traduce infatti in concreto in doveri e aspettative – di informazione, di previsione di strumenti di raccordo e, in generale, di comportamenti realmente collaborativi, corretti e non ostruzionistici, in definitiva, appunto, leali – che non possono che essere reciproci».

³⁰⁶ Ex multis C. cost. n. 20, n. 130, n. 217, n. 220, n. 221 del 2020; C. cost. n. 200, n. 247, n. 255 del 2019; C. cost. n. 247, n. 79 del 2018; C. cost. n. 14, n. 40, n. 80, n. 106, n. 192, n. 243 n. del 2017; C. cost. n. 107, n. 251, n. 266 del 2016; C. cost. n. 85, n. 125, n. 249 del 2015; C. cost. n. 110, n. 141, n. 278 del 2014; C. cost. n. 79 del 2013; C. cost. n. 91 del 2012; C. cost. n. 100, n. 141 del 2010, C. Cost. n. 98, n.16, n. 193, del 2007.

³⁰⁷ C. Cost. sentenza n. 36 del 2004; si veda, altresì, la sentenza n. 417 del 2005; C. Cost. 162/2007

³⁰⁸ Per un'interpretazione, effettuata subito dopo l'entrata in vigore del nuovo Titolo V della Costituzione, nel senso della necessità di raggiungere un esercizio del coordinamento mediante la collegialità delle decisioni tra i livelli di governo si veda G. FALCON, *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in *Le Regioni*, n. 6,^[1]_{SEP}2001, pp. 1248 ss.

La Corte Costituzionale, con numerose pronunce, ha sottolineato come «tra gli “oggetti” del coordinamento della finanza pubblica ben può rientrare, in quanto espressivo di una “scelta di fondo” del legislatore statale, l’esercizio da parte di esso di “poteri puntuali”, *id est* di “poteri di ordine amministrativo, di regolazione tecnica, di rilevazione di dati e di controllo”; e ciò, inesorabilmente, fino all’estremo limite di “prevale[re] su tutte le altre competenze regionali, anche esclusive”, dando così corpo all’immaginifica metafora di chi ha evocato in proposito una “materia onnivora»³⁰⁹.

Si è dibattuto tra giurisprudenza e dottrina a proposito dei limiti entro cui il legislatore Statale possa muoversi. «Tra gli “oggetti” del coordinamento della finanza pubblica ben può rientrare, in quanto espressivo di una “scelta di fondo” del legislatore statale, l’esercizio da parte di esso di “poteri puntuali” , *id est* di “poteri di ordine amministrativo, di regolazione tecnica, di rilevazione di dati e di controllo”; e ciò, inesorabilmente, fino all’estremo limite di “prevale[re] su tutte le altre competenze regionali, anche esclusive”, dando così corpo all’immaginifica metafora di chi ha evocato in proposito una “materia onnivora”». ³¹⁰

La Corte costituzionale, ritiene che il legislatore non possa esprimersi in maniera di dettaglio rispetto decisioni puntuali che la Regione deve assumere. «Ove si ritenesse di ravvisare la sussistenza della competenza concorrente in materia di coordinamento della finanza pubblica di cui all'art. 117, terzo comma, Cost., le norme denunciate

³⁰⁹ M. BENVENUTI, *La dimensione finanziaria delle differenziazioni territoriali*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, fasc. 1, 2021 pp. 121 ss.; per maggiori approfondimenti si rimanda alla lettura di G. RIVOSECCHI, *Armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario*, in R. BIFULCO e A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell’art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*, Napoli, 2015, 378 ss.; C. cost., sent. 151/2012; C. cost., sent. 376/2003.

³¹⁰ M. BENVENUTI, *op cit.*, p 186. Secondo tale dottrina, sin dalla sua primigenia collocazione all’art. 117, co. 3, Cost., la giurisprudenza costituzionale ha subito rilevato una “specificità della materia” del coordinamento della finanza pubblica, suscettibile di ingenerare per tutte le Regioni, siano esse a statuto ordinario o a statuto speciale, “gli stessi o più rigorosi limiti” rispetto a quanto previsto financo nel testo costituzionale previgente. Ciò ne fa “più che una materia, una funzione”; anzi, per meglio dire, secondo una terminologia ormai persistente, una funzione dotata di un “carattere ‘finalistico’, ossia di una “consistenza elastica, non astrattamente predeterminabile, destinata a ricomprendere tutti gli strumenti necessari a garantire il conseguimento degli obiettivi di buon andamento del sistema finanziario”.

integrerebbero una lesione del principio di leale collaborazione, non essendo stati predisposti strumenti adeguati di coinvolgimento regionale»³¹¹. Appare necessario, quindi, coinvolgere i soggetti a vario titolo interessati, costituendo, l'assenza di tale dialogo una chiara lesione dei principi di leale collaborazione.

La lettura sopra riportata è seguita sin dalla nascita dei Piani di Rientro, andando a sostenere che le norme di contenimento della spesa pubblica da parte dello Stato nei confronti delle Regioni sono espressione del coordinamento della finanza pubblica, comportando che tali norme siano legittime anche ove vadano a comprimere l'autonomia legislativa regionale.³¹² La Corte Costituzionale in tale materia ha asserito che: «può essere qualificata come espressione di un principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica».

Tale conclusione è coerente, innanzitutto, con la constatazione che la «esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario» determina una situazione nella quale «l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa»³¹³. Essa, inoltre, è in linea con la più recente interpretazione della nozione di «coordinamento della finanza pubblica» fatta propria dalla giurisprudenza costituzionale, ormai «costante nel ritenere che norme statali che fissano limiti alla spesa di enti pubblici regionali sono espressione della finalità di coordinamento finanziario (da ultimo, sentenze numeri 237 e 139 del 2009)», per cui il legislatore statale può «legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali,

³¹¹ C. Cost. 139/2009;

³¹² C. Cost. n. 417/2005;

³¹³ C. Cost. n. 193 del 2007;

condizionati anche da obblighi comunitari» (così, testualmente, sentenza n. 52 del 2010)»³¹⁴.

Appare opportuno sottolineare come la giurisprudenza della Corte abbia cambiato indirizzo proprio con il diffondersi dei Piani di Rientro. In un primo momento, difatti, «la riduzione che, in linea più generale, è stata ascritta alla competenza concorrente del coordinamento della finanza pubblica, salvo poi verificarne l'effettivo contenuto di principio che, se sussistente come tale, consentirebbe la compressione parziale degli spazi di autonomia spettanti alle Regioni. In siffatta prospettiva, risulta quindi decisivo verificare se la norma statale, emanata nell'esercizio della competenza concorrente in materia di coordinamento della finanza pubblica, sia di principio ovvero di dettaglio, dovendosi considerare soltanto in quest'ultimo caso illegittima. Né, ove fosse di principio, sarebbe necessaria la previsione di un meccanismo di coinvolgimento regionale nella scelta dei contenuti della relativa disciplina»³¹⁵. Pertanto, lo Stato non può servirsi di norme puntuali, le quali dovranno essere poi prese dalla regione interessata. Ove non sia così il «precetto specifico»³¹⁶ costituirebbe una violazione dell'autonomia finanziaria della regione.³¹⁷

In materia del PdR le previsioni, costanti, sopra citate, mutano andando a interpretare come conformi a costituzione anche gli aspetti di dettaglio, divenendo il Piano parametro interposto ai fini della legittimità costituzionale della normativa regionale³¹⁸. Se così interpretato sembrerebbe chiara la lesione dell'autonomia regionale ogni qual volta venga utilizzato dallo stato il coordinamento della finanza pubblica. Ne consegue che vada valutata l'ipotesi che nella materia dei Piani di Rientro vi siano dei profili ulteriori e diversi che entrano in gioco rispetto al solo coordinamento della finanza pubblica, unica strada che porterebbe a ritenere conformi a costituzioni i PdR³¹⁹.

³¹⁴ C. Cost. n. 141/2010;

³¹⁵ C. Cost. n. 139/2009;

³¹⁶ C. Cost. 52/2010;

³¹⁷ C. Cost. 95/2007;

³¹⁸

³¹⁹ 40-41

La chiave di lettura della Costituzionalità dei PdR prende le mosse dalla dommatica degli stessi, rendendo necessario l'avvio dell'analisi dalla potestà concorrente, per la quale «l'una è volta a prescrivere criteri e obiettivi, [lo Stato] mentre all'altra [la Regione] spetta l'individuazione degli strumenti concreti da utilizzare per raggiungere quegli obiettivi. Inoltre, la specificità delle prescrizioni, di per sé, neppure può escludere il carattere di principio di una norma, qualora essa risulti legata al principio stesso da un evidente rapporto di coesistenzialità e di necessaria integrazione (sentenza C. cost. n. 2371 del 2009 e C. cost. n. 4301 del 2007)». ³²⁰ I Piani di Rientro per loro natura sono caratterizzati da un grado di puntualità per la quale le previsioni non possono considerarsi di «mero coordinamento» ³²¹.

La Corte Costituzionale, infatti, «...ha ripetutamente affermato che l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa, peraltro in un quadro di esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario (sentenza n. 193 del 2007). Pertanto, il legislatore statale può legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari (sentenza n. 163 del 2011 e n. 52 del 2010)». ³²²

Al momento dell'adozione dei Piani di rientro, strumento innovativo e peculiare rispetto il rapporto Stato-Regioni, e con le prime interpretazioni da parte della giurisprudenza di legittimità si sono formati i criteri conformatori dei PdR a Costituzione, arrivando a rendere vincolanti per la Regione interessati le norme di dettaglio.

³²⁰ C. Cost. 161/2010

³²¹ A. PATANÈ, op cit. p. 89

³²² C. Cost. 91/2012; ex multis C. cost. n. 79 del 2013 e C. cost. n. 110 del 2014

La *ratio* dell'attribuzione di tali competenze allo stato discenderebbe dalla «... sopravvivenza stessa di un Servizio sanitario nazionale inteso essenzialmente come complesso dei Servizi sanitari regionali, non sembra esservi dubbio circa la loro sussistenza e compatibilità con l'art.118 della Costituzione, quale interpretato dalla giurisprudenza costituzionale»³²³. Tale lettura apparirebbe l'unica in grado di garantire copertura costituzionale ai Piani di Rientro

Come poco sopra riportato la giurisprudenza della Corte Costituzionale si è evoluta nella materia del coordinamento della finanza pubblico con l'introduzione dei PdR. «Nella giurisprudenza sui Piani di rientro, la sentenza C. cost. n. 100 del 2010 è da interpretare come un punto di partenza nella direzione di una forte vincolatività esercitata in capo alle Regioni che hanno sottoscritto gli Accordi. A far data dal 2010, le disposizioni legislative regionali in violazione dell'Accordo sottoscritto sono dunque da considerare in contrasto con il principio di «coordinamento della finanza pubblica»³²⁴. Secondo la Corte, infatti, «la norma dello Stato che assegna a tale Accordo carattere vincolante, per le parti, tra le quali è intervenuto, può essere qualificata come espressione di un principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica».³²⁵

Ulteriore aspetto di particolare interesse discendente dalla citata sentenza è la violazione del principio di leale collaborazione ove la regione vada a disattendere l'accordo. Le norme «...assunte in violazione dell'Accordo summenzionato e con esso «del fondamentale principio di

³²³ R. BALDUZZI, *Piani di Rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in *I quaderni di Monitor*, 22/08 p 4;

³²⁴ A. PATANÈ op cit. p. 91. Nel caso *de quo* lo Stato ha sollevato la questione di costituzionalità avverso una legge regionale della Campania, adducendo come argomentazione che le disposizioni della legge regionale, "prevedendo l'affidamento incondizionato di nuove consulenze e l'obbligo delle Aziende sanitarie locali di indire concorsi per l'assunzione di personale, realizzano un impegno di spesa «in contrasto con il contenuto dell'Accordo stipulato dal Presidente della Regione e dai Ministri della salute e dell'economia ai sensi dell'art. 1, co. 180, della l. 30 dicembre 2004, n. 311 (...) donde la loro illegittimità costituzionale»

³²⁵ C. Cost. 100/2010, ex plurimis Sen.t 301/2006;

leale collaborazione», la cui portata generale non sarebbe limitata alla previsione contenuta nell'art. 120, secondo comma, Cost.

Su tali basi, dunque, viene dedotto un primo profilo di illegittimità costituzionale, comune ad entrambe le norme censurate, per violazione degli artt. 117 e 118 Cost. e del principio di leale collaborazione»³²⁶.

La citata sentenza ed i principi ivi statuiti costituiscono la base ed il fondamento della successiva giurisprudenza³²⁷. Si tenga presente che «il piano di rientro può così essere utilizzato come parametro di legittimità costituzionale nei confronti della legge regionale. La tecnica del parametro interposto conosce, in questi casi, un'interposizione doppia, dal momento che fra la legge regionale e la Costituzione si inseriscono non uno, ma due livelli normativi: violando il piano di rientro la legge regionale è incostituzionale perché la Costituzione le impone di rispettare i principi fondamentali stabiliti con legge dello Stato, la quale a sua volta le impone di rispettare il piano di rientro sottoscritto».³²⁸

La previsione della sentenza 100/2010 viene confermata ed arricchita, a distanza di pochissimo tempo, con la sentenza 141/2010, la quale introduce l'espressa condivisione della necessità di ridurre la spesa in tale settore. L'«esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario» determina una situazione nella quale «l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa»³²⁹. Inoltre,

³²⁶ Ibidem in cons. in diritto 1.2.1

³²⁷ La Corte in plurime sentenze ha asserito la conformità a costituzione dei Piani di rientro, come ha affermato che costituiscano un limite all'autonomia regionale. Per approfondire tale tema di rimanda a A. PITINO, *Autonomie e Salute*, in A. MORELLI, L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e Autonomie territoriali*, Torino, Giappichelli, 2014, p. 300;

³²⁸ D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in "Le Regioni, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale" 1-2/2014, pp. 203-226, doi: 10.1443/77740

³²⁹ C. Cost. 141/2010; in tal caso la leale collaborazione viene fatta discendere dal fatto che «la legislazione statale che impone alle Regioni il rispetto dei piani di rientro non può considerarsi un'imposizione unilaterale da parte dello Stato, poiché, al contrario, essa riflette un orientamento condiviso anche dalle Regioni, al punto che, frequentemente, in materia sanitaria la disciplina legislativa statale altro non è che una riproposizione in veste legislativa di quanto precedentemente concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni» V. PARIS, *op. cit.* p. 210.

la sentenza 141/2010 sottolinea come «... è in linea con la più recente interpretazione della nozione di «coordinamento della finanza pubblica» fatta propria dalla giurisprudenza costituzionale, ormai «costante nel ritenere che norme statali che fissano limiti alla spesa di enti pubblici regionali sono espressione della finalità di coordinamento finanziario (da ultimo, sentenze numeri 237 e 139 del 2009)», per cui il legislatore statale può legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari ...»³³⁰.

La Corte, pertanto, fa perno, nelle motivazioni alla base della costituzionalità dei Piani di Rientro, sulla condivisione Stato-Regione al fine di ridurre il deficit della *mala gestio* economica della sanità regionale. Pertanto, da un lato vi è, la necessità di coinvolgere la regione, essendo il soggetto principale che deve perseguire gli obiettivi dell'accordo e dall'altro vi è la necessità che tale accordo si rispetti secondo i principi della leale collaborazione Stato Regione³³¹. Da tale momento la

³³⁰ Tale pronuncia, ha osservato parte della dottrina, ha sorvolato su alcuni principi elaborati dalla stessa Corte Costituzionale in materia di coordinamento della finanza pubblica, «Le norme statali che fissano limiti alla spesa delle Regioni e degli enti locali possono qualificarsi principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica alla seguente duplice condizione: in primo luogo, che si limitino a porre obiettivi di riequilibrio della medesima, intesi nel senso di un transitorio contenimento complessivo, anche se non generale, della spesa corrente; in secondo luogo, che non prevedano in modo esaustivo strumenti o modalità per il perseguimento dei suddetti obiettivi (sentenze n. 142 del 2012, n. 139 del 2009, n. 289 e n. 120 del 2008)» (C. Cost 236/2013). I Piani di Rientro pongono problematiche di compatibilità in particolare con il l'assunto introdotto dalla Corte per cui «che non prevedano in modo esaustivo strumenti o modalità per il perseguimento dei suddetti obiettivi», stante la normativa di dettaglio che li caratterizza. Risoluzione di tale problematica è stata individuata nella non vincolatività del Piano di Rientro in se considerato ma per il principio di cui «all'art. 1, comma 796, lett. b) l. 296/2006 non prevede affatto in modo esaustivo gli strumenti e le modalità per il contenimento della spesa, che sono invece definiti dal piano» (D. PARIS, *op. cit.*, pag. 212). Perplessità, tuttavia permangono rispetto due considerazioni, la prima per la quale la discrezionalità rimanente non appartiene integralmente alla regione bensì è condivisa Stato-Regione; la seconda per cui la poca autonomia rimanente è in capo alla regione e non alla legge regionale, la quale viene integralmente soppiantata. Sul tema si rimanda alla lettura di M. BELLETTI, *op cit.* p 5; E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in www.rivistaaic.it, n. 3/2012, 24.07.2012, 10, e Id., Il legislatore dimezzato cit., 481 ss.; T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in www.rivistaaic.it, n. 4/2013, 25.5.2013, 4.

³³¹ Sul tema si rimanda alla lettura di D'AURIA, *Gli Accordi Stato-regioni sui Piani di rientro dai disavanzi sanitari: quali vincoli per la legislazione regionale (Osserv. a Corte Cost. 23 aprile 2010 n. 141 e 17 marzo 2010 n. 100)*, in *For. It.*, fasc. 10, 2010, pp. 2646 ss. Per il quale al centro della vincolatività vi sia proprio il coordinamento della finanza pubblica ex art 117 cost poiché «che, «Per ogni fattore critico di spesa il

giurisprudenza della Corte Costituzionale sul tema seguirà il tracciato della sentenza 141/2010, ripercorrendo le medesime argomentazioni e dichiarando la incostituzionalità delle norme regionali ove «l'accertata violazione del citato accordo determina la violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost., e dunque l'illegittimità costituzionale della norma».³³²

La Corte, sugellando tali principi, ha ritenuto in contrasto con i Piani di Rientro, e quindi incostituzionali, tutte le violazioni dirette degli stessi con l'introduzione da parte delle regioni di spese per prestazioni non previste dai LEA, ma anche di attività che, seppur afferenti alla sfera sociosanitaria, avrebbero comportato un aumento di spesa. «La violazione dell'art. 117, co. 3, Cost., risulta evidente, avendo la Regione contravvenuto all'accordo assunto - in persona del suo Presidente - con il Governo, in ordine all'individuazione delle misure più opportune per conseguire l'obiettivo della riduzione del disavanzo sanitari».³³³

L'incostituzionalità della legislazione regionale, allora, è dichiarata sia in caso di puntuale contrasto fra le norme impugnate e le previsioni del piano di rientro, sia in molti altri casi in cui siano previsti dalla Regione «interventi in materia di organizzazione sanitaria che non sono contemplati nel piano di rientro dal disavanzo sanitario»³³⁴, ovvero ove la normativa generale contrasti con «l'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria regionale»³³⁵, così come, quando la legge regionale prevede livelli di assistenza ulteriori, posto che il piano di rientro si ripropone di «riequilibrare il profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza e la gestione corrente per il perseguimento del pareggio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza».³³⁶ Ne consegue che i LEA per le

piano individua gli obiettivi di contenimento, le azioni da porre in essere per il loro raggiungimento e l'impatto finanziario corrispondente».

Una valutazione del tutto peculiare, rispetto alle considerazioni in tema di principio di coordinamento della finanza pubblica, secondo l'interpretazione che è stata data dalla Corte costituzionale».

³³² sent. 163/2011, § 5 del Considerato

³³³ Sent 123/2011

³³⁴ sentt. 131/2012 e 79/2013, cfr. § 4.4.2 del Considerato: «Le norme impugnate, prevedendo l'istituzione di nuovi uffici e soprattutto dotandoli di aggiuntive risorse strumentali, umane e finanziarie, si pongono in contrasto con l'obiettivo del rientro nell'equilibrio economico-finanziario perseguito con l'accordo sul piano di rientro e con il piano medesimo».

³³⁵ C. Cost. Sent. 77/2011 e 123/2011;

³³⁶ C. Cost. Sent. 32/2012 e 104/2013;

Regioni in Piano di Rientro costituiscano il limite oltre il quale non possono normare e prevedere ulteriori garanzie. Ciò che emerge dalle prime pronunce e che con il tempo è andando pressoché scomparendo, invece, sono i riferimenti alle necessità economiche, i deficit regionali, sottostanti la stipula del Piano di Rientro³³⁷.

In questo quadro, merita di essere citata la pronuncia 91/2012 C. Cost.

Tale Sentenza si occupa del caso in cui la Regione vada ad approvare il Piano di Rientro stipulato mediante legge. La peculiarità di tale opzione consiste nel fatto che la legge regionale diverrebbe un parametro interposto per il giudizio di costituzionalità di una legge regionale successiva.

«Più precisamente, la «legificazione» del piano di rientro produce due effetti a tutto vantaggio della prevalenza del piano sulla legislazione regionale. Da una parte consente alle previsioni del piano di imporsi pacificamente sulle leggi regionali precedenti con esso incompatibili in forza del criterio cronologico: viene così risolto alla radice il problema degli ostacoli all'attuazione del piano già presenti nella pregressa legislazione regionale e ai giudici ordinari è risparmiato il non facile compito di giustificare la prevalenza di tale accordo sulla legislazione regionale precedente. Dall'altra, come dimostra la sent. 91/2012, la legificazione del piano non fa assumere a quest'ultimo il rango della legge ordinaria, e quindi non apre la strada all'applicazione del criterio cronologico nei rapporti con la legislazione successiva: nonostante la legificazione, il piano di rientro continua a fungere da parametro di legittimità costituzionale della legge regionale in forza delle disposizioni di legge statale sopra richiamate che ne assicurano il carattere vincolante per la Regione. In altre parole, il piano di rientro legificato prevale sulla

³³⁷ Tale tendenza è andata mutando con il tempo arrivando ad una progressiva apertura ad accettare l'inclusione di previsione extra lea se le manovre regionali non comportino variazioni di spesa ovvero di bilancio. Sul tema si rimanda a A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in Piano di rientro?*, in *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, a cura di D. MORANA, GIAPPICHELLI, 2025.

legislazione regionale pregressa in quanto legge, e su quella successiva in quanto piano»³³⁸.

Ulteriori limiti all'autonomia regionale che sono stati individuati dalla Corte Costituzionale sono i cd vincoli euro-unitari ed internazionali³³⁹. La giurisprudenza, inoltre, è divenuta sempre più stringente negli anni, anche a causa della previsione legislativa per cui la Regione si impegna a «rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del richiamato Piano di rientro»³⁴⁰. Ciò ha portato a delle restrizioni sempre più stringenti, confermando il filone giurisprudenziale intrapreso in base al quale la Regione sotto Piano di Rientro non possa discostarsi dall'accordo ed adottare provvedimenti legislativi neanche se volti ad introdurre ed ampliare servizi da erogare ai cittadini.³⁴¹

³³⁸ D. PARIS op cit. p 214.

³³⁹ Sul tema si richiamano le sentenze 163/2011 e 52/2010 Corte Costituzionale.

³⁴⁰ Corte Cost. 325/2013

³⁴¹ *Ibidem*

3 LA VINCOLATIVITÀ DEI PIANI DI RIENTRO

Come accennato nei paragrafi che precedono la giurisprudenza e la conseguente interpretazione dei PdR si è evoluta ed è mutata, anche, in relazione alle diverse fasi di applicazione dell'istituto e socioeconomiche del paese.

A seguito dell'introduzione dei Piani di Rientro, si è affrontata, difatti, una prima fase rispetto l'interpretazione degli stessi caratterizzata da un decennio di forte rigore economico con la nota crisi economico-finanziaria del 2010, con l'introduzione in Costituzione del cd equilibrio di bilancio.

La giurisprudenza più recente si è andata a configurare in un altro quadro economico-sociale, che è stato interessato dalla nota fase pandemica legata al virus Covid-19 ed alle conseguenti risorse del PNRR. La giurisprudenza, infatti, «pur mantenendo una linearità interpretativa dell'istituto»,³⁴² si è trovata innanzi a questioni diverse e di differente interpretazione data dai diversi accordi Stato-Regioni e dalle diverse modalità di attuazione dell'istituto in oggetto.

In particolare, fermo restando il fatto che i Piani di Rientro abbiano come scopo la riduzione del *deficit* con la sostenibilità economica della Sanità regionale della Regione interessata, il focus e l'attenzione sia da parte degli attori interessati nella formazione del Piano di Rientro sia da parte della giurisprudenza è il ruolo di tutela dei LEA, in un'ottica di dialogo tra Stato e Regione e sotto il Cappello costituzionale del principio del coordinamento della finanza pubblica. Lo Stato, pertanto, dovrebbe svolgere un ruolo di mero coordinamento della finanza pubblica lasciando alle Regioni la modalità di insinuazione delle scelte per raggiungere gli obiettivi. Chiaro allora, sin dalla nascita dell'istituto è l'importanza dell'accordo ed il livello di norme di dettaglio raggiunto dallo stesso in quanto ove le norme siano «di estremo dettaglio e avrebbe[ro] un carattere strumentale del coordinamento, che, a questo punto, potremmo chiamare

³⁴² PATANÈ *op cit.* p 115

di indirizzo».³⁴³ La volontà Regionale di raggiungere un accordo sul tema appare di centrale importanza. Data la materia, alcune sentenze valorizzano anche il ruolo delle Università in tale settore, proprio sottolineando l'importanza della collaborazione tra vari organi e livelli³⁴⁴.

La giurisprudenza costituzionale sottolinea come il principio del coordinamento della finanza si ponga alla base e come giustificazione delle norme su cui si fonda il Piano, sottolineando con le disposizioni di dettaglio traggono la loro validità dall'accordo intercorso nella conferenza stato-regioni. Tale prospettiva è stata anche criticata da parte della dottrina che ha rivisto in tale pervasiva attività statale un eccessivo intervento, sottolineando il pericolo per cui «il legislatore statale giunga ad occuparsi anche della dimensione dei bottoni?».³⁴⁵

Se così è da interpretare il coordinamento della finanza pubblica si deve sottolineare come ogni accordo faccia una storia a sé ed il principio del coordinamento della finanza pubblica è rispettato ove ogni parte dell'accordo rispetti i criteri ed i caratteri individuati dalla giurisprudenza

³⁴³ A. BRANCASI, *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in *Le Regioni*, n. 2/3, 2004, pp. 763 ss.

³⁴⁴ Sent. 91/2012. «L'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa», peraltro in un «quadro di esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario» (sentenza n. 193 del 2007). Pertanto, il legislatore statale può «legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari» (sentenza n. 163 del 2011 e n. 52 del 2010)... Questa Corte ha, infatti, affermato che, al fine di rispettare l'autonomia universitaria costituzionalmente garantita, tutte le determinazioni incidenti sul personale delle aziende ospedaliero-universitarie devono essere prese d'intesa con le rispettive Università, e quindi anche quelle relative alla necessaria riduzione delle dotazioni organiche delle predette, realizzate eventualmente con il blocco del turn-over. In sostanza, questa Corte ha riconosciuto che il rispetto dei principi di coordinamento della finanza pubblica, che impone l'osservanza dei Piani di rientro oggetto di accordo, non può essere realizzato, con riguardo alle aziende ospedaliero-universitarie, in violazione dell'autonomia universitaria, costituzionalmente tutelata all'art. 33 Cost. (v. anche sentenza n. 68 del 2011). Pertanto, le misure necessarie a garantire il rispetto degli obiettivi di contenimento della spesa di cui al Piano di rientro concordato con lo Stato dovranno essere individuate, quanto alle suddette aziende ospedaliero-universitarie, mediante appositi protocolli d'intesa fra la Regione e le specifiche Università».

³⁴⁵ D. MORANA, *Le norme statali di dettaglio in materia sanitaria tra vecchio e nuovo titolo V: spunti dalla giurisprudenza costituzionale*, in *Rass. Parlamentare*, n. 3, 2010, pp. 707 ss. *Ex plurimis* L. VIOLINI, *Regioni e ricerca scientifica, ovvero riforma Bassanini v. Riforma Costituzionale*, in *Le Regioni*, n. 2, 2001, pp. 426 ss. M. BELLETTI, *Il difficile rapporto tra «tutela della salute» e «assistenza e organizzazione sanitaria». Percorsi di una «prevalenza» che diviene «cedevole»*, in *Le Regioni*, n. 6, 2006, pp. 1176.

costituzionale, fermo restando che la Corte Costituzionale non si possa esprimere sul contenuto dell'accordo³⁴⁶.

Si deve sottolineare, inoltre, come il ruolo dello Stato nel coordinamento delle politiche fiscali diventi sempre più pervasivo nei momenti di crisi.³⁴⁷ La stessa Corte Costituzionale ha affermato che il Principio di leale collaborazione in ambito legislativo sia valido per il legislatore statale esclusivamente ove espressamente previsto in costituzione³⁴⁸. Si sottolinea come «in materia di Piani di rientro sanitari, quindi, il tradizionale quesito posto in dottrina circa la natura meramente finalistica o strumentale del coordinamento della finanza pubblica sembra essere chiaramente risolto dal Giudice delle leggi in senso favorevole all'intervento strumentale nel settore sanitario, che pare implicitamente legittimato dall'approccio quantitativo utilizzato per individuare le norme statali di principio del coordinamento della finanza pubblica (sent. n. 91 del 2012). La giurisprudenza costituzionale, quindi, eleva al rango di norme di principio di coordinamento della finanza pubblica le disposizioni che rendono vincolanti per le Regioni gli Accordi relativi ai Piani di rientro, in quanto dirette al contenimento della spesa sanitaria»³⁴⁹.

Pertanto, elemento cardine è il coordinamento tra la regione e lo stato;³⁵⁰ La dottrina, difatti, sottolinea come il coinvolgimento del

³⁴⁶ Lo stesso difatti costituisce cd norma interposta e non è soggetto nel contenuto al vaglio di costituzionalità. Per un maggior approfondimento sul tema si rimanda a S. M. CICONETI, *Creazione indiretta del diritto e norme interposte*, op. cit., p. 575.

³⁴⁷ Sul tema si rimanda a F. BASSANINI, S. MERLINI, (a cura di), *Crisi fiscale e indirizzo politico*, Bologna, Il Mulino, 1995. Sul punto, R. BIFULCO, *Il Coordinamento finanziario tra crisi economica e contesto europeo*, in R. TONIATTI, F. GUELLA, *Il coordinamento dei meccanismi di stabilità finanziaria nelle Regioni a Statuto speciale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2014, in cui l'autore attribuisce un ruolo rilevante nel rinnovato esercizio di coordinamento della finanza pubblica con l'aggravarsi delle condizioni economiche che negli ultimi anni caratterizzato l'Italia.

³⁴⁸ M. BELLETTI, *Nota a sent. n. 216 del 2008 Corte Cost. Prove (poco gradite) di regionalismo cooperativo*, in *Le Regioni*, n. 3, 2008, pp. 983 ss.

³⁴⁹ G. RIVOSECCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga del riparto costituzionale delle competenze?*, op. cit p 7

³⁵⁰ Si deve sottolineare, inoltre, come della Regione organo cardine ed unico interessato nella sottoscrizione sia il Presidente, residuando al Consiglio un ruolo marginale se non nullo. «...in virtù della natura concordata del piano di rientro, qualsivoglia deroga al sistema regionale di competenze: a ben guardare, infatti, il piano di rientro rappresenta un accordo che la Regione sottoscrive non per sua autonoma scelta, bensì per ottemperare ad un obbligo di legge rispetto al quale è prevista un'apposita procedura sostitutiva, e che peraltro viene predisposto ed approvato senza alcuna forma di coinvolgimento dell'assemblea

Consiglio Regionale sia funzionale rispetto il corretto rispetto della leale collaborazione³⁵¹.

3.1 IL RAPPORTO TRA LA VINCOLATIVITÀ DEI PIANI DI RIENTRO ED IL RISPETTO DEI LIMITI STATALI IN MATERIA DI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA COME ELEMENTO CENTRALE SULLA "COSTITUZIONALITÀ" DELLO STRUMENTO

Da una analisi delle sentenze della Giurisprudenza Costituzionale più recenti si può notare come il focus si sia accentrato, con particolare attenzione, ai LEA, o meglio alla possibile erogazione o meno di prestazioni extra LEA per le Regioni in PdR; andando a valorizzare una lettura restrittiva della tematica stabilendo che le Regioni in Piano di Rientro possano e debbano limitare le prestazioni a quanto previsto dal Piano garantendo i LEA.

Si pensi alla sentenza 134/2023,³⁵² ove la Corte ha ribadito con chiarezza come «l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal

legislativa regionale», E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, op. cit., p. 11,.

³⁵¹ Nella riforma del Titolo V sono mancati nel modo più assoluto i meccanismi volti a «introdurre e istituzionalizzare forme di collegamento, coordinamento e collaborazione», R BIN, *Voce, Legge regionale*, in *Digesto Discipline Pubblicistiche*, Utet, Torino, 1994.

³⁵² Il caso prende avvio dall'impugnativa da parte del Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, degli artt. 2, comma 1, 3, comma 4, 5, comma 4, 16 e 17, comma 3, lettere a) e b), della legge della Regione Puglia 12 agosto 2022, n. 14 (Tumore al colon-retto. Misure per il potenziamento dello screening di popolazione e consulenza oncogenetica), per violazione degli artt. 3, 32, secondo comma, 117, commi secondo, lettera l), e terzo, della Costituzione, quest'ultimo in riferimento a plurimi principi fondamentali in materia di tutela della salute e coordinamento della finanza pubblica. In particolare, la prima delle disposizioni impugunate stabilisce che «[i]l programma di screening di popolazione per la diagnosi precoce del tumore al colon-retto è rivolto a tutta la popolazione con età compresa tra quarantacinque e settantacinque anni, attraverso un test di selezione, da effettuare nelle strutture sanitarie pubbliche, diretto a distinguere le persone sospette di malattia, eseguito sulla base d'inviti equiparati per natura giuridica alle prenotazioni ordinarie per le prestazioni diagnostiche a richiesta, inviati dalla Azienda sanitaria locale (ASL) di riferimento territoriale all'intera popolazione interessata, nel rispetto della propria organizzazione e delle modalità previste dagli atti amministrativi vigenti». Nel proseguo la Corte rammenta come «entrambe le parti non mettono in discussione il principio di diritto, più volte affermato dalla giurisprudenza costituzionale, anche in relazione alla stessa Regione Puglia (sentenze n. 242 e n. 161 del 2022, n. 142 e n. 36 del 2021, n. 177 e n. 166 del 2020), secondo cui l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie (sentenze n. 256 del 2022, n. 242 del 2022, n. 142 e n. 36 del 2021, e n. 166 del 2020). In definitiva, «[l]a facoltà di erogare livelli ulteriori rispetto ai LEA è [...] preclusa alle Regioni sottoposte a piano di rientro,

disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie (sentenze n. 256 del 2022, n. 242 del 2022, n. 142 e n. 36 del 2021, e n. 166 del 2020)».³⁵³

Per comprendere realmente la portata di tale principio può essere utile analizzare la giurisprudenza più recente. Infatti, la Corte Costituzionale ha rammentato che «alla Regione, soggetta ai vincoli dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario, è preclusa la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali»³⁵⁴. «Al principio fondamentale relativo al contenimento della spesa pubblica sanitaria, direttamente correlato alla norma costituzionale di coordinamento della finanza pubblica». La Giurisprudenza Costituzionale, su tale ultimi punti è tornata in maniera granitica, riferendo questi principi anche alle Regioni a Statuto speciale e non più sotto PdR ma sotto monitoraggio.

Con espresso riferimento alla Regione Siciliana, infatti, la Consulta ha affermato che «pur non essendo più soggetta a piano di rientro dal disavanzo sanitario, è, però, in ragione della mancata eliminazione di quest'ultimo, sottoposta a misure di “monitoraggio” nell'ambito di un programma di consolidamento e sviluppo. Per questo, deve considerarsi preclusa la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali. La vincolatività del Programma operativo di consolidamento e sviluppo è da considerarsi espressione del principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e del correlato principio di coordinamento della finanza pubblica, poiché esso è adottato per la prosecuzione del piano di rientro.

poiché ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 queste ultime non possono erogare prestazioni “non obbligatorie” (da ultimo, in questo senso, sentenza n. 161 del 2022)» (sentenza n. 190 del 2022). Un tale principio è stato affermato anche per i piani di prosecuzione del rientro dal disavanzo sanitario (sentenze n. 190 del 2022 e n. 130 del 2020), come quello attualmente vigente nella Regione Puglia, o per le misure di monitoraggio equiparabili (sentenze n. 190 e n. 161 del 2022)». A questo la Corte passa al vaglio della presenza o meno tra i LEA delle prestazioni oggetto dell'impugnativa, giungendo alla conclusione che sono da considerarsi extra lea e per tale motivo non ammissibili.

³⁵³ C. Cost. Sent. sentenza 134/2023

³⁵⁴ C. Cost. 36/2021, un caso in cui la Regione effettuava rimporsi a quei soggetti che «che, per esigenze cliniche documentate, devono recarsi presso centri extra-regionali per il trattamento di malattie rare non assicurabile in Puglia».

Questa Corte ha più volte stabilito la vincolatività dei piani di rientro dal disavanzo sanitario (ex plurimis, sentenze n. 172 del 2018, n. 278 del 2014, n. 91 del 2012, n. 163 e n. 123 del 2011) e ciò vale, per consequenzialità logica e sistematica, anche in riferimento ai Programmi di consolidamento, funzionali al raggiungimento di obiettivi ancora non realizzati in esecuzione delle precedenti misure. Questa Corte ha altresì «costantemente affermato che di regola i principi fondamentali fissati dalla legislazione dello Stato nell'esercizio della competenza di coordinamento della finanza pubblica si applicano anche ai soggetti ad autonomia speciale», poiché essi sono funzionali «a preservare l'equilibrio economico-finanziario».³⁵⁵

Tali principi possono trovare eccezione ove le spese per sostenere le prestazioni ulteriori siano allocabili in altre materie, sempre di competenza residuale, non entrando, così, in contrasto con i Piani di Rientro ed i LEA; «in materia di tutela della salute da parte di quel frammento della disposizione regionale che attiene, come si è detto, al diverso ambito dei servizi sociali (socio-educativi e socio-assistenziali), materia quest'ultima di competenza regionale residuale».³⁵⁶

Quanto appena riportato è stato richiamato in successive sentenze, come la 161/2022 C. Cost., ribadendo il principio per cui alla Regione in Piano di Rientro, rimane preclusa la possibilità di esercitare la competenza concorrente in materia di salute «la possibilità di introdurre prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato»; nonché sottolineando il fatto che, «la circostanza che l'intervento in esame sia posto a carico della dotazione finanziaria di una voce del bilancio regionale diversa da quella destinata al finanziamento aggiuntivo dei livelli di assistenza superiori ai LEA, non incide sulla oggettiva e sostanziale natura di prestazione extra LEA che

³⁵⁵ C. Cost. sent. 120/2022

³⁵⁶ C. Cost. sent. 161/2020 considerando in diritto 5.2

riveste il NIPT test, i cui oneri costituiscono in ogni caso ulteriori spese in materia sanitaria».³⁵⁷

La novità introdotta con la pronuncia neo citata sta in una parziale modifica nella lettura dei LEA. In particolare, da un lato la Corte ha fornito una lettura formalistica dei LEA, asserendo che la raccomandazione del Consiglio Superiore della Sanità non vada a modificare i LEA individuati non fornendo rilevanza all'«introduzione del NIPT test nei LEA sia stata raccomandata dal Consiglio superiore di sanità nel ricordato documento del 9 marzo 2021 «Screening del DNA fetale non invasivo (NIPT) in sanità pubblica» a motivo dei suoi positivi effetti rispetto alle tecniche invasive attualmente previste (amniocentesi e villocentesi). Va, infatti, ricordato in proposito che l'ordinamento statale ... prescrive un complesso procedimento per l'aggiornamento dei LEA che vede coinvolti i diversi soggetti istituzionali: lo Stato, nelle figure dei Ministeri della salute, dell'economia e delle finanze, le Regioni e le Province autonome, nel rispetto del principio di leale collaborazione tra i diversi livelli di governo»³⁵⁸; dall'altro lato si sottolinea come si dia una lettura che valorizza la sostanza dei LEA, tanto è vero che «la circostanza, che l'intervento in esame sia posto a carico della dotazione finanziaria di una voce del bilancio regionale diversa da quella destinata al finanziamento aggiuntivo dei livelli di assistenza superiori ai LEA, non incide sulla oggettiva e sostanziale natura di prestazione extra LEA che riveste il NIPT test, i cui oneri costituiscono in ogni caso ulteriori spese in materia sanitaria»³⁵⁹.

³⁵⁷ Il caso prende avvio poiché la Regione Puglia ha previsto lo screening gratuito per il Test prenatale non invasivo. La regione ha impugnato tale previsione poiché l'ampliamento dei beneficiari avrebbe portato ad un ingiustificato costo sul Servizio Sanitario e quindi lesivo della competenza statale in materia di LEA. La regione ha replicato alle censure mosse sostenendo che la norma non è in contrasto con la normativa di riferimento poiché il test permetterebbe di ridurre rischi afferenti ad interventi più invasivi e maggiormente costosi a carico dello stato. La difesa regionale continua riportando come tale TEST sia ampiamente usato sia all'estero che in altre regioni della penisola e che l'inclusione nei LEA è stata raccomandata dal Consiglio superiore della Sanità. A tali argomentazioni la Corte ha richiamato i propri precedenti ricordando come «l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie».

³⁵⁸ C. Cost. 161/2022.

³⁵⁹ *Ibidem*; Sul tema si consiglia la lettura di A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in Piano di*

La regione Puglia, in più battute negli ultimi anni, ha fatto tornare la Corte Costituzionale sul tema. In particolare, con le sentenze n. ri 242/22 e 9/2023 la Corte Costituzionale è stata chiamata a pronunciarsi sulla legittimità di una norma regionale che avrebbe introdotto prestazioni non previste dai LEA e gravanti sul Fondo sanitario e non erogabili dati i vincoli del Piano di Rientro³⁶⁰.

In tali recenti pronunce «appare essere un mutamento della sensibilità della giurisprudenza costituzionale»,³⁶¹ la quale ha ritenuto, in alcuni casi, la normativa regionale compatibile a Costituzione. La norma regionale, difatti, poiché la stessa si deve considerare come «ancillare circa le modalità con cui rendere la prestazione diagnostica, sul presupposto della sua erogabilità quale LEA e secondo il relativo regime (commi 3 e 4) - deve essere interpretato nel senso che la prestazione diagnostica prevista possa essere erogata in regime di esenzione solo se essa risulti inclusa nei LEA attualmente vigenti».³⁶²

Tale posizione è stata ribadita anche con la sentenza 09/2023, in cui è stata dichiarata inammissibile una questione di legittimità inerente a una norma regionale abruzzese in materia di esenzione del ticket per determinate categorie di utenti e determinate analisi. La Corte, ribadendo la natura del Piano di Rientro quale norma interposta, ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità poiché «il ricorrente avrebbe dovuto vagliare il denunciato contrasto delle disposizioni impugnate con i parametri interposti evocati alla stregua della complessiva disciplina statale vigente in materia, in particolare quella relativa all'ambito della tutela assicurata, nel caso di infortunio durante il servizio o per ragioni di servizio, al personale delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei Vigili del fuoco e della Polizia locale, per cui la totale mancata considerazione delle summenzionate

rientro?, in *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, a cura di D. MORANA, GIAPPICHELLI, 2025., p. 46

³⁶⁰ A. TABACCHI, *Le procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi e il superamento dei dissensi nell'attuazione del PNRR*, in *federalismi.it*, 9/2023.

³⁶¹ A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, Op Cit. p 126

³⁶² Sent 242/2022 C Cost.

disposizioni vizia, irrimediabilmente, il ricorso per l'omessa ricostruzione del quadro normativo di riferimento, a cui consegue, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, l'inammissibilità delle questioni proposte (*ex multis*, sentenza n. 265 del 2020), impedendo anche lo scrutinio nel merito delle norme ritenute dal ricorrente imprescindibilmente connesse alle disposizioni impugnate»³⁶³. I Piani di Rientro, se così letti, possono portare ad una tensione distortiva del principio di eguaglianza e dell'autonomia regionale ma soprattutto, rispetto la tutela del Diritto alla Salute per il soggetto che ne usufruisce. Ciò sembrerebbe accadere verificarsi quando la Regione in Piano di Rientro non possa inserire extra LEA per «prestazioni sanitarie che risultano clinicamente più efficaci o comportano rischi minori per i pazienti che vi si sottopongono (come nel caso del NIPT test oggetto della sent. n. 161/2022) oppure attengono a prestazioni sanitarie destinate alla cura di malattie che altrimenti resterebbero prive di qualsiasi intervento da parte del SSN a causa del mancato aggiorna-La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA mento o della non vigenza dei LEA che, invece, sarebbe responsabilità dello Stato garantire (come rilevato dalla stessa Corte costituzionale nel monito rivolto al Governo nella sent. n. 242/2022)»³⁶⁴.

3.2 IL CONTENUTO DELL'ACCORDO TRA LO STATO E LE REGIONI COME PARAMETRO NEL GIUDIZIO DI COSTITUZIONALITÀ PER VALUTARE LA CONGRUITÀ TRA IL PIANO DI RIENTRO E LA LEGISLAZIONE REGIONALE

Come riportato nel paragrafo precedente i Piani di Rientro, dalla loro introduzione in poi, hanno sempre più costituito parametro di costituzionalità per la legge regionale. La Corte Costituzionale, in particolare, ha preso sempre più in esame la congruità della normativa regionale agli accordi sottoscritti. La previsione legislativa regionale ove non risponda a quanto statuito nel Piano di Rientro e non riconducibile

³⁶³ C. Cost 09/2023

³⁶⁴ A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in Piano di rientro?*, op cit. p. 57;

agli obiettivi prefissati dall'accordo per garantire i LEA è viziata da incostituzionalità poiché viola l'accordo stipulato tra Stato e Regioni.³⁶⁵ Là dove, infatti, la Legge regionale non preveda un contenuto strettamente connesso a quanto contenuto nel Piano di rientro e non collimi con gli obiettivi del Piano stesso nel garantire i è da considerarsi viziata da incostituzionalità poiché viola l'accordo³⁶⁶. Ne deriva l'alto grado di vincolatività assunto dal Piano di Rientro.

La Corte, ad esempio, con la pronuncia n. 79/2013, in materia di organizzazione sanitaria, ha ribadito l'incostituzionalità anche di quelle norme che «... interverrebbero in materia di organizzazione sanitaria senza rispettare i vincoli posti dal Piano di rientro, così pregiudicando il conseguimento degli obiettivi di risparmio in esso previsti e violando il principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria di cui all'art. 2, commi 80 e 95, della legge n. 191 del 2009 (Disposizioni per formazione del bilancio annuale e pluriennale del lo Stato. Legge finanziaria 2010), in contrasto con l'art. 117, terzo comma, Cost».³⁶⁷

Da ciò discende che le norme regionali che non tengano in considerazione il Piano di Rientro portano al non raggiungimento degli obiettivi e violano il «principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria di cui all'art. 2, commi 80 e 95, della legge n. 191 del 2009».

³⁶⁵ Sul punto si rimanda alla sentenza n. 51/2013. Tale pronuncia merita un'analisi ed un approfondimento in tal sede. La Corte si è dovuta pronunciare su ricorso del Commissario dello Stato per la Regione Sicilia avverso la delibera legislativa di un disegno di legge nella materia *de quo*. La contestazione, in particolare aveva ad oggetto la contrarietà a costituzione delle norme, norme che avevano ad oggetto il potere dell'assessorato regionale alla salute di risorse in tema di ricerca per la salute, dato il contrasto con il Piano di Rientro.

La contestazione mossa dallo stato ha ad oggetto, in particolare, il non aver, da parte della Regione valutato un diverso impiego delle risorse, ovvero non aver valutato una modifica delle risorse già presenti ma diversamente allocate, né individuando nuove risorse. La Corte Costituzionale nel pronunciarsi sul tema ha dichiarato l'incostituzionalità della norma poiché «sarebbe interdetto di gravare sul Fondo sanitario regionale», dato che «non è controverso che la Regione Siciliana sia stata sottoposta al regime vincolato del piano di rientro e che - su espressa iniziativa di detta Regione - il regime stesso sia stato esteso, senza alcuna interruzione temporale, al triennio 2013-2015».

³⁶⁶ Effetto dell'art. 11, co. 1, del d.l. n. 78 del 2011, convertito dalla l. 30 luglio 2010 n. 122 e dell'esercitata opzione di cui all'art. 15, comma 20, del d.l. n. 95 del 2012, convertito dalla l. 7 agosto 2012 n. 135.

³⁶⁷ Corte Cost. sent. 79/2013

Ulteriore conferma dell'orientamento intrapreso si ha nello stesso 2013 con la sentenza 104, nella quale viene dichiarata l'incostituzionalità di una norma della Regione Abruzzo, la quale prevedeva il rimborso delle spese per i cittadini «affetti da patologie oncologiche» poiché, così facendo, la Regione ha «livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli stabiliti a livello nazionale». La normativa regionale, difatti, è stata dichiarata incostituzionale poiché «eccede le competenze regionali e si pone in contrasto con gli obiettivi di risanamento imposti dal Piano di rientro che non consente l'erogazione di prestazioni economiche ulteriori rispetto a quelle elencate dallo stesso»³⁶⁸.

La sentenza appena citata appare di rilevante interesse perché sottolinea il vincolo del legislatore regionale al Piano di Rientro che si spinge, a costi invariati, sino all'impossibilità di scegliere quale, tra le voci della spesa sanitaria, finanziare, estromettendo l'autonomia decisionale della regione nel campo *de quo*³⁶⁹. Da ciò si muove un importante tematica inerente i limiti dello Stato nella previsione puntuale previste nei Piani di Rientro, che si spinge sino a individuare le voci della spesa sanitaria, rendendo censurabili scelte della regioni che vadano a premiare singole prestazioni non contenute nell'accordo. «Dalla giurisprudenza esaminata il contenimento della spesa pubblica sembra corrispondere al contenimento della spesa sanitaria: la sanità è uno dei

³⁶⁸ I livelli essenziali, quindi, una volta determinati, costituiscono garanzia dell'eguaglianza dei diritti, indicando la soglia di prestazioni il cui finanziamento diviene costituzionalmente necessario, in questa prospettiva, la giurisprudenza costituzionale ha costantemente ribadito la necessità di procedere alla determinazione e all'aggiornamento dei LEA, perché ciò offrirebbe alle Regioni, «un significativo criterio di orientamento nell'individuazione degli obiettivi e degli ambiti di riduzione delle risorse impiegate, segnando il limite al di sotto del quale la spesa – sempreché resa efficiente – non sarebbe ulteriormente comprimibile» (sent. n. 65 del 2016, punto n. 5.3.1 del “Considerato in diritto”). In altre parole, la mancata determinazione dei livelli essenziali non può precludere l'esercizio della funzione statale di coordinamento finanziario, ma l'aggiornamento dei livelli stessi costituirebbe prezioso punto di riferimento per il finanziamento delle prestazioni. Sul punto, cfr. anche sentt. n. 154 e n. 169 del 2017; n. 103 e n. 117 del 2018. Per le significative implicazioni: cfr. F.POLITI, *Il diritto alla salute fra esigenze di bilancio, tutela delle competenze regionali ed incomprimibilità dei livelli essenziali*, in Corti Supreme e salute, n. 1/2018, pp. 39 ss., spec. pp. 47 ss.

³⁶⁹ C. Cost. 104/2013.

settori in cui questa finalità assume connotati prevalenti, tali da giustificare rilevanti e pervasivi interventi statali»³⁷⁰.

Elemento utilizzato dalla giurisprudenza quale chiave di volta per valorizzare il ruolo dei Piani di Rientro si nota nella procedura per addivenire alla formazione dell'accordo e del Piano. L'accordo, infatti, viene stipulato tra Giunta e Ministeri competenti, divenendo vincolante per la Regione e per lo Stato. Ciò comporta che il Piano di Rientro abbia valore a prescindere da eventuali e possibili cambi di maggioranza ovvero di governo (regionale e statale che sia). Ne discende che il Piano debba contenere scelte il «dalla ragionevole possibilità, da parte dei diversi attori politici, di assumere le scelte che si ritengono maggiormente appropriate e poi dalla possibilità di modificare l'Accordo».³⁷¹ Appare anche importante sottolineare come il Governo abbia la possibilità di sollevare questione di legittimità costituzionale su determinati atti ritenuti in contrasto con il PdR; come per il Consiglio Regionale, attuare determinate previsioni costituisce «banco di prova ai fini della responsabilità politica nei confronti dell'elettorato della propria regione».

372

Si nota quindi in modo chiaro come sia mutato l'orientamento della Giurisprudenza Costituzionale rispetto al ruolo del Piano di Rientro in rapporto con l'autonomia, passando da una visione che valorizzava il principio del coordinamento; dove i Piani erano «configurati in modo

³⁷⁰ E. INNOCENTI, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, n. 3, 2008, pp. 597 ss. In merito al principio di autonomia politica si rimanda alla lettura di T. MARTINES, *Studio sull'autonomia politica delle Regioni*, in *Riv. Trim. Dir. Pub.*, 1956, p. 100. V. CRISAFULLI, *Vicende della questione regionale*, in *Le Regioni*, n. 4, 1982, pp. 499 ss. R. MANFRELOTTI, *Indirizzo politico delle Regioni, funzione regolamentare e distinzione della politica dall'amministrazione a livello regionale*, in A. PATRONI GIFFI (a cura di), *Il Governo delle Regioni tra politica e amministrazione*, Torino, Giappichelli, 2007, p. 69.

³⁷¹ A. PATANÈ, op cit., p 103

³⁷² *Ibidem*; Sul tema della responsabilità politica si rimanda alla lettura di B. CARAVITA, *Riflessioni sul mondo della sanità tra riforme e istanze di autonomia*, in *Federalismi*, n. 4, 2004, pp. 7 ss. Si è anche affermato come in alternativa, si potrebbe prevedere la possibilità di modificare l'Accordo già sottoscritto in caso di cambiamenti negli assetti politici. In generale, per quanto riguarda la sanità, il controllo democratico è una componente presente fin dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, quando i Consigli comunali avevano il compito di nominare gli amministratori delle Unità sanitarie locali. Oggi questa responsabilità ricade sulla Giunta regionale. In questo caso il controllo democratico, quindi, fingerebbe da riscontro nei cittadini dell'agito dell'amministrazione.

consono all'esistenza di sfere di autonomia, costituzionalmente garantite, rispetto a cui l'azione di coordinamento non può mai eccedere i limiti, al di là dei quali si trasformerebbe in attività di direzione o in indebito condizionamento dell'attività degli enti autonomi».³⁷³ E quindi, l'attività di coordinamento non si sarebbe potuta configurare come una attività di direzione delle prerogative regionali da parte dello Stato; ad una visione, in cui i Piani di Rientro, poiché hanno la *ratio* di contenere il *deficit*, raggiungibile solo mediante il principio di coordinamento della finanza pubblica, rappresentano l'accordo tra stato e regione e fungono da parametro di costituzionalità per le successive leggi regionali in materia.^{374 375}

³⁷³ C. cost. n. 376 del 2003. Tale modifica interpretativa può discendere o da un cambio radicale di interpretazione rispetto il coordinamento della finanza pubblica ovvero, in alternativa, alla valorizzazione del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. La giurisprudenza della Corte precedente ai piani di Rientro interpretava l'attività di direzione statale non come «vera e propria attività di direzione da parte dello Stato, in relazione alle autonomie locali» Patanè op cit. G. ROLLA, *Alcune considerazioni in merito al fondamento costituzionale del regionalismo speciale. L'apporto del Diritto comparato*, in *Federalismi*, n. 13, 2015, pp. 19;

³⁷⁴ Parte della dottrina ha letto gli accordi come «norma interposta di una norma interposta (come norma, cioè, la violazione della quale comporti indiretta violazione della norma legislativa e - attraverso questa - dell'art. 117, comma 3, Cost.) oppure se concorra, in combinato disposto, con la previsione legislativa che lo contempla alla determinazione del contenuto di un principio fondamentale», così A. D'ATENA, *Diritto Regionale*, Torino, Giappichelli, 2015, p. 156.

³⁷⁵ Per un periodo la giurisprudenza ha sostenuto la tesi che l'accordo tra Stato-Regioni comporti in capo allo Stato l'esercizio dei poteri mediante atti di indirizzo e coordinamento ex art. 17 l. 281/70, dato che lo scopo dello Stato è interporre rispetto il trasferimento delle funzioni amministrative. Tale lettura ha caratterizzato un dibattito dottrinale. Parte della dottrina, infatti, non condivide tale visione poiché i Piani di Rientro non collimano con lo schema tipico degli atti di indirizzo e coordinamento per due distinte motivazioni, una prima, legata alla riforma del 2001, poiché non prevede in modo espresso l'esercizio dell'attività di indirizzo e coordinamento Stato-Regione; una seconda poiché non si riconduce il Piano di Rientro tra gli atti di indirizzo e coordinamento. La giurisprudenza più attenta ha sostenuto, difatti, l'opportunità di subordinare tali accordi al principio di legalità e nell'individuare nella legge gli elementi principali ed essenziali dell'accordo. La Corte costituzionale è stata granitica, dopo la riforma costituzionale del 2001 nell'affermare l'impossibilità di vincolare l'attività legislativa regionale per il tramite di provvedimenti amministrativi. Parte della dottrina ha riportato come i Piani di Rientro possano costituire una parziale eccezione a quanto detto, ritenendo, nelle materie concorrenti, che lo Stato possa adottare atti amministrativi di portata legislativa. (Sul tema di veda A. D'ATENA, *Diritto regionale*, Torino, Giappichelli, 2013, p. 155. A. BRANCASI, *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in *Le Regioni*, n. 2/3, 2004, pp. 763). Rispetto alla prima motivazione si riportano alcune opinioni dissenzienti ove si ritiene che lo Stato ben possa assumere tali funzioni. «Si può ritenere che lo Stato mantenga la titolarità degli interventi inerenti il coordinamento di specifici ambiti amministrativi e dunque, che singole forme di coordinamento esistono e sono contemplate in ipotesi specifiche e per settori individuati», C. BUZZACCHI, *Funzioni delle Regioni* in, E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTINONI, G. PASTORI (a cura di), *Il Sistema integrato dei Servizi Sociali*, Milano, Giuffrè, 2007, p. 273. Secondo tale dottrina, a seguito della riforma del Titolo V alla funzione di coordinamento si potesse

L'Accordo sottostante il Piano di Rientro è, allora, come sopra citato, da rinvenire quale espressione del principio del coordinamento della finanza pubblica e da ciò debba discendere sia l'interpretazione della legge che i criteri costituzionali applicati, tenendo presente che lo Stato nell'esercizio delle funzioni può utilizzare anche le funzioni amministrative.³⁷⁶ La Corte Costituzionale, difatti, ha affermato che «il coordinamento finanziario può richiedere, per la sua stessa natura, anche l'esercizio di poteri di ordine amministrativo, di regolazione tecnica, di rilevazione di dati e di controllo: onde, attesa la specificità della materia, non può ritenersi preclusa alla legge statale la possibilità, nella materia medesima, di prevedere e disciplinare tali poteri, anche in forza dell'art. 118, primo comma, della Costituzione. Il carattere "finalistico" dell'azione di coordinamento esige che al livello centrale si possano collocare non solo la determinazione delle norme fondamentali che reggono la materia, ma altresì i poteri puntuali eventualmente necessari perché la finalità di coordinamento – che di per sé eccede inevitabilmente, in parte, le possibilità di intervento dei livelli territoriali sub-statali – possa essere concretamente realizzata».³⁷⁷

I Piani di Rientro rientrerebbero in tale previsione, essendo atti amministrativi, discendenti da un accordo tra Stato e Regione interessata, in cui si concretizza il principio del coordinamento della finanza pubblica, e per il quale la violazione da parte della legge regionale dell'accordo

sostituire un prolungamento delle funzioni amministrative. «Nessun problema comporta invece evidentemente la previsione di un potere statale di indirizzo e coordinamento nelle materie di potestà legislativa statale» G. FALCON, *Modello e transizioni nel nuovo Titolo V della parte seconda della Costituzione*, op. cit., p. 1262. La Corte Costituzionale ha rigettato la lettura appena fornita. La giurisprudenza, anche prima della riforma costituzionale del 2001, prevedeva che i «requisiti formali e sostanziali per illegittimo esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento, richiedendosene, pertanto, un necessario fondamento legislativo, nel rispetto dei limiti procedurali che la legge deve aver previamente indicato», asserendo che fosse necessario valorizzare il «principio di leale collaborazione nei confronti delle Regioni ed il rispetto del principio di legalità sostanziale». E. CASTORINA, *Il differimento dell'entrata in vigore e gli "atti di indirizzo e coordinamento"*, nel *Codice dell'amministrazione digitale*, in *Inf. e Diritto*, n. 1-2, 2005, pp. 225 ss.

³⁷⁶ G. M. SALERNO, *Equilibrio di bilancio, coordinamento finanziario e autonomie territoriali*, in *ID. (a cura di), Costituzione e pareggio di bilancio/ARSAE, Napoli, Jovene, 2011*; In merito alle norme interposte si rimanda alla lettura di M. SICLARI, *La Tecnica delle norme interposte*, in *Foro It.*, fasc. 11, 1998, pp. 380 ss. Sulle disposizioni che sono da considerare come norme interposte si veda in modo più diffuso M. SICLARI, *Le norme interposte nel giudizio di costituzionalità*, Padova, Cedam, 1992.,

³⁷⁷ Corte Costituzionale sent. N. 376/2003, considerando in diritto par. 3

comporta il vizio dell'incostituzionalità. Il Piano di Rientro, allora, «facendo corpo con il principio legislativo, funge da norma interposta nel giudizio di costituzionalità delle leggi regionali con esso contrastanti».³⁷⁸

Si deve, inoltre, considerare come negli anni si sia ampliata le panoramiche delle norme interposte, facendo rientrare in essi i Piani. «Il vincolo che scaturisce dalle norme interposte nei confronti di norme successive deriva dalla loro parametricità, determinata dal particolare rapporto che intercorre tra esse ed una norma costituzionale, in base al quale il contrasto con una norma interposta costituisce automaticamente violazione della norma costituzionale. Tale rapporto ha una valenza esclusivamente funzionale - quella di attribuire alle norme interposte il carattere di norme parametro della legittimità costituzionale di eventuali norme successive - senza bisogno di determinare alcuna variazione in termini di gerarchia. Le fonti che contengono norme qualificabili come interposte, pertanto, non si distinguono dalle altre fonti previste dall'ordinamento giuridico né in termini di gerarchia né in termini di competenza: la loro caratteristica risiede nel fatto di essere composte da norme che assolvono la funzione di parametro del giudizio di legittimità costituzionale».³⁷⁹

Tale tesi è stata anche confermata dalla giurisprudenza costituzionale la quale ha ricondotto il fondamento legislativo dell'accordo alle art. 1, co. 796, lettera b, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 viene rintracciato nel successivo art. 2, co. 80 e 95 della l. 23 dicembre 2009 n. 191, sottolineando come l'introduzione dei citati commi 80 e 95 proceda proprio nel verso dell'interpretazione dei Piani di rientro nel dolco del coordinamento della finanza pubblica³⁸⁰.

³⁷⁸ G. RIVOSECCHI, *Poteri, diritti e sistema finanziario tra centro e periferia*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2019, pp. 248 ss., si veda M. SICLARI, *Le norme interposte nel giudizio di costituzionalità*, Padova, Cedam, 1992.

³⁷⁹ S. M. CICONETTI, *Creazione indiretta del diritto e norme interposte*, in *Giur. Cost.*, fasc. 1, 2008, pp. 575 ss.

³⁸⁰ C. Cost. sent. 278/2014 «La disciplina dei piani di rientro dai deficit sanitari è riconducibile ad un duplice ambito di potestà legislativa concorrente, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, della Costituzione: tutela della salute e coordinamento della finanza pubblica (sentenze n. 163 del 2011 e n. 193 del 2007)». la nomina di un commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, previamente concordato tra lo Stato e la Regione interessata, «sopraggiunge all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali, essendosi questi ultimi sottratti ad un'attività che pure è imposta dalle esigenze della finanza pubblica». «Detta attività è volta a soddisfare «la necessità di assicurare la tutela del

3.3 ULTERIORI RECENTI QUESTIONI IN ORDINE ALLA VINCOLATIVITÀ DEL PIANO DI RIENTRO E AUTONOMIA REGIONALE: LA PROGRAMMAZIONE DELLE SPESE SANITARIE COME QUESTIONE AL CENTRO DELLA PIÙ RECENTE GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE

Ulteriore tematica di interesse nella recente giurisprudenza costituzionale è inerente al rapporto tra PdR e autonomia regionale in relazione alla programmazione della spesa sanitaria.

Stante il chiaro limite, ormai granitico, per il quale le Regioni sottoposte a Piano di Rientro non possano normare in contrasto con le previsioni dell'accordo, la giurisprudenza ha delineato le limitazioni legislative quelle sottoposte a piano di rientro.

A dare uno spunto utile ai fini della riflessione *de quo* è la Regione Puglia, la quale, seppur sottoposta a Piano di Rientro e con accordo che prevede la «riduzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, semplice, dipartimentale e disposizioni organizzative e di coordinamento», ha normativamente previsto nuove assunzioni di personale dirigente. Tali previsioni sono state impugnate perché in contrasto con l'accordo. La Corte specifica come «attraverso i piani di rientro le Regioni e lo Stato raggiungono un accordo per il miglioramento nell'erogazione dei servizi sanitari e per il contenimento della spesa pubblica sanitaria; il piano di rientro deve comprendere, sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, per renderli conformi alla programmazione nazionale e al vigente decreto del Presidente del

l'unità economica della Repubblica, oltre che dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti un diritto fondamentale (art. 32 Cost.) qual è quello alla salute» (tra le tante, sentenze n. 104 e n. 28 del 2013, n. 78 del 2011 e n. 193 del 2007). In questo quadro, è stato affermato che «le funzioni amministrative del commissario, ovviamente fino all'esaurimento dei suoi compiti di attuazione del piano di rientro, devono essere poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali, senza che possa essere evocato il rischio di fare di esso l'unico soggetto cui spetti di provvedere per il superamento della situazione di emergenza sanitaria in ambito regionale» (sentenza n. 78 del 2011 e, nello stesso senso, sentenza n. 104 del 2013)».

Consiglio dei ministri che li fissa, sia le misure finalizzate a garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni contemplati nel piano stesso ... Regione Puglia ha assunto l'impegno di attuare azioni specifiche per garantire la riduzione della complessiva spesa per il personale, anche mediante la «razionalizzazione organizzativa» e la «riduzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, semplice, dipartimentale, e di posizioni organizzative e di coordinamento» (punto B3 del piano di rientro). La disposizione censurata, prevedendo l'introduzione del dirigente psicologo nel piano triennale di fabbisogni del personale delle aziende sanitarie locali, viene a confliggere con tali previsioni e a pregiudicare il raggiungimento dell'obiettivo assunto dall'Accordo».³⁸¹

Tale *life motive* è stato riproposto anche nelle successive sentenze sul tema, come la sent 246/2021, in cui la regione Basilicata, con noma regionale ha esteso i tempi di durata dei Piani di Rientro. La Corte Costituzionale ha impugnato la previsione locale poiché «la norma interposta – espressione della esigenza di armonizzare i bilanci pubblici quanto allo specifico profilo della disciplina del disavanzo di amministrazione e della uniformità dei tempi del suo ripiano (sentenza n. 235 del 2021) – non consente di superare la durata della programmazione triennale, ritenuta congrua per il ripristino dell'equilibrio dell'ente turbato dalla emersione di un disavanzo ordinario.

Il che non appare arbitrario dato il determinante rilievo che il “fattore tempo” assume per l'effettività delle regole di corretta gestione finanziaria. Le previsioni regionali impugnate, pertanto, si pongono in evidente contrasto con l'evocato art. 42, comma 12, del d.lgs. n. 118 del 2011 e, di conseguenza, con l'art. 117, secondo comma, lettera e), Cost., in quanto disegnano una estensione del percorso di ripiano anche negli esercizi 2023 e 2024, determinandone una complessiva durata quinquennale».³⁸²

³⁸¹ 142/2021 C Cost.

³⁸² Sent. 246/2021 C Cost Considerando in diritto 7.1

Di certo interesse sul tema è la sentenza 6/22 C Cost, nella quale lo Stato ha impugnato una norma della Regione Calabria, che «ha lo scopo di migliorare l'organizzazione delle strutture pubbliche e private attraverso l'inserimento nelle stesse di figure professionali, i farmacisti abilitati, preposte alla gestione del farmaco», poiché l'intervento normativo proposto dalla Regione innalzerebbe «in termini di efficienza ed efficacia delle prestazioni, l'organizzazione sanitaria degli istituti di ricovero che hanno l'obiettivo di garantire un'ottimale e funzionale servizio a tutela della salute e del benessere del paziente», con lo scopo rendere obbligatoria la presenza del farmacista abilitato in tutte le predette strutture in cui si utilizzano farmaci e la ridefinizione dei compiti di tale figura professionale.³⁸³

Tale norma è stata impugnata data la presunta violazione dei principi in tema di «coordinamento della finanza pubblica» nonché «per lesione, altresì, dell'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost., in riferimento alla competenza esclusiva dello Stato in materia di «ordinamento civile»; quanto all'art. 3, comma 2, per violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento ai principi fondamentali in materia di «professioni», e dell'art. 3 Cost., per lesione del principio di uguaglianza»³⁸⁴.

La Corte Costituzionale rammenta come al Commissario ad acta (nel caso di specie) sia stata affidata, tra i compiti e gli obiettivi la «razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno in applicazione della normativa vigente in materia» e che la normativa regionale impugnata sia in evidente contrasto con il compito del Commissario, dato che «l'obbligatoria presenza di personale farmacista, opportunamente inquadrato nell'organigramma secondo le dimensioni della struttura, si configura difatti come un preciso obbligo riferito alle amministrazioni pubbliche interessate per l'assunzione di farmacisti, al di fuori della programmazione del fabbisogno di personale nel servizio sanitario». La Consulta, di conseguenza, ha sottolineato come abbia ritenuto non conformi a

³⁸³ C Cost. sent. 6/2022

³⁸⁴ *Ibidem*

Costituzione gli interventi regionali, di regioni sottoposte a Commissario *ad acta*, «ove incidenti sulla spesa per il personale, a motivo della interferenza con le prerogative del Commissario, e del conseguente contrasto con i principi di coordinamento della finanza pubblica, configurati dal complesso normativo statale che disciplina i piani di rientro dal disavanzo del settore sanitario e il regime del commissariamento (*ex plurimis*, sentenze n. 166 del 2020 e n. 266 del 2016)»³⁸⁵.

La Corte Costituzionale, sempre più, ha valutato nel merito «alcune decisioni regionali in rapporto con gli accordi»;³⁸⁶ come nel caso della sentenza 110/2022 C Cost.

Tale pronuncia discende dall'impugnativa dell' «art. 7 della legge reg. Molise n. 2 del 2021 che prevede, a decorrere dal 2021, un vincolo di destinazione in favore del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili per le entrate incassate dall'ente dalle sanzioni amministrative irrogate ai datori di lavoro inadempienti agli obblighi occupazionali previsti dalla legge n. 68 del 1999 e dai contributi correlati agli esoneri parziali concessi, *ex art. 5, comma 3, di quest'ultima*». In tal caso la Corte, analizzando i motivi e la normativa regionale ha dichiarato infondata la questione poiché la Regione aveva agito in ossequio di una norma Statale. «Nel caso della norma regionale impugnata, in definitiva, non viene quindi in rilievo – come invece erroneamente ritenuto dal ricorso statale – la lettera d) della suddetta disposizione, bensì la precedente lettera a), poiché il vincolo di destinazione è direttamente impresso dall'art. 14, comma 3, della legge statale n. 68 del 1999...Si tratta, pertanto, di vincoli ai quali la Regione, nell'ambito del ciclo di bilancio, deve assicurare attuazione proprio in forza della previsione statale e per i quali non rileva – a differenza di quelli autonomamente decisi dalla Regione e rientranti nella lettera d) del richiamato comma 5 dell'art. 42 – che sia in corso il ripiano del disavanzo o che non siano stati coperti tutti gli eventuali debiti fuori bilancio»³⁸⁷.

³⁸⁵ *Ibidem*

³⁸⁶ A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, Op Cit. p 132

³⁸⁷ C. Cost. sent. n. 110/22 C Cost considerando in diritto 3.2

Da ciò discende un principio di notevole importanza poiché, ferma restando la vincolatività dei Piani rispetto la Legge regionale, in cui la vincolatività non conosce deroghe, non si può dire lo stesso ove la norma sia Statale.

In conclusione, con riferimento alla questione concernente il rapporto tra l'attuazione dei Piani di rientro sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), emerge una significativa tensione interpretativa nella giurisprudenza costituzionale, volta a bilanciare interessi di pari rango. Da un lato, si afferma il principio secondo cui, alla luce della normativa disciplinante i Piani di rientro e delle disposizioni relative al finanziamento dei LEA, non può ritenersi che le Regioni sottoposte a tali Piani siano legittimate a sostenere spese ulteriori rispetto a quelle necessarie per garantire i livelli essenziali. Dall'altro lato, la giurisprudenza più recente – in particolare quella sviluppatasi durante il periodo pandemico e immediatamente successivo – ha mostrato una maggiore attenzione nel verificare il contenuto delle disposizioni regionali contestate dallo Stato, al fine di valutare concretamente l'impatto che tali disposizioni hanno sul rispetto dei LEA.

Da ciò deriva la necessità di una separazione contabile rigorosa tra le risorse destinate ai LEA e quelle destinate a livelli di assistenza superiori. «Dal combinato di dette disposizioni alla Regione, soggetta ai vincoli dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario, è preclusa la possibilità di incrementare la spesa sanitaria ma solamente per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali. Una valutazione differente, e dunque di compatibilità con l'accordo sottoscritto con la Regione, deve invece essere effettuata per quelle norme regionali che in coerenza con gli obiettivi di finanza pubblica, perseguono lo scopo di garantire l'effettivo raggiungimento dei LEA nella Regione».³⁸⁸

³⁸⁸ A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, Op Cit. p 133; A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in Piano di rientro?*, op cit. p. 57;

4 IL PIANO DI RIENTRO, IL PROGRAMMA OPERATIVO E LE DISPOSIZIONI DI DETTAGLIO A SEGUITO DELLA SOTTOSCRIZIONE DELL'ACCORDO

I Piani, sono diversi e unici l'uno rispetto all'altro, discendendo da situazioni di per se differenti, avendo le singole regioni SSR differenti, organizzazioni diverse e problematiche uniche; stante ciò, dalla lettura e dall'analisi dei vari Piani che si sono susseguiti si rivedono linee direttrici comuni andando a creare degli accordi quasi tipici.³⁸⁹ L'accordo si raggiunge con la sottoscrizione dello stesso da parte di tutti gli attori istituzionali in campo, ed in particolare, i Ministeri competenti, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Giunta della regione interessata. Entro sette giorni dalla firma dell'accordo la Giunta delibera l'approvazione del piano di rientro e riorganizzazione, e come conseguenza la Regione assume la responsabilità di attuare quanto previsto nel Piano, al fine di garantire il rispetto dei LEA ed il rientro dal dissesto del *deficit*.

Andando ad analizzare la struttura che hanno i Piani di rientro si nota come nelle premesse il fulcro del Piano siano i LEA, da garantire e perseguire, raggiungendo l'equilibrio economico finanziario.³⁹⁰

A seguire la struttura è tendenzialmente bipartita con una prima parte incentra sui profili e caratteristiche normativi del piano ed un secondo tecnico-applicativo. Dopo una preliminare analisi, fornita dalla Regione, della situazione interessata, il Piano si suddivide in due macroaree: un profilo normativo ed un profilo teorico-applicativo. I Piani per raggiungere l'equilibrio economico-finanziario hanno seguito, principalmente tre strade, un efficientamento della rete ospedaliera, una riorganizzazione della spesa farmaceutica ed infine la Regione del personale medico-amministrativo³⁹¹.

³⁸⁹ A. PATANÈ, *I Piani di Rientro*, op cit. p 61.

³⁹⁰ Fare esempi di Pian di Rientro

³⁹¹ A. PATANÈ, *I Piani di Rientro*, op cit. p62.

Elemento essenziale e di particolare rilevanza in tutti i Piani di Rientro è rappresentato dai LEA nel rapporto di questi con l'equilibrio di bilancio.

I LEA, difatti, costituiscono elemento attenzionato ed oggetto di costante monitoraggio ai fini del rispetto di quanto previsto nel Piano di Rientro.

Il controllo, in particolare, è svolto dal Comitato per la verifica dei LEA e dal cd tavolo tecnico, emanazione dei Ministri competenti³⁹². La verifica verte tanto sugli atti normativi che hanno utilizzato le Regioni sottoposte a Piano di Rientro per valutare se si stia dando effettiva attuazione agli accordi presi (pertanto si è in presenza di una verifica formale sull'attuazione degli stessi) ed in secondo luogo per valutare se gli accordi siano realmente efficaci per raggiungere lo scopo per cui sono stati fissati (e quindi una verifica sostanziale). Il monitoraggio sostanziale è demandato ai cd tavoli tecnici, a seguito della cui valutazione dipenderà la permanenza o meno delle Regioni in Piano di Rientro ovvero se debbano prendere misure più incisive, come ad esempio la nomina di un Commissario *ad acta*, ovvero strade migliorative della situazione, come l'uscita dal Piano di Rientro.

«Dal punto di vista finanziario, l'esperienza ultradecennale dei PdR ha dato risultati inequivocabili in termini di capacità di ridurre i disavanzi prodotti dai SSR»³⁹³. Il monitoraggio e la verifica devono attenersi, oltre che al profilo economico, anche al rispetto dei LEA ed alla

³⁹² «Al contenimento della dinamica della spesa sanitaria hanno contribuito, oltre alle varie misure adottate in questi anni (dal blocco delle retribuzioni, ai tetti alla spesa, alla centralizzazione degli acquisti, alla ristrutturazione della rete ospedaliera, di cui si è già detto), il potenziamento dei flussi informativi e l'attento monitoraggio delle gestioni, con l'avvio, nelle Regioni che presentavano deficit sanitari elevati, dei Piani di rientro. Ciò ha consentito in tali realtà non solo il riassorbimento delle forti perdite, ma anche un graduale miglioramento dell'offerta sanitaria. Nello spirito del Patto della Salute, infatti, il rispetto dei vincoli economico-finanziario non deve avvenire a scapito della qualità dei servizi offerti dal pubblico, ma piuttosto agendo su quelle situazioni di inefficienza e inappropriata che, in alcune realtà territoriali, determinano costi più elevati rispetto a quelli sperimentati nelle Regioni benchmark. Guardando agli indicatori relativi all'erogazione dei LEA, è evidente la tendenza al miglioramento nelle Regioni in Piano, anche se il divario rispetto alle altre appare ancora elevato, soprattutto in alcune aree di assistenza che restano significativamente al di sopra della soglia critica». Relazione della Corte dei conti sui Piani di Rientro anno 2023;

³⁹³ M. BORDIGNON, S. CORETTI e G. TURATI, *I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora?* di 5 agosto 2019, in Osservatorio sui conti Pubblici italiani, p. 8;

riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale³⁹⁴. Si rammenta come la garanzia dei LEA sia di primaria importanza nei Piani e di conseguenza l'attenzione posta al loro rispetto non può che essere garantita in maniera prioritaria. La garanzia del Diritto alla Salute deve essere letta «come diritto sociale di primaria importanza» il cui contenuto è conformato «attraverso la determinazione dei LEA, di cui il finanziamento adeguato costituisce condizione necessaria ma non sufficiente per assicurare prestazioni direttamente riconducibili al fondamentale diritto alla salute». Per di più, il diritto alla salute, nel suo «nucleo invalicabile di garanzie minime» che lo rendono effettivo, «non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali»³⁹⁵.

Il controllo sul rispetto e la garanzia dei Piani, allora, assume primaria e centrale importanza nel rapporto tra lo Stato e la Regione sottoposta al Piano ed al fine di poter trovare garantita l'attuazione dei PdR e quindi, l'effettiva tutela degli interessi e dei diritti posti in gioco.

Analizzando il monitoraggio effettuato sulle Regioni in Piano di rientro si può notare come il sostanziale perseguimento delle garanzie dei LEA si ha attenzionando la rete ospedaliera e territoriale. Si nota anche, dall'analisi delle Regioni interessate da Piano di rientro come in queste, rispetto al periodo precedente la sottoposizione al Piano, i LEA siano maggiormente garantiti³⁹⁶.

Sotto il profilo della materiale efficacia dei Piani di Rientro le considerazioni da porre sono plurime ed articolate variando da caso a caso, da attuazione ad attuazione. In particolare, si può rilevare come determinate regioni siano uscite dal Piano di Rientro (come nel caso del Piemonte); avendo seguito gli indirizzi tecnici ivi contenuti. Di contro, altre regioni vedono un rinnovo dei Piani di Rientro allo scadere degli stessi, non riuscendo a ridurre l'effettivo deficit³⁹⁷. Si tenga in

³⁹⁴ Anche tale ambito è monitorato costantemente. Si veda tutta la documentazione sull'attuazione dei Piani di Salute presente presso il Ministero della Salute e l'Agenas;

³⁹⁵ Così, Corte cost., sent. n. 62 del 2020, punto 4.3. Si veda anche C. Cost. 132/2021;

³⁹⁶ Si rimanda al sito del Ministero della Salute e dell'Agenas per un più puntuale e specifica analisi;

³⁹⁷ A. AMATO, *Niente al di fuori dei lea. Il diritto fondamentale alla salute nelle regioni sottoposte a piano di rientro alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale*, in *Diritti regionali*, n. 2, 2023, pp. 537 ss.

considerazione che anche in questi ultimi casi si è notato un miglioramento dei LEA, ma in una situazione non lineare³⁹⁸. Ciò porterebbe a ritenere che le Regioni in Piano di rientro hanno registrato un miglioramento nella gestione delle risorse e dei servizi erogati garantendo la riduzione della spesa e il miglioramento dei LEA (appropriatezza ed efficienza). Ciò che allora è da comprendere è se il sistema dei Piani di Rientro si funzionale e funzionate, con la conseguenza che le Regioni che non riescono a ridurre il *deficit* economico finanziario siano responsabili per incapacità delle stesse ovvero per una mancata adesione totale al Piano ovvero se le peculiarità dei singoli piani e la non personalizzazione degli stessi non abbia penalizzato determinate situazioni.

4.1 PROBLEMATICHE APPLICATIVE E IL LORO RILIEVO NELL'ORDINAMENTO

L'applicazione dei Piani di Rientro nel ventennio di vita dell'istituto ha mostrato diversi profili di criticità ed elementi che appare opportuno mettere in evidenza, e ciò anche per via delle modalità di utilizzo dell'istituto per periodi ben più lunghi del triennio previsto (i Piani di rientro tendenzialmente, lo dimostra l'esperienza pratica, sono stati sempre prorogati e raramente le Regioni entrate in Piano di Rientro ne sono uscite).

Tra le problematiche vi è la garanzia dei LEA nel rapporto Stato-Regione, il rispetto del principio della leale collaborazione (elementi già affrontati in precedenza), ma anche ulteriori tematiche, che verranno affrontate come la nomina ed i poteri legati al commissario ad acta.

L'utilizzo dei Piani di Rientro ha acceso negli ultimi decenni, a partire dalle riforme degli anni Novanti e la riforma del Titolo V Costituzione, il già vivace dibattito in merito all'autonomia regionale. «È mancato probabilmente il senso profondo di un sistema che si muove insieme su compiti comuni e su ruoli tra loro garantiti ma inevitabilmente

³⁹⁸ in base alla Griglia LEA, ben 16 Regioni sono al di sopra del livello minimo accettabile (punteggio di 160). In particolare, le otto Regioni che raggiungono un punteggio superiore a 200 sono: Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Abruzzo e Marche. Altre otto Regioni si collocano in un punteggio compreso tra 200 e 160 (livello minimo accettabile): Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata, Provincia Autonoma di Trento, Lazio, Puglia, Molise e Sicilia.

anche coordinati»³⁹⁹. Tra i temi e le tendenze autonomistiche di particolare interesse sono state le argomentazioni inerenti all'efficienza delle erogazioni dei servizi e la garanzia del rispetto dei LEA sul territorio nazionale. Come punto di contatto tra le teorie e tendenze autonomistiche e le volontà accentratrici, ruolo centrale è stato rivestito dalla collaborazione Stato-regioni.⁴⁰⁰

Come già visto in precedenza la collaborazione è stata posta alla base delle decisioni inerenti gli accordi ed i Piani di Rientro, essendo l'elemento cardine della costituzionalità delle limitazioni dell'autonomia regionale discendenti dal citato istituto.

I Piani di Rientro, quale modello collaborativo Stato-regione, costituiscono un *unicum* e una novità rispetto i sistemi a questo previgenti. Sino alla nascita dei Piani di Rientro il modello collaborativo, difatti, era utilizzato come mezzo per superare impasse tra i soggetti coinvolti, colto al perseguimento di interessi comuni.⁴⁰¹

Gli strumenti di collaborazione sono ritenuti, da dottrina e giurisprudenza, meccanismi efficaci nel raggiungimento degli scopi. La conferenza Stato-Regioni «si preoccupa di valorizzare l'accordo osservando che il sistema delle Conferenze è una delle sedi più qualificate per l'elaborazione di regole destinate ad integrare il parametro della leale collaborazione».⁴⁰² Ciò che muove la Conferenza è la necessità di provvedere alla ricerca di un accordo nel momento in cui vengono in gioco

³⁹⁹ G. PASTORI, *Regioni e autonomie locali nel pensiero di Umberto Pototschnig*, in *Le Regioni*, fasc. 4, 2001, pp. 605 ss.,

⁴⁰⁰ Si rimanda al cap. 1 par ____ in materia di regionalismo differenziato.

⁴⁰¹ A. CARMINATI, *Dal raccordo politico al vincolo giuridico: l'attività della Conferenza Stato-Regioni secondo il giudice costituzionale*, in *Le Regioni*, Fascicolo 2, 2009, pp. 270 ss. In particolare, a sostegno della tesi per cui la Conferenza ha svolto una funzione di impulso al rafforzamento dello Stato Regionale, P. A. CAPOTOSTI, *La Conferenza permanente per i rapporti fra Stato e Regioni: una tendenza verso il regionalismo cooperativo*, in *Le Regioni*, n. 1, 1986, pp. 896 ss; M. CARLI, *Regioni ed autonomie locali: la Conferenza Stato-Regioni*, in *Quad. Cost.*, n. 1, 1984, pp. 173 ss. A. D'ATENA, *verso una riconsiderazione della cd. Collaborazione tra Stato e Regioni?*, in *Giur. It.*, 1987, pp. 3382 ss. A. SANDULLI, *La Conferenza Stato-Regioni e le sue prospettive*, in *Le Regioni*, n. 5, 1985, pp. 837 ss.; R. BIFULCO, *Il modello italiano delle conferenze Stato-autonomie territoriali (anche) alla luce delle esperienze federali*, in *Le Regioni*, n. 2-3, 2006, pp. 233 ss. G. CARPANI, *La Conferenza Stato-regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, *Il Mulino*, Bologna, 2006.

⁴⁰² A. CARMINATI, *Dal raccordo politico al vincolo giuridico: l'attività della Conferenza Stato-Regioni secondo il giudice costituzionale*, in *Le Regioni*, n. 2, 2009, pp. 270 ss.

interessi territoriali, attuando il principio di «leale collaborazione nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, possono concludere in sede di Conferenza Stato regioni Accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune»⁴⁰³. Così facendo «le Conferenze hanno consentito al principio di leale collaborazione di realizzarsi non solo sul versante della attività amministrativa, ma anche su quello della legislazione».⁴⁰⁴

Il tentativo mosso è quello di perseguire un'autonomia responsabile ed in cui i governi locali siano espressione di una migliore governo e gestione del territorio⁴⁰⁵.

Il Piano di Rientro, seppur in linea con i tradizionali schemi collaborativi, si pone, schematicamente al di fuori di essi costituendo un unicum.⁴⁰⁶ La collaborazione tra diversi piani di governo si pone quale elemento imprescindibile per un buon governo, in particolare in un'ottica

⁴⁰³ D.lgs281/1997 art. 4. Sul tema di rimanda alla lettura di I. RUGGIU, *Conferenza Stato Regioni: un istituto del federalismo «sommerso»*, in *Le Regioni*, n. 5, 2000, pp. 858 ss. Nel d.lgs. n. 281 del 1997, che può essere ritenuto come uno dei provvedimenti che hanno ridisegnato lo strumento giuridico della Conferenza Stato-Regioni, è ampiamente presente il riferimento alla realizzazione dei principi costituzionali di collaborazione.

⁴⁰⁴ G. CARPANI, *La collaborazione strutturata tra Regioni e tra queste e lo Stato. Nuovi equilibri e linee evolutive dei raccordi "verticali" ed "orizzontali"*, in *Federalismi*, n. 19, 2009, pp. 2 ss.

⁴⁰⁵ M. CARLI, *Regioni ed autonomie locali. La conferenza Stato-Regioni*, in *Quad. Cost.*, n. 1, 1984, pp. 177 ss.

⁴⁰⁶ A. PATANE, *I Piani di Rientro*, op cit. 143. R. BIN, *Le prassi della cooperazione nel sistema italiano di multilevel government*, in *Ist. del Federalismo*, n. 7, 2006, pp. 695 ss., per cui i contenuti dei verbali «servono a testimoniare un dato di assoluto rilievo, cioè il ruolo politico che le Conferenze hanno assunto nella via italiana alla codecisione». Per un maggior approfondimento sul tema si rimanda alla lettura di G. CARPANI, *I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA NEL PANORAMA NORMATIVO*, in *Monitor*, n. 21, 2008, pp. 14 ss.

di attuazione del Titolo V⁴⁰⁷. I Piani di Rientro si pongono come strumento di tutela di un «livello statale autorevole» unito ai livelli territoriali⁴⁰⁸.

4.2 LA RILEVANZA DEL PRINCIPIO DI LEALE COLLABORAZIONE NELLA SOTTOSCRIZIONE DEL PIANO DI RIENTRO.

Life motive per addivenire all'accordo e quindi ai Piani di Rientro è il rispetto del principio di leale collaborazione, da intendersi quale correttezza nei confronti dei corpi costituzionali, durante l'intero percorso di formazione⁴⁰⁹; sempre tenendo in considerazione il fatto che la giurisprudenza Costituzionale sancisce la non applicazione del principio di leale collaborazione in fase legislativa. «In merito alla denunciata violazione del principio di leale collaborazione, occorre anzitutto osservare che tale principio non si impone nel procedimento mediante il quale il Parlamento, attraverso le due Camere, approva le leggi (fra le molte, sentenze n. 280, n. 251 e n. 65 del 2016, n. 63 del 2013, n. 79 del 2011)». ⁴¹⁰

⁴⁰⁷ R. BIN, *Le prassi della cooperazione nel sistema italiano di multilevel government*, op cit, n. 7, 2006, pp. 695 ss., per cui i contenuti dei verbali «servono a testimoniare un dato di assoluto rilievo, cioè il ruolo politico che le Conferenze hanno assunto nella via italiana alla codecisione». Di questo avviso F. PIZZETTI, *Il sistema delle conferenze e la forma di governo italiana*, in *Le Regioni*, n. 3-4, 2000, pp. 479 ss., in dissenso a quest'ultima interpretazione si è espresso P. CARETTI, *Il sistema delle Conferenze e i suoi riflessi sulla forma di governo nazionale e regionale*, in *Le Regioni*, n. 4, 2000, pp. 548 ss. Lo strumento dell'Intesa, raggiunta mediante la Conferenza Stato-Regioni in rapporto ai LEA, rappresenta un esempio virtuoso di un metodo attraverso cui operare. In questo caso, pur all'interno di una materia di competenza dello Stato c'è una condivisione con le Regioni in ordine ai provvedimenti da assumere nel merito. L'esempio è offerto in modo approfondito da G. CARPAN, *I livelli essenziali di assistenza nel panorama normativo*, op cit, pp. 14 ss.

⁴⁰⁸ R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni*, (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà orizzontale), in *Quad. Reg.*, n. 1, 2004, pp. 11 ss. Sul tema si rimanda alla lettura di L. VIOLINI, F. LOCATELLI, *La determinazione dei livelli essenziali*, in M. SCUDIERO (a cura di), *Le autonomie al centro*, Vol. I, Napoli, Jovene, 2007, p. 158. Sul profilo della vincolatività degli Accordi raggiunti tra lo Stato e le Regioni si è interrogata la dottrina sin dalla fine degli anni 90 V, P. CARETTI, *Nota a sentenza n. 437/2001, Gli Accordi tra Stato, Regioni e autonomie locali: una doccia fredda sul mito del sistema delle conferenze?*, in *Le Regioni*, n. 5, 2002, pp. 1170 ss. Sul punto, la dottrina successiva alla riforma del Titolo V si è interrogata proprio sul carattere vincolante dei Piani di rientro, R. BIN, *Le deboli istituzioni della leale cooperazione*, nota a Corte Cost. n. 507 del 2002, in *Giur. Cost.*, fasc. 5, 2002, pp. 4184 ss, «né il principio di leale collaborazione fra Stato e regioni può esser dilatato fino a trarne condizionamenti, non altrimenti riconducibili alla Costituzione, rispetto alla formazione e al contenuto delle leggi (sent. 437 del 2001), siano esse leggi statali o regionali».

⁴⁰⁹ F. FIGONI, *Leale collaborazione e correttezza costituzionale*, in *Jus*, 1, 2017, pp. 189 ss. Si veda anche, S. BARTOLE, *Supremazia e collaborazione nei rapporti tra Stato e regioni*, Milano, Giuffrè, 1972.

⁴¹⁰ C. Cost. sent. 192/2017;

Nel caso dei Piani di Rientro, inoltre, subentra l'applicazione anche del principio del Coordinamento della finanza Pubblica.⁴¹¹

Ad ogni modo, l'Accordo, per espressa previsione, presuppone e prevede la sottoscrizione da parte della Regione e dello Stato. L'accordo, come visto anche nei paragrafi precedenti, è ciò che vincolerà l'autonomia regionale; ne consegue che l'accordo deve rispettare il principio di leale collaborazione, elemento cardine della riduzione dell'autonomia regionale⁴¹².

Momento di avvio della procedura è l'adozione della norma che permette la sottoscrizione dell'accordo⁴¹³. Tale momento, essendo meramente legislativo è sottratto quindi, all'applicazione del principio di leale collaborazione. «Quantunque la Corte costituzionale abbia più volte affermato che il principio di leale collaborazione non si impone al procedimento legislativo, tuttavia, là dove il legislatore delegato si accinge a riformare istituti che incidono su competenze statali e regionali, inestricabilmente connesse, sorge la necessità del ricorso all'intesa. Quest'ultima si impone quale cardine della leale collaborazione anche quando l'attuazione delle disposizioni dettate dal legislatore statale è rimessa a decreti legislativi adottati dal Governo sulla base dell'art. 76 Cost., i quali finiscono con l'essere attratti nelle procedure di leale collaborazione, in vista del pieno rispetto del riparto costituzionale delle competenze».⁴¹⁴ Data la struttura peculiare dei piani di Rientro, caratterizzati, in particolare nella fase di realizzazione e attuazione della

⁴¹¹ C. Cost. 100/2010 «Orbene, la norma dello Stato che assegna a tale Accordo carattere vincolante, per le parti, tra le quali è intervenuto, può essere qualificata come espressione di un principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica».

⁴¹² Sul principio di leale collaborazione si rimanda alla lettura di F. Merloni, *La leale collaborazione nella Repubblica delle autonomie*, in *Diritto pubblico*, n. 3, 2002, pp. 827 ss.; S. BARTOLE, *La Corte costituzionale e la ricerca di un contemperamento fra supremazia e collaborazione nei rapporti tra Stato e Regioni*, in *Le Regioni*, n. 1, 1988, pp. 562 ss.; L. VIOLINI, *I confini della sussidiarietà: potestà legislativa, leale collaborazione e strict scrutiny*, in *Le Regioni*, n. 2-3, 2004, pp. 686 ss.; G. TARLI BARBIERI, *I rapporti tra la legislazione statale e la legislazione regionale*, in E. BETTINELLI, F. RIGANO (a cura di), *La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Atti del Convegno del Gruppo di Pisa, 6-7 giugno 2003, Torino, Giappichelli, 2004.

⁴¹³ Tale momento è espressione del principio del Coordinamento della Finanza Pubblica, A. PATANÈ, *il Piani di rientro*, op cit. p. 147.

⁴¹⁴ C. Cost. 251/2016

stipulazione dei successivi Accordi Stato-Regione fuoriesce che il principio di leale collaborazione pervada l'intera dinamica dell'istituto *de quo*.

Ulteriore elemento che costituisce criticità sul tema trattato è l'esclusione procedimentale del Consiglio Regionale.⁴¹⁵

La sottoscrizione di un piano di rientro richiede un ruolo fortemente collaborativo da parte della Regione che vede limitare fortemente le proprie prerogative legislative ed amministrative. Organo ancor più limitato, data la procedura per addivenire al Piano di Rientro appare il Consiglio Regionale. La Giunta, difatti, sottoscrive l'accordo (senza alcun parere o decisione del Consiglio). Ci si deve porre, quindi una domanda rispetto l'applicazione del principio di leale collaborazione tra organi appartenenti alla Regione (nel caso di specie il Consiglio e la Giunta)⁴¹⁶. La scelta operata dalla Giunta comporta tanto la limitazione delle prerogative legislative (di competenza esclusiva del Consiglio) quanto vincola, potenzialmente, anche future legislazioni, essendo i Piani pluriennali e potendo cadere a cavallo tra due legislature.

Chiaro è, come sottolineato in dottrina, che l'accordo appare necessario e certamente auspicabile rispetto l'attuazione del potere sostitutivo statale, come l'accordo deve essere condiviso nelle modalità e fini, divenendo, in caso contrario obbligatorio.⁴¹⁷ «Il mancato

⁴¹⁵ Sul tema si rimanda al cap. 2 par. ____

⁴¹⁶ F. FIGONI, *Leale collaborazione e correttezza costituzionale*, in Jus, n. 1, 2007, pp. 189 ss. Per vicinanza tematica si rimanda anche alla lettura di, C. MAINARDIS, *Quale spazio per la leale collaborazione fra Regioni ed Enti locali*, nota a Sent. n. 229 del 6 luglio 2001, in Le Regioni, n. 1, 2002, pp. 150 ss; M. IMMORDINO, *La tutela del paesaggio fra riparto di competenza e principio di collaborazione*, Nota a Corte Cost. 21 dicembre 1985, n. 359, in Foro. It., 1986, pp. 1789 ss. L. CASTELLI, *La leale collaborazione fra Regioni ed Enti locali: Il consiglio delle autonomie locali*, in Gior. Dir. Amm., fasc. 12, 2006, pp. 1291 ss.;

⁴¹⁷ E. BALBONI, P. G. RINALDI, *livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in Le Regioni, n. 5, 2006, pp. 1030 ss.; I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, Piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, n. 1, 2021, pp. 40 ss.

Sul tema di è anche ricordato il rapporto Stato-Regioni rispetto gli atti di indirizzo e coordinamento « La riforma ha soppresso quello specifico potere statale di indirizzo e coordinamento che, introdotto agli esordi degli anni Settanta, è giunto sino alla prima legge Bassanini attraverso un itinerario giurisprudenziale che ne ha corretto la fisionomia complessiva conformemente allo stato di maturazione delle reazioni tra Stato e Regioni: legalità sostanziale, dimensione collegiale, portata teleologica, configurazione collaborativa. Tuttavia, la stessa riforma non ha rimosso, dal terreno dei predetti rapporti, quelle esigenze di carattere unitario che, nella versione assiologica dell'interesse nazionale, avevano sorretto il potere in questione. Tali esigenze permangono, come attestato dalla previsione di ambiti materiali rimessi alle cure esclusive del

coinvolgimento dell'organo rappresentativo, mediante l'assunzione di un atto specifico per l'adozione del Piano di rientro in presenza, di contro, di una forte vincolatività che questo esercita sulle azioni della Regione, può essere letto come una mancata attuazione del suddetto principio da parte dello Stato nei confronti della Regione e della Giunta regionale rispetto al Consiglio. Le forme di collaborazione non sono una semplice modalità per raggiungere una soluzione rispetto alle difficoltà tecniche che sorgono dal governo multilivello, ma il frutto della ferma convinzione del rispetto del principio di leale collaborazione a cui devono ricondursi le scelte in merito agli Accordi e alle intese tra il Governo e le Regioni»⁴¹⁸.

La Corte Costituzionale ha, in plurime sentenze, determinato il perimetro della leale collaborazione (Stato Regione e Regione o Commissario ad acta). In particolare, ha affermato «il principio di leale collaborazione, che deve sempre «governare i rapporti fra lo Stato e le Regioni nelle materie e in relazione alle attività in cui le rispettive competenze concorrano o si intersechino, imponendo un temperamento dei rispettivi interessi» (sentenza n. 242 del 1997), non si attenua, infatti, nel contesto della relazione che si instaura fra Stato e regione quando il primo esercita i suoi poteri sostitutivi nei confronti della seconda. Vi è di più, come suggerisce il testo costituzionale, il principio è affermato all'art. 120, II c, Cost. proprio in relazione all'esercizio del potere sostitutivo statale, che chiaramente attiva una relazione complessa tra Stato e regioni, nell'ambito della quale un potere tipicamente statale interseca competenze regionali (nel caso di specie, le materie concorrenti del coordinamento della finanza pubblica e della tutela della salute:

legislatore statale e di compiti trasversali riconosciuti allo stesso legislatore, e come, più in generale, comprovato dall'esperienza degli ordinamenti federali più evoluti. Semmai, la riforma ha inciso sul regime di quel potere, attraverso l'introduzione di elementi innovativi destinati a mutare irreversibilmente la dinamica delle relazioni tra livelli di governo» Q. CAMERLENGO, *Autonomia regionale e uniformità sostenibile: principi fondamentali, sussidiarietà e intese forti*, in *Le Regioni*, n. 2-3, 2006, pp. 436.

⁴¹⁸ A. PATANÈ, *I Piani di Rientro*, op. cit. p. 151; così letto, sostiene l'autore, il modello del Piano di Rientro può essere utilizzato in altre materie. Sul tema si rimanda alla lettura di A. COSTANZO, *Il principio di proporzionata collaborazione fra Stato e regioni*, in *Giur. Cost.*, fasc. 3, 2008, pp. 2817 ss. L. VIOLINI, *Meno supremazia e più collaborazione nei rapporti tra i diversi livelli di governo? Un primo sguardo (non privo di interesse) alla galassia degli Accordi e delle intese*, op. cit., p. 691 ss; P. Bilancia, F. Scuto, *La riforma costituzionale tra superamento del bicameralismo partitativo e riordino delle competenze Stato-regioni*, Research paper, Centro Studi sul Federalismo, dicembre 2015.

sentenza n. 247 del 2019). E sebbene l'art. 120, secondo comma, Cost. richiami la leale collaborazione come limite del potere sostitutivo statale («La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione»), è implicito nella stessa natura relazionale del principio che esso debba essere rispettato anche da parte della regione. Esso si traduce infatti in concreto in doveri e aspettative – «di informazione, di previsione di strumenti di raccordo e, in generale, di comportamenti realmente collaborativi, corretti e non ostruzionistici, in definitiva, appunto, leali – che non possono che essere reciproci»⁴¹⁹. Alla luce delle norme citate, una legge regionale che, come quella in esame, interviene direttamente su un oggetto rientrante nella programmazione del piano di rientro e nelle competenze del commissario risulta assunta in palese violazione del principio di leale collaborazione, il quale esige che la regione non interferisca con lo svolgimento delle funzioni del commissario e non ostacoli il perseguimento degli obiettivi del piano di rientro.»⁴²⁰.

Nella materia *de quo* allora, «è improntata a un costante confronto collaborativo tra il livello statale e quello regionale, la cui sede di elezione è rappresentata dall'azione congiunta del Comitato paritetico e del Tavolo tecnico 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 rientro»⁴²¹.

Tali presupposti sono stati confermati anche in una recente pronuncia ove la Corte ha ribadito che «tenuto conto della natura vincolante, per le regioni, degli accordi stipulati con lo Stato, che hanno portato alla sottoscrizione del piano di rientro dal disavanzo sanitario e dei successivi programmi operativi (nel caso di mancato raggiungimento

⁴¹⁹ C. Cost. 175/2024.

⁴²⁰ C. Cost. 217/2020.

⁴²¹ C. Cost. 200/2019.

degli obiettivi del piano nel triennio), la nomina del commissario ad acta costituisce esercizio del potere sostitutivo straordinario del Governo, volto a garantire, nel caso di «persistente inerzia della Regione rispetto alle attività richieste dai suddetti accordi» (sentenza n. 14 del 2017), l'unità economica e la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni inerenti al diritto fondamentale alla salute (sentenze n. 20 del 2023, n. 200 del 2019, n. 199 del 2018, n. 190 e n. 14 del 2017). Pertanto, le funzioni affidate al medesimo commissario, definite nel mandato conferitogli e «specificate dai programmi operativi» (sentenza n. 20 del 2023), devono restare, fino all'esaurimento dei compiti commissariali, al riparo da ogni interferenza degli organi regionali - anche qualora questi agissero per via legislativa - pena la violazione dell'art. 120, secondo comma, Cost. (sentenze n. 20 del 2023, n. 200 del 2019, n. 247 e n. 199 del 2018, n. 190 e n. 14 del 2017). È, infatti, proprio il rispetto del principio di leale collaborazione, posto a presidio della realizzazione degli obiettivi degli accordi di cui al piano di rientro e ai programmi operativi, a esigere «che la regione non interferisca con lo svolgimento delle funzioni del commissario e non ostacoli il perseguimento degli obiettivi del piano di rientro» (sentenza n. 217 del 2020)»⁴²².

Parte della dottrina ha sottolineato, sui principi sanciti dalla Corte, come l'esercizio del coordinamento debba obbligatoriamente presupporre la decisione condivisa ed informata dei soggetti interessati; e che tale mancato coinvolgimento comporti la lesione del principio di leale collaborazione.⁴²³

La giurisprudenza più recente ha mostrato un crescente interesse ed attenzione nel vagliare il rispetto della leale collaborazione con specifico riferimento agli atti legislativi Regionali e Statali a seguito del Piano di Rientro. La Corte Costituzionale, nella sentenza 217/2020 rammenta come «il principio di leale collaborazione, che deve sempre «governare i rapporti fra lo Stato e le Regioni nelle materie e in relazione alle attività in cui le rispettive competenze concorrano o si intersechino, imponendo

⁴²² C. Cost. 32/2025

⁴²³ V. BACHELET, Coordinamento, op. cit., p. 630 ss.

un temperamento dei rispettivi interessi» (sentenza n. 242 del 1997), non si attenua infatti nel contesto della relazione che si instaura fra Stato e regione quando il primo esercita i suoi poteri sostitutivi nei confronti della seconda». ⁴²⁴

Tale orientamento è stato ripreso e seguito dalla giurisprudenza più recente;⁴²⁵ la Corte Costituzionale, nel caso in esame, pur rigettando il ricorso (nel caso *de quo*), sottolinea come «le norme in esame risultano fisiologicamente ascrivibili al potere sostitutivo di cui all'art. 120, secondo comma, Cost., nonché alla competenza statale nella materia della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.) concernenti il diritto alla salute e ai principi fondamentali della materia del coordinamento della finanza pubblica (art. 117, terzo comma, Cost.). Nemmeno esse si pongono in contrasto con il principio di leale collaborazione perché, come questa Corte ha costantemente precisato, la disciplina dei piani di rientro dai disavanzi sanitari e dei relativi commissariamenti è connotata da «un costante confronto collaborativo tra il livello statale e quello regionale, la cui sede di elezione è rappresentata dall'azione congiunta del “Comitato paritetico permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza” e del “Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti” regionali [...]: 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

⁴²⁴ C. Cost. 217/2020 considerando in diritto 2.2

⁴²⁵ Nel caso trattato la Regione aveva impugnato norme Statali in contrasto con gli artt. 5, 117, terzo comma, 120 e 121 Cost. - dell'art. 2, commi 1 e 2, e 7, comma 4, del d.l. n. 150 del 2020, come convertito che, nell'ambito delle misure urgenti per il rilancio della sanità calabrese, disciplinano le modalità di nomina dei commissari straordinari degli enti del Servizio sanitario regionale (SSR) e la cessazione dalle funzioni degli organi eventualmente nominati dalla Regione dopo il 3 novembre 2020. In particolare l'art. 6, comma 2, è stato oggetto di doglianza poiché, a parere della ricorrente, avrebbe l'erogazione di contributi alla presentazione e all'approvazione del programma operativo di prosecuzione del piano di rientro per il periodo 2022-2023, dimostrerebbe «l'intenzione statale di protrarre sine die, e certamente addirittura oltre la stessa vigenza della norma, la dannosa espropriazione del settore sanit[ario] regionale calabrese» (viene citata, in proposito, la sentenza n. 199 del 2018, nella quale questa Corte ha rilevato l'anomalia di un commissariamento protratto oltre un decennio); pertanto, le norme in oggetto sarebbero in violazione del principio di leale collaborazione.

proprio piano di rientro» (sentenza n. 200 del 2019; nello stesso senso, sentenza n. 233 del 2019)»⁴²⁶.

⁴²⁶ C. Cost. 168/2021 considerando in diritto 11;

5 I LIMITI ALLA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE PER I CITTADINI RESIDENTI IN UNA REGIONE IN PIANO DI RIENTRO

Di particolare interesse appare come in alcune Intese interregionali appaiano delle limitazioni del fenomeno della cd mobilità passiva, se non a quella prestazioni strettamente e fisiologicamente necessaria. Ogni cittadino, difatti, può usufruire delle prestazioni sanitarie in ogni parte del paese, a prescindere dalla regione di residenza, creando una cd mobilità passiva per la regione ove il cittadino ha la residenza ed una cd mobilità attiva per la regione ricevente. Come conseguenza si ha un esborso, sostenuto dalla regione che subisce la mobilità passiva a favore della mobilità attiva per le spese sostenute dalla prestazione medica effettuata.

Negli anni, in particolare per le regioni confinanti, la problematica legata alla mobilità è stata sì certo interesse portando ad intese interregionali per regolamentare tali flussi.⁴²⁷ Chiaro è che tali uscite possano impattare sui costi della sanità regionale, ed ancor di più in una regione in *deficit* o in Piano di Rientro⁴²⁸.

Per limitare tale fenomeno alcune intese hanno circoscritto la mobilità a quanto strettamente necessario; nell'intesa del 03 dicembre 2009 si legge esplicitamente che «le Regioni individuano entro tre mesi dalla approvazione della presente Intesa adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di... c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro».⁴²⁹

Tale aspetto è stato anche ripreso nel Patto per la salute per gli anni 14-16, dove si prevedono modalità di compensazione della mobilità

⁴²⁷ Sul tema si rimanda all'atto n. 124/CSR, Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, dell'intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per l'anno 2023: Regole tecniche"; nonché alle singole intese.

⁴²⁸ G. ZUCCATELLI, *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*, in Monitor, n. 29, 2012, pp. 6 ss.

⁴²⁹ Conferenza Stato Regioni nell'intesa del 03 dicembre 2009, l c art 19;

interregionale. In particolare, si prevede che le «Regioni convengono che gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale ... individuano e regolamentano, ai sensi del DM 18 ottobre 2012, i casi specifici e circoscritti per i quali può essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva ... in sede degli accordi di cui ai precedenti commi 2 e 3, sarà possibile individuare volumi, tipologia e modalità di remunerazione aggiuntiva».⁴³⁰

Si deve anche tratteggiare il rapporto tra la mobilità sanitaria ed il rapporto con l'Unione Europea. In particolare, l'Unione Europea agisce in ambito sanitario al fine di «sostenere, coordinare e completare» il lavoro

⁴³⁰ Patto per la Salute 2014-2016 art. 9 cc da 2 a 5; L'organizzazione e la programmazione appare una scelta da perseguire, in particolare in condizioni di riorganizzazione. Alcune Regioni hanno tentato di introdurre strumenti atti alla limitazione della mobilità. Ad esempio, la Campania ha subordinato la concessione del rimborso ad un visto. Tali provvedimenti hanno subito un'impugnativa, a seguito della quale il giudice di *prime curae* ha sostenuto che «i ricorsi proposti rispettivamente dall'A.I.O.P. Lazio (Associazione Italiana Ospedaliera Privata per la Regione Lazio) con sede in Roma e le 5 case di cura private accreditate in epigrafe indicate nonché dalla s.r.l. Casa del Sole – Clinica Polispecialistica “T. Costa” accreditata con sede in Formia (LT), per l'annullamento del decreto n. 156 dell'8 aprile 2013 (B.U.R.C. n. 19 dell'8 aprile 2013) nella parte in cui il Commissario ad acta per il piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania subordina, con effetto dal 1° gennaio 2013, ad autorizzazione preventiva di apposite Commissioni istituite dalle A.S.L. l'erogazione di alcune prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti in Campania da parte di strutture e professionisti accreditati in Regioni limitrofe (Lazio, Molise, Puglia e Basilicata)», ritenendo i provvedimenti in contrasto con il diritto del cittadino di curarsi ove voglia, sottolineando come la Regione non possa limitare tale diritto. Il Consiglio di Stato ha riformato la sentenza di primo grado poiché «... le Regioni, nell'esercitare questa potestà programmatica, godono di un ampio potere discrezionale, che deve bilanciare interessi diversi- e cioè il contenimento della spesa, la pretesa degli assistiti a prestazioni sanitarie adeguate e degli operatori privati che nel sistema sanitario si muovono con logica imprenditoriale, l'efficienza delle strutture pubbliche che costituiscono un pilastro del sistema sanitario universalistico... In particolare, la Corte ha ribadito che “non è pensabile di poter spendere senza limite avendo riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con la misura ora in esame” (cfr. anche Corte Cost., n. 356/1992; Cons. St. A.P. n. 8/2006; III n.2290/2011) ... In tale contesto rilevano anche intuibili esigenze di natura economico-finanziaria a tutela dell'erario e di parità di trattamento dei cittadini/utenti, evitando così il ricorso, che si incrementerebbe di certo, a un c.d. “turismo sanitario” non accettabile sul piano generale.

L'eventuale diniego non si appalesa quindi dovuto o automatico, essendo frutto comunque di discrezionalità tecnico-decisionale sottoposta al controllo intrinseco del giudice amministrativo in merito alla valutazione dei presupposti per la concessione dell'autorizzazione (indispensabilità di strutture adeguate in Campania, tempi adeguati, urgenza e gravità del caso, cure prestate a cittadini che già si trovano fuori Regione, urgenza e adeguatezza delle cure e quant'altro)».

dello Stato, in ossequio del disposto dell'art. 2 TFUE⁴³¹; ponendo in essere delle azioni volte a coordinare e completare quelle statali, poi seguita dal Trattato sui Diritti fondamentali dell'Unione Europea e dal Trattato di Lisbona⁴³².

A ciò è da aggiungere la Direttiva 2011/24, prevedendo una maggiore interconnessione nel sistema della mobilità sanitaria tra gli stati dell'unione, con conseguente ricasco a livello nostrano⁴³³.

La direttiva ha avuto il merito di agevolare le «cure transfrontaliere», assicurando l'accesso ai cittadini ad un sistema di qualità cooperando tra stati, senza violare le competenze Stato-Unione.⁴³⁴

Ulteriore elemento di interesse è l'incisione sotto il profilo delle prestazioni sanitarie, prevedendo espressamente che «I costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera sono rimborsati o direttamente pagati dallo Stato membro di affiliazione in misura corrispondente ai costi

⁴³¹ A. ODDENINO, *Profili internazionali ed europei del diritto alla salute*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Milano, Giuffrè, 2010, p. 134.

⁴³² F. PIZZOLATO, *Il sistema di protezione sociale nel processo di integrazione europea*, Giuffrè, Milano, 2002. S. FOA, *Il fondamento europeo del diritto alla salute. Competenze istituzionali e profili di tutela*, in C.E. GALLO, B. PEZZINI (a cura di) *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, Giuffrè, 1998, p. 60; Si specifica che già con il Trattato di Maastricht si prevedeva che l'Unione: «contribuisce a garantire un livello elevato di protezione della salute umana, incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione». Tale previsione è stata riproposta anche nella Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea, sancendo all'art. 35 che «Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali». Maggior riconoscimento è stato riconosciuto dopo il cd Trattato di Lisbona, in cui si impone di realizzare un migliore servizio sanitario, prevedendo che è «responsabilità degli Stati membri la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate».

⁴³³ D. GALLO, *I servizi di interesse economico generale: Stato, mercato e welfare nel diritto dell'Unione europea*, Milano, Giuffrè, 2010. P. CARETTI, *Diritto dell'Unione europea e ravvicinamento delle legislazioni nazionali: effetti sul sistema interno delle fonti*, Torino, Giappichelli, 2013. Questa direttiva viene a monte di un percorso, anche giurisprudenziale a livello europeo in materia di Diritto alla Salute. Sul tema sembra opportuno richiamare le sentenze Luisi e Carbone c. Ministero del Tesoro e Society for the protection of Unborn Children Ireland c. Stephen Grogan Nella prima, del 31 gennaio 1984, in cui la Corte di Giustizia ha sostenuto che «La libera prestazione dei servizi comprende la libertà per i destinatari dei servizi di recarsi in un altro Stato membro per fruire ivi di un servizio». Sul tema si rimanda alla lettura di cfr. B. NASCIMBENE, M. CONDINANZI, C. SANNA, C. AMALFITANO, *Giurisprudenza di diritto comunitario: casi scelti*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 729 ss.; F. A. CANCELLA, *Servizi del welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, Milano, Giuffrè, 2009. L. GUIDUCCI, *Quadro generale delle prestazioni e particolari aree di intervento in, ID. (a cura di), Manuale di diritto sanitario: aspetti internazionali, Unione europea, servizio sanitario nazionale, la terza riforma sanitaria, programmazione, prestazioni, integrazione socio-sanitaria, rapporto pubblico/privato, personale, sistemi di controllo, qualità totale, economia sanitaria, edilizia, etica*, Milano, F. Angeli, 1999, p. 222.

⁴³⁴ A. PATANÈ, op cit. p 200;

che il sistema avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione»⁴³⁵.

I provvedimenti indicati sono il fondamento della libera erogazione delle prestazioni in ambito europeo.⁴³⁶ La direttiva ha inciso anche a livello nazionale, essendo recepita e prevedendo una pre-autorizzazione dalla ASL competente, con una normativa che mette al centro le regioni, in base alla Competenza ex art 117 c 3 Cost.

Da quanto detto le strade da percorrere possibili possono essere o di aumentare le prestazioni transfrontaliere soggette a rimborso; percorso che interesserebbe, in particolare, le regioni non sottoposte a Piano di Rientro e con un bilancio tale da non intaccare negativamente o stesso con tali previsioni.⁴³⁷ Ciò permetterebbe un bilanciamento tra la tutela delle esigenze di bilancio andando a tutelare il diritto alla salute tramite l'erogazione di prestazioni da parte di Paesi dell'UE⁴³⁸.

A livello nostrano la tutela del diritto alla salute passa da un intervento diretto dell'ASL competente la quale, in caso di impossibilità o mancanza di un'erogazione della prestazione «comunica alla persona che

⁴³⁵ Articolo 7, co. 4, Direttiva 2011/24 capitolo III, «rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera» (articoli 7, 8 e 9);

⁴³⁶ A. SANTUARI, I servizi sociali e socio-sanitari nel contesto europeo, in M. ADVERSI, M. SESTA (a cura di), L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE MEDICA TRA DIRITTO ALLA SALUTE, PRINCIPIO DI AUTODETERMINAZIONE E GESTIONE OTTIMALE DELLE RISORSE SANITARIE SANTARCANGELO DI ROMAGNA, Maggioli, 2014 p. 594. Patanè p 201

⁴³⁷ C. ODONE, *Regioni e diritto comunitario: il quadro delle norme di procedura e l'attuazione regionale delle direttive CE*, in Istit. del Federalismo, n. 3, 2007, pp. 335 ss.; P. ZUDDAS, *L'influenza della normativa comunitaria sul riparto costituzionale delle competenze tra Stato e regioni: caratteri e limiti*, Pisa, Il campano, 2009.

Le regioni, come di vedrà nel Par. _____, cap. 3, hanno provveduto a legiferare statutando le modalità per disciplinare ed accedere ai rimborsi per le spese transfrontaliere giusta direttiva 2011/24/UE. Si riportano a mero titolo esemplificativo la l. r. delle Marche n. 15 del 27 giugno 1984 art. 7; l. r. Calabria n. 8 del 29 marzo 1999 art. 3; l. r. Friuli-Venezia Giulia art. 6 n. 8 del 9 marzo 2001. La Giunta della Regione Lombardia con la deliberazione n. VII/5641 del 20.7.2001 avente ad oggetto «Determinazione in ordine alle autorizzazioni per cure all'estero e ai criteri per i rimborsi delle spese di soggiorno sostenute dai disabili gravi in attuazione del D.M.3/11/1989 e della L. 5 febbraio 1992 n. 104» aveva individuato le modalità per i cittadini di ottenere le autorizzazioni per le prestazioni sanitarie transfrontaliere.

⁴³⁸ S. ROSSI, *Il giudice amministrativo alla prova dei diritti fondamentali il caso del rimborso delle cure all'estero*, in P. BONETTI, A. CASSATELLA, F. CORTESE, A. DEFFENU, A. GUAZZA-ROTTI (a cura di), *Giudice amministrativo e Diritti Costituzionali*, Torino, Giappichelli, 2012, p. 480. In tema di erogazione di prestazioni sanitarie in rapporto alla spesa in un'ottica di ricostruzione della giurisprudenza costituzionale si veda P. A. CAPOTOSTI, *La tutela della salute tra riconoscimenti giuridici e condizionamenti finanziari*, in Studi in onore di Luigi Arcidiacono, vol. II, Torino, Giappichelli, 2010, p. 494.

ha presentato la domanda di autorizzazione il prestatore di assistenza sanitaria in grado di erogare sul territorio nazionale la prestazione richiesta»⁴³⁹. Tale previsione, che comporta quantomeno la consapevolezza nella possibilità di non garantire una prestazione al richiedente, fa nascere il diritto alla pre-autorizzazione al rimborso per la prestazione transfrontaliera.

Come sopra accennato, la possibilità di accesso mediante rimborso alle cure transfrontaliere può avventure solo nelle regioni non sottoposte a Piano di rientro. In tal caso, elemento chiave resta l'attuazione del combinato disposto degli art. 117 e 32 Cost. posti a raffronto con i vincoli dell'ordinamento dell'Unione Europea. Il contrasto tra la Direttiva europea ed eventuali norme non attuative, ovvero in contrasto con la stessa (anche ove la normativa sia volta solo a rallentare l'accesso a tali cure), divengono illegittime e da rimuovere. La mancata adozione, pertanto, seppur fatta per tutela di vincoli di bilancio, entrerebbe in contrasto con la garanzia dell'accesso ad una delle plurime forme di tutela della salute.⁴⁴⁰ La Regione, diviene, così parte attiva dell'integrazione europea e motore di un sistema che consente l'accesso alle cure, anche in un altro paese dell'unione, rimborsato, ove i tempi di accesso locali non siano compatibili con le esigenze del caso concreto⁴⁴¹. La chiave ed elemento valorizzante dell'accesso alle cure transfrontaliere, allora, lo si rivede nel non tempestivo accesso alle cure; « fermo restando il principio di libertà dell'utente nella scelta della struttura sanitaria di fiducia, è indubitabile che le AA.SS.LL. non possano non individuare e privilegiare centri regionali che offrano quantomeno gli stessi livelli, qualitativi e quantitativi, di assistenza sanitaria, evitando altresì il ricorso, che di certo si incrementerebbe, a un "turismo" sanitario non consentito sul piano generale»⁴⁴². «La salute e la sua protezione assumono il ruolo, anche nella dimensione europea, di pietra angolare a partire dalla quale edificare e

⁴³⁹ Art. 10 c 8 Dlgs. 39/2014;

⁴⁴⁰ A. PATANÈ, op.cit. p 204.

⁴⁴¹ Sentenza Watts (C-372/04), si veda sul punto A. SANTUARI, *Il termalismo in Europa: un caso di turismo sanitario*, Padova, Cedam, 2010, p. 58.

⁴⁴² Consiglio di Stato Sez. III, sent. n. 1320 del 2014

dotare di una dimensione concreta la cittadinanza sociale propriamente intesa: una cittadinanza sociale che inizi a varcare, magari timidamente ma tangibilmente, la linea di demarcazione costituita dai confini nazionali»⁴⁴³.

5.1 IL PIANO DI RIENTRO COME POSSIBILE STRUMENTO DI ATTUAZIONE DEL PRINCIPIO DI EQUILIBRIO DEL BILANCIO

«L'equilibrio di bilancio e l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza sono diventati, soprattutto per le regioni impegnate a ripianare i debiti sanitari, una condizione primaria e indefettibile per erogare anche livelli ulteriori di assistenza sanitaria o *extra* LEA, che possono riguardare sia il finanziamento di servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste nei LEA e nei rispettivi Piani di rientro (Corte cost., sent. n. 51/2013), sia decisioni attinenti all'organizzazione sanitaria regionale (Corte cost., sent. n. 79/2013)»⁴⁴⁴.

Come anche in precedenza riportato la riduzione del *deficit* ed il ritrovo dell'equilibrio di bilancio sono alla base dello scopo dei Piani di Rientro, con un'incidenza tanto forte che, per giurisprudenza, pressoché granitica⁴⁴⁵, ha comportato la dichiarazione di incostituzionalità di Leggi Regionali (di Regioni in Piano di Rientro) finanzianti cd *extra* LEA poiché contrastante con il principio di coordinamento della finanza pubblica, in una situazione finanziaria compromessa⁴⁴⁶.

Una lettura economicamente orientata dei Piani di Rientro può essere legata alla connessione tra tale istituto ed i principi di equilibrio di Bilancio ex art. 81 Cost. anche a seguito e come conseguenza delle scelte

⁴⁴³ D. MORANA, *Verso un diritto euro unitario alle cure?*^{SEPT} *La direttiva sull'assistenza transfrontaliera tra obiettivi ambiziosi e debolezze componenziali dell'Unione*, in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2022, pp. 238;

⁴⁴⁴ A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra lea: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle regioni in piano di rientro?*, In *Il Gruppo di Pisa*, fasc. 1/2025, p. 143.

⁴⁴⁵ Si specifica, come già fatto nel paragrafo _____, che ultime stanze a cavallo tra il 2024 ed il 2025 hanno ammorbidito la posizione rispetto il finanziamento di spese rispetto i cd extra lea. Già con Corte cost., sent. n. 76/2023 si è prevista la costituzionalità di leggi prevedenti livelli di Assistenza superiori ai LEA «senza produrre debito sanitario».

⁴⁴⁶

politiche intraprese dall'Italia nel rispetto della Costituzione e delle esigenze Europee⁴⁴⁷.

L'introduzione del nuovo art. 81 Cost. ha inciso, fisiologicamente, sull'interpretazione dei singoli casi posti all'attenzione della Corte Costituzionale; «l'effettuazione di altre spese, in una condizione di risorse contingentate, pone anche il problema della congruità della copertura della spesa necessaria (art. 81, terzo comma, Cost.), posto che un impiego di risorse per prestazioni non essenziali verrebbe a ridurre corrispondentemente le risorse per quelle essenziali».⁴⁴⁸ Ne consegue che, i vincoli alla spesa della regione sono divenuti parametro sempre più stringente quale limite alla volontà regionale ed alla possibilità della regione di agire in ambito sanitario, in particolare, prevedendo «le norme impugnate hanno violato l'art. 81, quarto comma, Cost., e ne deriva l'illegittimità costituzionale di esse, e, in via consequenziale, dell'intero testo delle leggi regionali»⁴⁴⁹. In particolare, rilievo è stato posto sulla mancata individuazione, da parte della Regione, di «risorse aggiuntive utilizzabili per tale finalità, ponendosi perciò in contrasto con il principio di copertura della spesa di cui all'art. 81, co. 4, Cost.».⁴⁵⁰

La Corte, in particolare nel decennio dopo la modifica Costituzionale dell'art. 81 Cost. ha utilizzato il combinato disposto tra l'equilibrio di bilancio ed il coordinamento della finanza pubblica quale parametro di costituzionalità dei Piani di Rientro, individuando la necessità di collegare la copertura delle spesa con il bilancio di esercizio. Quanto detto potrebbe indurre a ritenere che sebbene sia pacifico come il Piano di Rientro sia da considerarsi come parametro interposto, la lettura

⁴⁴⁷ G. D'AURIA, *Sull'ingresso in Costituzione del principio del «pareggio di bilancio»* (a proposito di un recente parere delle sezioni riunite della Corte dei conti), in *Foro It.*, fasc. 1, 2012, pp. 56 ss.; G. DI GASPARE, *Innescare un sistema in equilibrio della finanza pubblica ritornando all'art. 81 della Costituzione*, in G. DI GASPARE, N. LUPO (a cura di), *Atti del Convegno "Le procedure finanziarie in un sistema multilivello"* Roma 27 maggio 2004, Milano, Giuffrè, 2005. Per un inquadramento della riforma dell'art. 81 Cost. in chiave storica rispetto alla ricostruzione del principio del pareggio di bilancio e in un inquadramento dei processi di integrazione europea si veda G. DI GASPARE, *L'art. 81 della Costituzione, abdicazione della sovranità finanziaria dello Stato?*, in *Amministrazione in Cammino*, 2014, pp. 1 ss.

⁴⁴⁸ C. Cost. 190/2022

⁴⁴⁹ C. Cost. 214/2012; la tendenza sopra indicata ha permeato anche le successive pronunce, essendo stata ripresa in plurime occasioni, si veda la sent. 51/2013 C Cost.;

⁴⁵⁰ C. Cost. 51/2013;

sopra fornita potrebbe far ritenere la legislazione dei Piani come ancor più vincolante, appiattendolo lo scopo dei Piani di Rientro non sulla duplice finalità della garanzia dei Lea e della riduzione del *deficit*, ma come mero strumento predisposto per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Chiaro è che una lettura meramente economica, come si evince dall'evoluzione avuta dall'istituto e la valorizzazione della tutela dei LEA e del Diritto alla Salute, è da non valorizzare poiché porrebbe al centro del sistema solo la riduzione del *deficit*, ignorando sia la tutela dei LEA che del diritto alla salute, *latu sensu* inteso.

Ed allora, seppur la lettura dell'art. 81 Cost., a seguito di modifica, ha portato la dottrina a ritenerne come maggiormente stringente il valore del raggiungimento dello scopo dell'equilibrio di bilancio, con la conseguenza che gli scostamenti sono da ritenere delle mere eccezioni, tale principio non può essere letto in maniera "onnivora"; il principio dell'equilibrio di bilancio non può ledere le autonomie locali, come non può fagocitare i diritti fondamentali.⁴⁵¹

L'istituto in esame è interpretato, in tale ottica, allora come mezzo di risposta ad un quadro economico non toccato transitoriamente dalla crisi finanziaria ma da un quadro strutturalmente compromesso, che ha portato alla riforma dell'art. 81 Cost.⁴⁵²

Elementi sintomatici riconducibili a tali letture, potrebbero essere, l'introduzione e l'evoluzione dell'istituto sin dalla fine degli anni '90, come il permanere nelle dinamiche Stato-regione come istituto applicazione del potere sostitutivo dello Stato.

I sostenitori di tale lettura vedono la Regione al centro delle dinamiche inerenti i Piani di Rientro aventi un ruolo decisivo in sede di

⁴⁵¹ A. MORRONE, *Per un "progetto di Regione"*, in *Istit. del Federalismo*, n. 1-2, 2010, pp. 47 ss.; N. D'AMICO, *I rapporti fra la nuova legge costituzionale e il Fiscal Compact*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, n. 10, 2012, pp. 937; Si riporta come parte minoritaria della dottrina abbia inserito l'istituto dei Piani di Rientro nell'ottica della legislazione della crisi, si veda F. LOSURDO, *Coordinamento della finanza pubblica e tutela della salute nella "legislazione della crisi"* (nota a Corte cost., sent. n. 104 del 2013), op. cit.

⁴⁵² G. DI GASPARÉ, *Teoria e critica della globalizzazione finanziaria, dinamiche del potere finanziario e crisi sistemiche*, op. cit., p. 258 ss.; G. MONTEDORO, *Il diritto alla salute al tempo della crisi*, in F. LIGUORI, A. ZOPPOLI (a cura di), *La sanità flessibile*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2012, p. 48.

accordo, avendo, quest'ultima l'obbligo di garantire l'equilibrio di bilancio, garantendo i LEA⁴⁵³.

⁴⁵³ A. PATANÈ, *op cit.* p. 212; Si veda anche N. LUPO, G. RIVOSACCHI, *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in *Le Regioni*, n. 5-6, 2012, pp. 1062 ss.

6 IL COMMISSARIO AD ACTA

Di certo interesse ed analisi è il ruolo del cd Commissario *ad acta* nell'attuazione del Piano di rientro ed i limiti imposti alla Regione a seguito dell'esercizio dei poteri sostitutivi statali⁴⁵⁴, concretatesi appunto nella nomina del Commissario.

Le Regioni che non rispettano i vincoli e gli obiettivi derivanti dal Pino di Rientro, infatti, sono sottoposte a nomina di un Commissario *ad acta*. In origine il ruolo era affidato al Presidente della Regione, il quale, nella diversa «qualità di Commissario *ad acta*, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento»⁴⁵⁵.

Con il d.l 159/2007 la figura del Commissario *ad acta* viene rinforzata. In particolare, si prevede che «qualora nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, ... si prefiguri il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni, ... su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano»⁴⁵⁶. Nel caso in cui non si adempia alla diffida, lo Stato può attivare

⁴⁵⁴⁴⁵⁴ Tali poteri sostitutivi sono reputati legittimi dalla Corte di Cassazione poiché quest'ultimo secondo l'«art. 120 Cost. si limita a disciplinare una specifica ipotesi di carattere straordinario, mentre ulteriori ipotesi di poteri sostitutivi possono essere regolate dalla legge statale»;

⁴⁵⁵ L 311/04 art. 1 c 174;

⁴⁵⁶ D. L. 159/2007, art. 4 c 1;

il potere sostitutivo, al fine di garantire l'unità economico-giuridica e i livelli essenziali di assistenza addivenire alla nomina del Commissario. Nello specifico, «il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro»⁴⁵⁷. A tale figura, per garantire la puntuale attuazione del piano di rientro, si può affiancare anche uno più sub commissari.

Pertanto, il Commissario verrà nominato solo in casi straordinari, «all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali»⁴⁵⁸. L'utilizzo del potere ex art. 120 c 2 Cost. comprime fisiologicamente le prerogative regionali, compressione giustificata, però, dalla straordinarietà della decisione, dalla necessità di operare una tutela diffusa, generalizzata in una materia delicata come la tutela del diritto alla salute.

Con la legge 191/2009, c 83, si conferiscono al Commissario ulteriori prerogative. Precipuamente, «il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale»⁴⁵⁹. Tale previsione ha subito numerose critiche in giurisprudenza dato che, in potenza, ampliava dei poteri del Commissario *ad acta* sino alla sostituzione, e conseguente estromissione, del Commissario al Consiglio Regionale. Per tale motivo la citata previsione è stata modificata già nel 2011, con il dl 98/2011, prevedendo che «gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvengano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al

⁴⁵⁷ D. L. 159/2007, art. 4 c 2;

⁴⁵⁸ Sentenza Corte cost. n. 28 del 2013. «La mancata attuazione del Piano di rientro provocherebbe un aumento del deficit economico tale da porre a rischio l'unità economica e giuridica dello Stato; per altro verso, invece, la non corretta allocazione delle risorse inciderebbe negativamente sul rispetto dei livelli essenziali erogati ai cittadini residenti nella Regione», 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 Corte Supreme e Salute, riv. 1/2018, p 28;

⁴⁵⁹ legge 191/2009, c 83

Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all'attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli»⁴⁶⁰.

Tale lettura appare coerente alla corretta forma che deve utilizzare il Governo nell'attuazione del potere sostitutivo nei confronti dell'inerzia regionale, pertanto, per mezzo di un «decreto legge»⁴⁶¹.

I primo commenti alla riforma hanno portato a ritenere che tra i poteri del Commissario vi fosse anche quello di sostituirsi al Consiglio regionale nella potestà legislativa, portando il legislatore a mutare il carattere letterale della norma specificando che il potere legislativo è e rimane in capo esclusivamente al Consiglio Regionale⁴⁶².

Sul tema si è anche pronunciata la Corte Costituzionale, specificando che l'esercizio dei poteri del commissario, ove rispetti i

⁴⁶⁰ Art. 17, c 4, d.l. 98/2011;

⁴⁶¹ Tale lettura era stata fornita anche dalla dottrina e giurisprudenza prevalente. La Corte, infatti, ha statuito che l'atto adottato da parte del Commissario ad acta non è le fonti di rango primario, poiché, «essendo stato adottato da un organo privo di della competenza legislativa, non può essere annoverato tra le fonti primarie». Vedi V. TAMBURRINI, *I poteri sostitutivi statali: tra rispetto dell'autonomia regionale e tutela del principio unitario*, Milano, Giuffrè, 2012, p. 134. M. LUCIANI, *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. Cost. n. 3 del 2001*, Atti del Convegno A.I.C. *Il nuovo titolo V parte II della Costituzione*, in *Rivista A.I.C.*, 14/01/2002;

⁴⁶² Sul tema di rimanda alla lettura di veda E. GROSSI, *La legge con l'asterisco*, in *Forum di Quad. Cost.*, G. COSMELLI, *Sostituzione normativa e piani di rientro dal disavanzo sanitario: torna alla Corte la quaestio dei poteri "legislativi" del commissario governativo*, in *Osservatorio A.I.C.*, marzo 2014, pp. 1 ss.; V. TAMBURINI, *Sull'esercizio in forma indiretta dei poteri sostitutivi statali. lo strano caso della legge commissariale*, in *Forum di Quad. Cost.*, 8 aprile 2011, pp. 1 ss.; G. D'ALESSANDRO, *Una «mera parvenza» di legge regionale al giudizio della corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, fasc. 6, 2010, pp. 5092 ss. Prima dell'entrata in vigore delle disposizioni in materia di Piani di rientro sul punto si era già interrogata la dottrina, si veda P. CARETTI, *L'assetto dei rapporti tra competenza legislativa statale e regionale, alla luce del nuovo Titolo V della Costituzione: aspetti problematici*, in *Le Regioni*, n. 6, 2001, pp. 1227 ss.; M. LUCIANI, *Le nuove competenze legislative delle regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. Cost. n. 3 del 2001*, in *Lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, suppl. n. 1, 2002, pp. 7 ss.; R. BIN, G. FALCON, *Diritto Regionale*, Il Mulino, 2012.

limiti del Piano di Rientro, non viola l'art. 120 c 2 Cost. e che lo stesso non si sarebbe potuto sostituire al Consiglio Regionale.⁴⁶³

Tra le critiche inizialmente mosse alla figura del Commissario *ad acta* vi è stata anche quella inerente la nomina del Presidente della Regione come Commissario. Lo stesso, nel ruolo di Commissario, si sarebbe trovato a vagliare e sospendere atti, decisioni da se stesso avallate quale Presidente della Regione, ponendolo in una posizione di "incompatibilità" diretta ovvero indiretta⁴⁶⁴. Proprio per tale incompatibilità funzionale, il patto per la salute 2014-2016 ha innovato tale ambito, prevedendo l'incompatibilità «con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento»⁴⁶⁵, imponendo, come ulteriore requisito «qualificate e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza ottenuti»⁴⁶⁶.

Tale scelta discende dalla *ratio* del commissariamento stesso. Dovendosi considerare la nomina del Commissario *ad acta* come *extrema*

⁴⁶³ C. Cost. 361/2010;

⁴⁶⁴ «commissari *ad acta* "fatti in casa", ovvero sia sulla nomina dei Governatori a svolgere il detto doppio incarico, è segnatamente negativo. Siffatta disciplina, confermata nella recente legge finanziaria (Legge n. 191/09), è stata ritenuta irragionevole e produttiva di una evidente conflittualità istituzionale⁶. L'anzidetta funzione sostitutiva andrebbe, infatti, ad essere esercitata dai commissari dei commissariati, ovvero sia dagli stessi che hanno originato il commissariamento, attraverso "trascuratezze" gestionali non di poco conto. Insomma, un'inconcepibile continuità tra la presidenza dell'ente inadempiente e l'organo straordinario nominato per surrogarlo», così E. Jorio, *La Corte dei Conti boccia i Piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in *Federalismi*, 2010, n. 2;

⁴⁶⁵ Patti per la salute 2014-2016 art 12. 2.

⁴⁶⁶ L'incompatibilità del commissario ha suscitato non poche modifiche legislative e dibattito. Con la l. 136/2018 è stata introdotta, in maniera espressa, l'incompatibilità tra il Commissario *ad acta* e la prestazione di incarichi istituzionali in ambito regionale, prevedendo delle qualità che deve possedere il Commissario, nello specifico «deve possedere qualificate e comprovate professionalità nonché specifica esperienza di gestione sanitaria ovvero aver ricoperto incarichi di amministrazione o direzione di strutture, pubbliche o private, aventi attinenza con quella sanitaria ovvero di particolare complessità, anche sotto il profilo della prevenzione della corruzione e della tutela della legalità» (L. 136/2018 art 25 septies).⁴⁶⁶

Tale previsione, in attuazione del Patto della Salute è in chiaro richiamo all'incompatibilità già prevista, e poi abrogata, nella legge 159/2007. Con la L. 191/2009, art 2 c 79. Già nel 2007, infatti era previsto che «la nomina a commissario *ad acta* è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento», nonché, con successiva modifica, si è data la facoltà ai commissari di nominare dei subcommissari con «comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria». Tali previsioni hanno subito modifiche atte a reintrodurre e poi riabrogare la compatibilità e l'incompatibilità del Commissario *ad acta*, divenendo una costante delle riforme in materia, Si pensi alla legge di bilancio del 2015, la quale ha reintrodotta l'incompatibilità ed alla successiva Legge di bilancio del 2017 che l'ha, a sua volta, abrogata nuovamente.

ratio a seguito di inadempienze della Regione, la scelta del commissario coincidente con il presidente della Regione è in contrasto con l'art. 120 c 2 cost.⁴⁶⁷

Pertanto, il Commissario *ad acta* è una figura a cui il Governo conferisce funzioni amministrative, con specifici programmi operativi, che «devono restare, fino all'esaurimento dei compiti commissariali, al riparo da ogni interferenza degli organi regionali – anche qualora questi agissero per via legislativa – pena la violazione dell'art. 120, secondo comma, Cost», nominato come *extrema ratio*, nei casi in cui, a seguito di una Regione sottoposta a Piano di Rientro la stessa prosegua nella propria inerzia ovvero inefficienza⁴⁶⁸.

Il Commissario, quindi, è una figura da collocare nell'ottica di garanzia per gli interessi unitari della nazionale,⁴⁶⁹ allorquando la situazione della regione sia patologica; alla quale si giunge solo ove la Regione in *deficit* proponga un piano di risanamento allo Stato e tale piano sia ritenuto non idoneo a superare la condizione di crisi.⁴⁷⁰

La nomina e l'individuazione di un Commissario, pertanto, giunge solo a valle di una procedura concertata e dialogica tra Stato e Regione, ove vi è la ricerca della strada per addivenire al superamento della condizione di *deficit*, e solo ove il piano sia ritenuto non adeguato interviene la nomina del Commissario. Il Commissario, come conseguenza, subentra nell'attuazione del Piano di Rientro, essendo vincolato allo stesso, in attuazione del potere sostitutivo, con l'onere di rimuovere le leggi ad ostacolo dell'attuazione del Piano di Rientro.⁴⁷¹

⁴⁶⁷ G. RIVOSECCHI, *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, in *Italian Paper on Federalism*, n. 3, 2023, pp. 1 ss. Così M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2012, p. 281.

R. ^[1]_{SEP}BIN, *Riforma costituzionale e Regioni: ancora troppi equivoci*, in F. PALERMO, S. PAROLARI (a cura di), *Riforma costituzionale e Regioni. Riflessioni a prima lettura sul nuovo Titolo V della Costituzione*, Bolzano, Eurac book, 2015.

⁴⁶⁸ Corte Costituzionale sent. 106/2017

⁴⁶⁹ F. PIZZOLATO, *Potere sostitutivo e principio di sussidiarietà: alla ricerca della tutela degli «interessi unitari» prime considerazioni*, in *Nuove Autonomie*, n. 3-4 2004.

⁴⁷⁰ L 191/2009, art. 1 c 79;

⁴⁷¹ L 191/2008, art. 1 c 80, «Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro». Il riferimento si rintraccia all'articolo 1, co. 95 in cui si prevede

6.1 LA NOMINA DEL COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO NEL PERIMETRO DELL'INDAGINE SULLA LIMITAZIONE ALL'AUTONOMIA REGIONALE DA PARTE DELLO STATO

La figura ed il ruolo del Commissario ad acta ha prodotto negli anni una vivace produzione giurisprudenziale. Parte del contenzioso ha avuto a che fare con l'esercizio da parte dello Stato del potere sostitutivo; in particolare, la Corte Costituzionale ha specificato che non è bastevole, ai fini della nomina del Commissario di una situazione di *deficit* e di inerzia da parte della Regione ma quest'ultima deva essere persistente e protratta, « al fine di garantire la tutela dell'unità economica della Repubblica e i livelli essenziali delle prestazioni, per cui le funzioni amministrative del Commissario ad acta dovrebbero essere poste al riparo da ogni interferenza da parte delle istituzioni regionali». ⁴⁷²

La Corte ha anche sottolineato, in modo granitico, come «l'art. 120 Cost. si limiti a disciplinare una specifica ipotesi di carattere straordinario, mentre ulteriori ipotesi di poteri sostitutivi possono essere regolate dalla legge statale, ovvero dalla legge regionale, «secondo l'ordine delle competenze rispettivamente [...] fissato dalla Costituzione» ([sentenza n. 313 del 2003](#)); ⁴⁷³ La nomina del Commissario nel caso di specie, allora, deve essere chiaramente caratterizzata da eccezionalità e straordinarietà, non potendo divenire prassi, essendo posto a garanzia dell'equilibrio di bilancio e dell'unità economica dello stato nonché al perseguimento della garanzia dei LEA e del diritto alla salute. Pertanto, l'estrema compressione delle prerogative locali trova fondamento nella straordinarietà dell'istituto e nella tutela dell'interesse generale. ⁴⁷⁴

che «Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

⁴⁷² C. Cost. 28/2013

⁴⁷³ C. Cost. 7/2004

⁴⁷⁴ C. TUBERTINI, *Appunti sulle problematiche istituzionali degli interventi sostitutivi*, in *Astrid online*, 20 aprile 2009, p. 3

Ulteriori problematiche sono sorte rispetto la nomina, quale Commissario del Presidente della Regione *pro tempore*; dubbi dati dal ruolo che svolgerebbe lo stesso di produttore esecutivo nella qualità di Presidente della Regione e di controllore nella qualità di Commissario⁴⁷⁵. «Quanto, infine, al terzo dei profili di censura, la necessaria coincidenza personale tra la figura del commissario governativo e quella del Presidente della Regione non è sufficiente, ad avviso della ricorrente, a superare il rilievo che le due figure sono istituzionalmente e giuridicamente diverse e che nella legge di delega lo scioglimento era prospettato come sanzione alle gravi violazioni di legge che portino al dissesto compiute dal Presidente, non già dal Commissario nominato dal Governo. Appare inoltre incongruo alla ricorrente che al Presidente della Regione, in quanto organo politico responsabile nei confronti del Consiglio regionale, si commini una gravissima sanzione sul piano politico imputandogli comportamenti tenuti nella veste di commissario, nella quale egli opera invece in raccordo e in rapporto di responsabilità con il Governo nazionale»⁴⁷⁶. Tale problematica è stata superata con i patti per la salute 14-16, prevedendo l'incompatibilità tra le figure sopra citate e prevedendo, nella scelta, l'obbligo di individuare un soggetto comprovata esperienza e professionalità.⁴⁷⁷

Come sopra accennato il Commissario svolge un ruolo sostitutivo sì ma non del Consiglio regionale. A tal proposito la Corte Costituzionale ha specificato che gli interventi del Commissario sono di carattere amministrativo e non legislativo, con una chiara distinzione e non interferenza tra Regione e Commissario. «Ai sensi dell'art. 120, secondo comma, Cost., «il Governo può nominare un commissario ad acta, le cui funzioni, come definite nel mandato conferitogli e come specificate dai programmi operativi (ex art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009), pur avendo carattere amministrativo e non legislativo ([sentenza n. 361 del](#)

⁴⁷⁵ Caso di scuola sarebbe il mancato rispetto del piano di Rientro, difficilmente allocabile come responsabilità al Presidente della Regione o al Commissario *ad acta*.

⁴⁷⁶ C. cost. n. 219 del 2013;

⁴⁷⁷ Patto della salute 14-16 art 12 c 2; tale incompatibilità è stata poi revocata e reintrodotta con la l 136/2018; Tale aspetto sarà maggiormente approfondito nel par. ____

[2010](#)), devono restare, fino all'esaurimento dei compiti commissariali, al riparo da ogni interferenza degli organi regionali – anche qualora questi agissero per via legislativa». ⁴⁷⁸

Tale distinzione, in una fase iniziale in particolar modo, è stata così forte che si riteneva violata anche solo ove l'interferenza fosse «meramente potenziale», divenendo, quasi, «un "effetto interdittivo" di qualsiasi disposizione incompatibile con gli impegni assunti ai fini del risanamento economico-finanziario del disavanzo sanitario regionale». ⁴⁷⁹

L'intervento della Corte Costituzionale è stato, da ultimo, sollecitato sempre più rispetto il ruolo del Commissario *ad acta* ove la nomina sia fatta in modo prolungato. La Corte definisce tale situazione come un «anomalia di un commissariamento della sanità regionale protratto per oltre un decennio, senza che l'obiettivo del risanamento finanziario sia stato raggiunto» incidendo anche con «sugli equilibri della forma di governo regionale, a causa del perdurante esautoramento del Consiglio e della stessa Giunta a favore del Commissario *ad acta*, soprattutto quando è impersonato dal Presidente della Giunta, in un ambito cruciale per il governo della Regione» ⁴⁸⁰.

A tali critiche mosse dalla Corte Costituzionale il legislatore ha provveduto reintroducendo il divieto in capo al Presidente della Giunta di essere nominato quale Commissario *ad acta*. ⁴⁸¹

D'altronde, tale strada è apparsa l'unica in grado di non porre situazioni di incompatibilità della figura del Commissario *ad acta* e garantire «l'esercizio del potere sostitutivo è, nella specie, imposto dalla necessità di assicurare la tutela dell'unità economica della Repubblica, oltre che dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti un diritto fondamentale», e ciò anche per giurisprudenza costituzionale granitica. ⁴⁸² Di conseguenza, sebbene il ruolo della Regione, ed a maggior ragione del Consiglio Regionale viene compresso, la compressione è anche

⁴⁷⁸ C. Cost. 106/2017; ex plurimis [sentenze n. 14 del 2017](#); [n. 266 del 2016](#); [n. 278](#) e [n. 110 del 2014](#); [n. 228](#), [n. 219](#), [n. 180](#) e [n. 28 del 2013](#) e già [n. 78 del 2011](#);

⁴⁷⁹ C. Cost. [sentenza n. 51 del 2013](#);

⁴⁸⁰ C. Cost. 199/2018, considerando in diritto p 6;

⁴⁸² C. Cost. 28/13

giustificata, come affermato in giurisprudenza e dottrina, dalla peculiarità della materia e dalle specifiche tecniche della stessa. In particolare, sia il Piano che, ancor di più il Commissario, limitano le prerogative regionali ma nell'ambito di un potere sostitutivo dello stato, nell'ottica di coordinamento, nei limiti elencati.⁴⁸³

Stante i plurimi interessi in gioco, dal diritto alla salute alla potestà legislativa regionale, le Regioni hanno, nel tempo, tentato di emanare leggi in contrasto con la piena e completa attuazione del ruolo del Commissario ad acta nei Piani di Rientro.

In tali casi la Corte Costituzionale ha sempre specificato il ruolo del Commissario come attuatore del Piano, in attuazione del potere sostitutivo, specificando come limitazioni regionali porterebbero ad un «esautorazione dei poteri del commissario ad acta, il quale sarebbe impossibilitato ad apportare le suddette modifiche e, dunque, a svolgere appieno le sue funzioni di organo straordinario dello Stato ai sensi dell'art. 120 Cost.». ⁴⁸⁴ Se così non dovesse essere interpretato la figura del Commissario sarebbe limitata non comportando una reale ed effettiva applicazione del ruolo a lui assegnato.

La figura del commissario è stata anche letta in relazione non tanto agli atti che il medesimo compie ma rispetto le funzioni svolte. «I poteri del Commissario ad acta sono funzionali a garantire l'obiettivo del rientro dai disavanzi regionali senza specificazione degli atti da compiere, se non in relazione alla relativa natura (normativi, amministrativi, organizzativi, gestionali). Quindi, più che ad un Commissario ad acta, che la Costituzione legittima a sostituirsi ad organi di enti locali, ci si trova di fronte ad un "commissario ad functionem", i cui poteri sono individuati in rapporto all'obiettivo di sanare il disavanzo sanitario della Regione

⁴⁸³ R. BALDUZZI, *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in Monitor, n. 22, 2010, pp. 4 ss.;

A. RUGGERI, "livelli essenziali" delle prestazioni relative ai diritti e ridefinizione delle sfere di competenza di Stato e Regioni in situazioni di emergenza economica (a prima lettura di Corte Cost. n. 10 del 2010), in Forum Costituzionale, 24 febbraio 2010. Le pronunce sul tema, ex plurimis. C. cost. n. 274 del 2003, C. cost. n. 2 del 2004, C. cost. n. 36 del 2004, C. cost. n. 169 del 2007, C. cost. n. 188 del 2007, C. cost. n. 159 del 2008, C. cost. n. 237 del 2009.

⁴⁸⁴ C. Cost. 2/2010;

interessata all'asserito scopo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria».⁴⁸⁵

Ad ogni modo, elemento nodale e che è stato messo al centro della giurisprudenza sul tema è il rapporto tra Potere sostitutivo e limitazione delle competenze regionali. Ne discende la prevalenza del potere sostitutivo dando preminenza al Commissario, fino al punto di affermare che eventuali normative regionali volte a ridurre il deficit in ambito sanitario siano in contrasto con l'operato e le prerogative del Commissario. La Corte Costituzionale ha sottolineato come vada «disattesa la tesi prospettata dalla Regione Lazio, secondo cui, «in pendenza del potere sostitutivo» statale, non solo resterebbe ferma la competenza legislativa regionale, ma addirittura si «determinerebbe la cessazione» del potere sostitutivo, qualora si realizzi – come sarebbe avvenuto nel caso di specie – «l'adempimento, sia pure tardivo, degli obblighi gravanti sulla Regione». Tale conclusione non può essere condivisa»⁴⁸⁶. Se così è da interpretare, il ruolo del Commissario non è di mera preminenza nell'attuazione del Piano di Rientro ma è l'unica figura competente nel farlo, sopraggiungendo «all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali, al fine di garantire la tutela dell'unità economica della Repubblica e i livelli essenziali delle prestazioni, per cui le funzioni amministrative del Commissario *ad acta* dovrebbero essere poste al riparo da ogni interferenza da parte delle istituzioni regionali».⁴⁸⁷ Una lettura confermata dalla giurisprudenza successiva la quale, pur specificando, il ruolo strettamente amministrativo del Commissario specificano come questo debba rimanere indenne da provvedimenti e leggi regionali in contrasto con la sua funzione.⁴⁸⁸

«... La disciplina dei piani di rientro dai deficit di bilancio in materia sanitaria è riconducibile a un duplice ambito di potestà legislativa

⁴⁸⁵ R. DICKMANN, *il Commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa? Nota a Corte Cost.*, 14 gennaio 2010, n. 2, in *Federalismi*, n. 3, 2010, pp. 6 SS.,

⁴⁸⁶ C. Cost. 2/2010, cons in dir 4

⁴⁸⁷ C. Cost. 28/2013

⁴⁸⁸ «pur avendo [i Commissari] carattere amministrativo e non legislativo (C. cost. n. 361 del 2010), devono restare, fino all'esaurimento dei compiti commissariali, al riparo da ogni interferenza degli organi regionali - anche qualora questi agissero per via legislativa - pena la violazione dell'art. 120, co. 2, Cost.» (C. Cost. 190/2017); *ex plurimis* C. Cost. 50/2021; 177/20; 166/20

concorrente, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost.: tutela della salute e coordinamento della finanza pubblica (*ex plurimis*, sentenza n. 278 del 2014). In particolare, costituisce un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica quanto stabilito dall'art. 2, commi 80 e 95, della legge n. 191 del 2009, per cui sono vincolanti, per la regione che li abbia sottoscritti, i piani di rientro e i programmi operativi che – ai sensi dei commi 88 e 88-bis del medesimo art. 2 – ne costituiscono attuazione e aggiornamento; la regione è quindi obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena realizzazione dei piani di rientro (sentenze n. 14 del 2017, n. 266 del 2016 e n. 278 del 2014)... Sulla portata del potere sostitutivo di cui all'art. 120, secondo comma, Cost. ... «si caratterizza per una necessaria temporaneità e cedevolezza», posto che l'istituzione statale «è chiamata ad assumersi la “responsabilità” (sentenza n. 43 del 2004) di risolvere nel minor tempo possibile la crisi dissipativa di un determinato ente autonomo, sì da rimetterlo in condizione di tornare a garantire i beni da questo invece al momento compromessi»; in tale ambito, «lo Stato non può mancare di raggiungere l'effetto utile ed è tenuto ad impegnare, se del caso, le proprie migliori energie e anche adeguate risorse finanziarie», occorrendo «comunque garantire un punto di equilibrio che impedisca, a danno di tutta la Repubblica, il cronicizzarsi di una condizione di crisi, che risulterebbe lesiva di plurimi principi costituzionali».⁴⁸⁹ La Corte ha, quindi, affermato che «l'illegittimità costituzionale della legge regionale per violazione dell'art. 120, secondo comma, Cost. sussiste anche «quando l'interferenza è meramente potenziale e, dunque, a prescindere dal verificarsi di un contrasto diretto con i poteri del commissario incaricato di attuare il piano di rientro» (sentenze n. 247 e n. 117 del 2018, n. 190, n. 106 e n. 14 del 2017; nello stesso senso, sentenze n. 266 del 2016, n. 227 del 2015 e n. 110 del 2014)».⁴⁹⁰

⁴⁸⁹ C. Cost. 20/2014 cons in dir p. 4

⁴⁹⁰ Ibidem

Da quanto emerge dalle pronunce appena riportate tutto si fonda e trova giustificazione a livello Costituzionale ove la figura del Commissario non sia permanente e *ad libitum*.

Ove così non fosse la forte permeanza e restrizione delle prerogative regionale. La costrizione a seguire le imposizioni statali, a seguito di applicazione del potere sostitutivo, ove previste per diverso tempo e senza la possibilità da parte della regione di un'interlocuzione costituisce una non ragionevole e lesiva compressione degli interessi regionali.⁴⁹¹

Come abbiamo visto nel paragrafo che precede tema che ha caratterizzato il dibattito ed è stata oggetto di plurime riforme è stata l'incompatibilità o meno del Commissario ad acta con ruoli istituzionali della regione.

L'isteria normativa che ha caratterizzato tale disciplina ha portato con sé, in modo fisiologico, un acceso contenzioso giudiziario, vedendo l'impugnativa della l. 136/2018 da parte di alcune regione sottoposte a Commissario ad acta come il Molise, il Lazio e la Campania.

In particolare, le regioni hanno sollevato problematiche di conflitto di attribuzione sottolineando come la normativa statale fosse in «violazione degli artt. 3, 81, 97, 117, terzo comma, 118 e 120 della Costituzione e dei principi di leale collaborazione e legittimo affidamento, così ledendo le proprie attribuzioni costituzionali»⁴⁹².

La Corte, dopo una premessa storica sulla materia, ha sottolineato «che i commissariamenti più antichi – come quello della Regione Molise, il quale ormai ha abbondantemente superato il decennio – non hanno subito una sorta di “novazione” sul versante della legislazione applicabile, in quanto la base normativa dalla quale ha tratto origine l'intervento sostitutivo dello Stato è rimasta intatta nella sua perdurante produzione di effetti, al punto che ha formato oggetto di espresso richiamo proprio – e da ultimo – nella delibera censurata con il presente conflitto. Deve infatti escludersi che per le Regioni all'epoca già commissariate, la legge n. 191 del 2009 abbia rappresentato una fonte

⁴⁹¹ C. Cost. 168/2021;

⁴⁹² C. Cost. 255/2019;

“novatrice” di portata tale da aver nella sostanza “sterilizzato” la precedente disciplina. Anzi, che tale disciplina continui ad avere perdurante efficacia è confermato da ultimo dall’art. 1, comma 395, della legge n. 232 del 2016, che ha escluso la incompatibilità proprio per i commissariamenti sorti in forza dell’art. 4, comma 2, del d.l. n. 159 del 2007»; dall’altro lato sottolinea come «per le Regioni commissariate ai sensi dell’art. 4, comma 2, del d.l. n. 159 del 2007, fra cui la Regione Molise, con le modifiche apportate dalla legge n. 232 del 2016 non solo si sarebbe superata la regola dell’incompatibilità introdotta dalla legge n. 190 del 2014, ma si sarebbe, altresì, ripristinata la regola della nomina automatica del Presidente della Regione».

Premesso ciò la Corte è entrata nel merito delle doglianze mosse dalla Regione ritenendole infondate ed in particolare sostenendo che «l’adozione, l’attuazione e l’esecuzione del piano di rientro, da un lato, e l’eventuale commissariamento, dall’altro, sono espressioni di un’unica vicenda, caratterizzata da un costante confronto fra Governo e Regione (tanto nella fase di adozione del piano quanto attraverso le verifiche periodiche e il termine di diffida a provvedere all’adozione o all’attuazione del piano), In essa il commissariamento rappresenta *l’extrema ratio*, attivabile solo nel caso in cui gli obiettivi stabiliti dal piano non riescano a trovare completa soddisfazione»⁴⁹³.

Chiaro è che la nomina di un Commissario interno è interesse della Regione la quale, seppur limitata nelle scelte dal Piano di Rientro manterrebbe un minimo di potere decisionale in un ambito che rappresenta circa «i tre quarti (75%) di tutte le spese regionali e quindi l’autonomia di spesa riguarda una piccola parte delle risorse a disposizione delle regioni»⁴⁹⁴. A fronte di ciò la Corte Costituzionale ha specificato in plurime sentenze come «il coinvolgimento della Regione ... nel procedimento di nomina del commissario ad acta, ... «le facoltà di audizione e partecipazione della Regione non si estendono [...] all’individuazione nominativa del commissario e del subcommissario, la

⁴⁹³ C. Cost. 255/2019;

⁴⁹⁴ M. CARLI, *Diritto regionale, le autonomie regionali, speciali e ordinarie*, Torino, Giappichelli, 2018, p. 131

cui scelta spetta in via esclusiva al Governo. Dal che, anche per tale profilo, l'insussistenza delle asserite lesioni di competenze regionali».⁴⁹⁵

⁴⁹⁵ C. Cost. 200/2019;

7 I CD. PIANI DI RIENTRO AZIENDALI E LE CLAUSOLE DI SALVAGUARDIA.

Il sistema dei Piani di Rientro ha, seppur mutando forma e finalità, trovato come destinatario anche la Aziende sanitarie, tanto universitarie che ospedaliere e gli Istituti di cura e ricovero, prevedendo una proceduralizzazione del meccanismo di ingresso delle struttura sopra citate nel Piano di rientro Aziendale; proceduralizzazione diversa in base al fatto che la Regione ove si trova l'Azienda o l'istituto sia a sua volta in Piano di Rientro o meno.

Pertanto, queste sono misure di riequilibrio dell'offerta sanitaria, che mirano a razionalizzare la spesa pubblica costituendo una «causa normativa adeguata»⁴⁹⁶.

I Piani di Rientro Aziendali sono uno strumento introdotto con la l. 208/2015, c 524, 528, attuata mediante decreto del Ministero della salute del 21 giugno 2016.

Le Regioni individuano entro il 30 giugno di ogni anno, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura che abbiano uno scostamento tra i costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e i ricavi determinati come remunerazione dell'attività pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi, oppure, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro; ovvero, un mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Ove la Regione in cui sono situate le Strutture sia in Piano di Rientro, la Regione ha trenta giorni di tempo per vagliare la domanda dell'Azienda e valutare la compatibilità tra il progetto di risanamento proposto e il Piano di Rientro con la programmazione conseguente.

⁴⁹⁶ Corte Cost. sente. N. 203/2016;

Ove la Regione non sia in Piano di Rientro la domanda aziendale deve pervenire alla Giunta Regionale che vaglierà la rispondenza del piano alla tutela dei diritti ed al rispetto dei LEA con lo Stato.

La Corte Costituzionale è intervenuta dichiarando l'incostituzionalità della previsione originaria che prevedeva l'esclusiva scelta di eseguire il Piano di Rientro Aziendale solo alla Giunta Regionale.

«Nella versione originaria ... [si prevedeva che] ogni anno le Regioni (attraverso le Giunte) individuano, tra questi enti, quelli per i quali ricorre uno scostamento tra costi e ricavi superiore al 10 per cento o a 10 milioni di euro, oppure il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure (comma 524). Un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (di seguito, Conferenza Stato-Regioni), definisce la metodologia per la determinazione dello scostamento tra costi e ricavi, i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, nonché le linee guida per la redazione dei piani di rientro (comma 526). Gli enti sanitari così individuati propongono entro 90 giorni, e le Regioni approvano (con provvedimento della Giunta) entro 30 giorni, un piano di rientro di durata non superiore a tre anni, che definisca le misure per il raggiungimento dell'equilibrio, il miglioramento della qualità delle cure o l'adeguamento dell'offerta (commi 528 e 529). I piani sono vincolanti per gli enti interessati e possono comportare variazioni di atti già adottati dagli stessi enti, compresi gli atti di programmazione e pianificazione aziendale (comma 532)»⁴⁹⁷.

La Regione ha un obbligo trimestrale di controllo rispetto le Aziende interessate, all'esito del quale, se positivo corrispondono maggiori erogazioni di fondi già accantonati a bilancio⁴⁹⁸.

La Corte ha specificamente ricordato, cassando la previsione, il potere in capo alla Giunta di adottare tali Piani, «... che sono costituzionalmente illegittime le norme statali che indichino

⁴⁹⁷ C. Cost. 192/2017

⁴⁹⁸ L. 208/2015, art 1 c 533

specificamente l'organo regionale titolare di una funzione amministrativa, trattandosi di normativa attinente all'organizzazione interna della Regione (sentenze n. 293 e n. 22 del 2012, n. 95 del 2008 e n. 387 del 2007). Né si ravvisano ... ragioni specifiche che giustifichino la decisione del legislatore statale di selezionare l'organo regionale deputato a provvedere all'adempimento degli obblighi che lo Stato pone a carico della Regione»⁴⁹⁹. Ne consegue che l'organo Regionale competente debba essere scelto all'interno della Regione stessa.

Lo Stato, invece, ha un ruolo di mero supervisore dell'attuazione dei principi costituzionale e dell'attuazione dei LEA; fermo restando in capo alla Regione l'onere di verificare la congruità del piano.

Come appena accennato, allora, le aziende coinvolte, entro 90 giorni dal provvedimento della Giunta regionale, dovranno presentare un piano triennale di rientro conforme alle linee guida contenute nel decreto ministeriale, e che tenga conto, per le regioni in piano di rientro, del Piano di Rientro Regionale. Pertanto, le aziende stilano un piano che abbia al proprio interno le misure idonee a raggiungere l'equilibrio finanziario dell'azienda, al miglioramento delle cure ovvero dell'offerta⁵⁰⁰.

Le Regioni, nei successivi trenta giorni da tale presentazione valutano il piano proposto e, il linea con le finalità, lo approvano con provvedimento della Giunta ovvero del commissario *ad acta*⁵⁰¹.

⁴⁹⁹ C. Cost. 192/2017

⁵⁰⁰ In ogni azienda in piano di rientro dovranno essere individuati centri di responsabilità (Dipartimenti e/o Unità operative complesse) e centri di costo. La Direzione strategica di ogni azienda dovrà presentare alla Regione obiettivi chiari, definiti e circoscritti, e condividere indicatori comprensibili, confrontabili e attuabili con i centri di responsabilità, per incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione. La verifica e il monitoraggio complessivo dovranno avvenire con cadenza trimestrale

⁵⁰¹ Art. 1 c 524 e 528 l. 20872015: «Ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del Commissario ad acta, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni: a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526;

I piani aziendali hanno un efficacia immediata e sono esecutivi per l'azienda interessata. Il Piano è, quindi, vincolante e può portare effetti modificativi di ulteriori atti amministrativi precedentemente compiuti⁵⁰². Dalla legge di stabilità del 2016, si prevede, inoltre, che ove il Piano non venga inviato alla Regione ovvero, alla fine dell'anno, il controllo sull'attuazione dia esito negativo il controdata del Direttore dell'Azienda interessata decade in automatico.

Tale vincolatività appare direzionata esclusivamente verso le aziende, non anche verso la Regione. Il Piano di Rientro aziendale, difatti, non sembra avere la medesima vincolatività assegnata al Piano di Rientro Regionale. La l. 208/2015, c 532, rimanda all'applicazione dell'art. 2, c 80, della legge 191/2009, il quale prevede che ove «... in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al comma 88, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvenano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all'attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli...».

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526...

Gli enti individuati ai sensi dei commi 524 e 525 presentano alla regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati».

⁵⁰² C. 529, L 208/2015, «I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato».

La regione ovvero il Commissario ad acta svolge un monitoraggio trimestralmente sulle aziende in piano di rientro, monitoraggio che può avere un esito positivo ovvero negativo. Ove la verifica dovesse dare esito positivo si possono disporre anticipazioni dalla GSA (Gestione Sanitaria Accentrata) delle quote di risorse iscritte a bilancio, per salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati.⁵⁰³

Ove il controllo sia negativo la Regione ovvero il Commissario ad acta predispongono le misure necessarie a ricondurre l'azienda equilibrio di gestione.

Come accennato poco sopra, con il decreto del Ministero della Salute 21 giugno 2016, sono stati predisposti fattivamente gli allegati tecnici e le linee guida per la stesura dei piani di rientro aziendali, prevedendo i criteri di valutazione, la metodologia, i dati da prendere in considerazione, le modalità di calcolo e i relativi parametri di riferimento per l'individuazione, da parte delle regioni, degli enti del SR da sottoporre al piano di rientro, in caso di mancato conseguimento dell'equilibrio di bilancio o di disallineamento.

In particolare, secondo il decreto, i Piani dovranno contenere: « l'analisi della situazione economico-gestionale dell'azienda negli ultimi tre anni anche alla luce dei cambiamenti intervenuti, anche normativi, caratterizzanti il contesto di riferimento, al fine di comprendere le cause sia interne che esterne alla gestione, che abbiano portato l'azienda nella situazione attuale; sulla base di quanto emerso dalla citata analisi, la definizione della strategia da perseguire nei successivi anni, individuando obiettivi, interventi e azioni compatibili con le caratteristiche dell'azienda e in coerenza con il ruolo nella rete dell'offerta, perseguendo anche il riequilibrio economico-finanziario delle aziende interessate e la tutela nell'erogazione dei LEA; la predisposizione del conto economico tendenziale e programmatico; la definizione degli strumenti di

⁵⁰³ Esito positivo

monitoraggio, verifica ed analisi dell'attuazione del piano, attraverso indicatori di tipo quantitativo e qualitativo»⁵⁰⁴.

Ulteriore meccanismo di controllo e garanzia sulle Aziende è costituito dalla “Clausola di Salvaguardia”, ex art. 8 quinquies del d.l. 502/1992. Tale clausola, in particolare, è prevista da tutti gli schemi tipizzati⁵⁰⁵ di contratti tra regione e gli enti erogatori privati accreditati con il SSR⁵⁰⁶.

La clausola di salvaguardia onera l'ente erogatore accreditato dell'obbligo di rispettare i provvedimenti che fissano i tetti di spesa e determinano le tariffe per le prestazioni erogate, nonché la rinuncia ai contenziosi instaurabili contro i predetti provvedimenti.

La ragione alla base di tale clausola è il monitoraggio e la volontà di mantenere sotto controllo la spesa pubblica sanitaria, garantendo le esigenze di programmazione finanziaria della Regione e dello Stato.

L'utilizzo di tale clausola, seppur non chiaramente prevista normativamente ha trovato conferme nella Giurisprudenza amministrativa la quale ha ribadito che:

Nei casi in cui l'accordo tra ente erogatore e regione prevede di soggiacere al dettato dell' art. 8 quinquies del d.l. 502/1992, ed ove i medesimi accordi, prevedano l'accettazione della determinazione «dei tetti di spesa e di ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto», tale clausola è legittima poiché previene il disallineamento tra le risorse finanziarie stanziata nel bilancio regionale, in sede di previsione, e quelle necessarie per far fronte alle sempre crescenti richieste degli operatori economici accreditati»⁵⁰⁷. Pertanto, la clausola ha clausole di

⁵⁰⁴ V. SOTTE, *Clausola di salvaguardia e piani di rientro aziendali*, in *I modelli welfare Sanitario tra qualità e sostenibilità*, opera cit. p. 467;

⁵⁰⁵ Gli schemi di contratto vengono predisposti dalla regione ed approvati dalla Giunta Regionale stessa.

⁵⁰⁶ art. 8 quinquies del d.l. 502/1992: «Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento»

⁵⁰⁷ TAR Lazio, sent. n. 11284/2022, ove il Tribunale asserisce: «In particolare, l'art. 7 comma 5 dell'accordo sottoscritto dalla ricorrente ex art. 8 quinquies, comma 2 del d.lgs. n. 502/1992 stabilisce espressamente

salvaguardia, la quale ha piena legittimità, (cfr. sentenza n. 7479 del 2.11.2019; n. 2075 del 28.3.2019; n.787 dell'1.2.2019; n. 5039 del 23.8.2018; n. 4936 del 13/08/2018; sentenze dell'11.1.2018, nn. 137 e 138, nonché del 18/1/2018, n. 321; 5511 del 25.9.2018; sentenza 1.2.2017 n. 430), con la conseguenza che la sottoscrizione ove sottoscritta, «priva le strutture accreditate della legittimazione a impugnare gli atti di determinazione dei tetti di spesa che le riguardano e con l'ulteriore conseguenza dell'inammissibilità delle impugnative eventualmente proposte»⁵⁰⁸.

che “Il prezzo unitario delle singole prestazioni di cui la struttura ha potestà di erogazione in base al presente accordo/contratto è quello fissato dalle tariffe regionali vigenti *ratione temporis* al momento della sottoscrizione dell'accordo/contratto e, comunque, in via residuale, dalle tariffe nazionali vigenti.” Inoltre l'art. 17 del medesimo accordo - rispondente allo schema approvato con decreto commissariale n. 324 del 6 luglio 2015, come modificato con decreto commissariale n. 555 del 20 novembre 2015 – prevede che “1. Con la sottoscrizione del presente accordo/contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione delle tariffe, di determinazione dei tetti di spesa e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti [...] con la sottoscrizione del presente accordo/contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati, conosciuti e conoscibili”. Nel dare atto che parte ricorrente non ha specificamente gravato nel presente giudizio la suddetta clausola di salvaguardia, si osserva che, in ogni modo, la legittimità dell'art. 17 cit. è stata più volte esaminata dalla giurisprudenza, la quale ha univocamente affermato che il ripetuto e costante sforamento degli stanziamenti finanziari relativi alla erogazione delle prestazioni sanitarie (segnatamente con riguardo ai budget assegnati alle case di cura private accreditate con il Servizio sanitario regionale), per effetto dei defatiganti contenziosi avviati in sede giurisdizionale dagli operatori economici privati e conclusi con sentenza definitiva spesso a distanza di anni dalla instaurazione del giudizio, ha comportato un significativo disallineamento tra le risorse finanziarie stanziare nel bilancio regionale, in sede di previsione, e quelle necessarie per far fronte alle sempre crescenti richieste degli operatori economici accreditati (TAR Lazio, Roma, sez. III, 20 marzo 2020 n. 3492 e 3494; sez. III, 11 marzo 2020 n. 3185; sez. III, 3 marzo 2020 n. 2786 e 2788; sez. III, 24 febbraio 2020 n. 2426)».

⁵⁰⁸ Consiglio di Stato, sez. III, 28 ottobre 2020, sentenza n. 6569, sulla legittimità della clausola di salvaguardia si rimanda alle sentenze del Consiglio di Stato n. 7479 del 2.11.2019; n. 2075 del 28.3.2019; n.787 dell'1.2.2019; n. 5039 del 23.8.2018; n. 4936 del 13/08/2018; sentenze dell'11.1.2018, nn. 137 e 138, nonché del 18/1/2018, n. 321; 5511 del 25.9.2018; sentenza 1.2.2017 n. 430;

BIBLIOGRAFIA DOTTRINALE

- AICARDI N., *La sanità*, cit.
- ANTONELLI V., *I decreti del 1993 tra attuazione della legge n. 421 del 1992 e correzione del decreto legislativo n. 502 del 1992*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018.
- BALBONI, *I diritti sociali*, in *Manuale di diritto pubblico*, a cura di G. AMATO e A. BARBERA, ...
- BALDUZZI R., *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2022, p. 462 ss.
- BALDUZZI R., *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2019, pp. 34 ss.
- BALDUZZI R., *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del SSN?*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, pp. 467 ss.
- BALDUZZI R., *Salute (diritto alla)*, in *Dizionario di diritto pubblico*, diretto da S. CASSESE, vol. VI, Milano, Giuffrè, p. 5399 ss.
- BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, Il Mulino, 2012.
- BALDUZZI R. (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il Mulino, 2010.
- BALDUZZI R., CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013.
- BALDUZZI R., DI GASPARÉ G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2000.
- BALDUZZI R., SERVETTI D., *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013, pp. 19 ss.
- BARONI, *Profili di diritto sanitario*.

- CAMERA DEI DEPUTATI, *Atti della commissione parlamentare di inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla. Previdenza sociale e assistenza sanitaria*, 1953.
- CAMMEO F., *Sanità pubblica: fonti e organizzazione*, in *Trattato di diritto amministrativo*, diretto da V. E. Orlando, Milano, 1905, IV, p. 213.
- CARPANI G., *I principi fondamentali della tutela della salute nelle indicazioni del Giudice delle leggi*, in *Quaderni Formez. Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Roma, 2005, p. 51.
- CARPANI G. – MORANA D., *Le competenze legislative in materia di “tutela della salute”*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. Balduzzi, Il Mulino, Bologna, 2013, p. 89.
- CARTABIA M., *La giurisprudenza costituzionale relativa all’art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quaderni costituzionali*, 2012, p. 455 ss.
- CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011.
- CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012.
- CHIAPPINELLI C., *Riforme istituzionali, del Servizio sanitario e dei controlli: esiste un fil rouge?*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, p. 619.
- CHIEFFI L. (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, Giappichelli, 2003.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2005, pp. 314 ss., 342 ss.
- CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e di diritto comparato*, Milano, Giuffrè, 2005.

- D'ARTIENZO M., *Verso un sistema di unità sanitaria? Luci e ombre del DM 77/2022*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2023, p. 312.
- FARES G., *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Napoli, Editoriale scientifica, 2012.
- FARES G., *Il Libro dell'Anno 2012*, Treccani, 2012, disponibile su <https://www.treccani.it/....>
- FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007.
- FERRARA R. (a cura di), *Salute e sanità*, Milano, Giuffrè, 2010.
- FRAGALE E.N., *La dirigenza delle aziende sanitarie dopo la c.d. riforma Balduzzi*, in *Istituzioni del federalismo*, 2013, pp. 551 ss.
- GASPARRO N., *Riforma Balduzzi: largo alla meritocrazia e alla ripubblicizzazione*, in *Il diritto dei lavori*, 2013, pp. 75 ss.
- GUSY C., in *100 Jahre Weimarer Verfassung. Eine gute Verfassung in schlechter Zeit*, Tübingen, Mohr Siebeck, 2018, pp. 259 ss.
- LAMBERTUCCI P., *Dirigenza sanitaria, responsabilità dirigenziale e gestione delle risorse umane: brevi appunti*, in *Lavoro pubblico e amministrazione*, 2006, p. 825.
- LANARO S., *Storia dell'Italia repubblicana*, Padova, Marsilio, 1997.
- LONGO E., *Le relazioni giuridiche nel sistema dei diritti sociali*, Padova, Cedam, 2012.
- MATTIONI A., *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. Balduzzi, Bologna, Il Mulino, 2009, p. 263.
- MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2015.

- MORANA D., *I decreti del 2012 tra le riforme della riforma sanitaria*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, pp. 597 ss.
- MORANA D., *La tutela della salute fra competenze statali e regionali*, in *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità*, a cura di C. Colapietro, M. Atripaldi, G. Fares, A. Iannuzzi, Editoriale scientifica, 2018, p. 203.
- MOSCOLONI M., *La disciplina del conferimento degli incarichi dirigenziali nelle aziende sanitarie e il riparto di giurisdizione*, in <www.giustiziaamministrativa.it>, 2017.
- NIGLIO N., *La procedura di nomina dei direttori generali presso le ASL alla luce delle novità introdotte dalla legge n. 189/2012*, in <www.lexitalia.it>, 11/2012.
- PALUMBO F., *Dopo gli standard ospedalieri e sanitario*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2023, p. 281 ss.
- PALUMBO F., *Dopo gli standard ospedalieri e sanitario*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2022.
- PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1983, p. 25 ss.
- PEZZINI N., *Il riordino del 1992 (un Servizio sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti Supreme e Salute*, p. 566.
- PINELLI C., *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, p. 659.
- PIOGGIA A., *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 2011, p. 127 ss.
- PIOGGIA A., *Le nomine dei vertici della sanità*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2016, p. 737.
- POLITI F., *I diritti sociali*, in *I diritti costituzionali*, vol. III, a cura di R. Nania e P. Ridola, Torino, Giappichelli, 2006.
- POLITI F., *La razionalizzazione del SSN nel 1999*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, p. 576 ss.

- POLITI F., *Resoconto del Seminario “Il decreto ministeriale n. 77 del 2022...”*, Università degli Studi dell’Aquila, 6 ottobre 2022, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2022, pp. 610-612.
- PUTNAM R.D., LEONARDI R., NANETTI R.Y., *Explaining institutional success: the case of Italian regional government*, in *American Political Science Review*, 1983, pp. 55-74.
- RIDOLA P., *La Costituzione della Repubblica di Weimar come esperienza e come paradigma*, in *Rivista AIC*, 2014, n. 2, § 6.
- ROVAGNATI A., *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell’ordinamento costituzionale repubblicano*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2012, p. 18.
- SORRENTINO F., *Legalità e delegificazione*, in *Amministrazione e legalità. Fonti normative e ordinamenti*, a cura di C. Pinelli, Milano, Giuffrè, 2000, p. 20.
- TARONI F., *Politiche sanitarie in Italia*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2011, p. 39.
- TARONI F., *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018.
- TARONI F., *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. Salvati, L. Sciolla (a cura di), *L’Italia e le sue regioni. L’età repubblicana*, vol. I, Roma, Istituto dell’Enciclopedia Treccani, pp. 411-428.
- TARONI F., *Tempi moderni*, in *Politiche sanitarie*, 2011, n. 2, p. 60.
- ANGELINI F., *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in **Federalismi**, 2019, n. 15, 10 ss.
- ANTONELLI V., [Titolo non indicato].
- ATRIPALDI M., *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in **I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità**, a cura di C. Colapietro, M. Atripaldi, G. Fares, A. Iannuzzi, Editoriale Scientifica, 2018, 272 ss.

- ATRIPALDI M., *Diritto alla salute e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*, in **federalismi.it – Osservatorio di diritto sanitario**, 15 novembre 2017.
- BALBONI E., *Il concetto di livelli essenziali ed uniformi come garanzia in materia di diritti sociali*, in **Istituzioni e federalismo**, 2001, 1103 ss.
- BALBONI E., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, cit., 1189.
- BALDUZZI R., *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, in R. Balduzzi (a cura di), **Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare**, Bologna, 2009, 12.
- BALDUZZI R., *Quasi un editoriale. Dopo quarant'anni, verso una destrutturazione del SSN?*, in **Corti Supreme e Salute**, 2018, n. 3, 473 ss.
- BALDUZZI R., *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), **Dizionario di diritto pubblico**, VI, Milano, 2006, 5394 ss.
- BALDUZZI R., *Titolo V e tutela della salute*, in **Quad. reg.**, 2002, 67 ss.
- BALDUZZI R., SERVETTI D., *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), **Manuale di diritto sanitario**, Bologna, 2013, 81 ss.
- BALDUZZI R., SERVETTI D., *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in **Riv. AIC**, 2019.
- BENELLI F., *Recenti tendenze della giurisprudenza costituzionale sul riparto per materie tra Stato e Regioni e sul declino del principio di leale collaborazione*, in **Le Regioni**, 2012, 623 ss.
- CARPANI G., *Accordi e intese tra governo e regioni nella più recente evoluzione del SSN: spunti ricostruttivi*, in R. BALDUZZI (a cura di), **Trent'anni di Servizio sanitario nazionale**, Bologna, 2009, 35 ss.

- CARPANI G., *Cogestire un servizio sanitario regionalizzato*, in **I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità**, a cura di C. Colapietro et al., Editoriale Scientifica, 2018, 233 ss.
- CECCHETTI M., *Per una riforma “consapevolmente orientata” dal sistema delle autonomie regionali*, in A. Cardone (a cura di), **Le proposte di riforma della Costituzione**, Napoli, 2014, 103 ss.
- CINTOLI F., *Diritto alla salute*, cit., 38.
- COLAPIETRO C., *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato in ambito sanitario: la formazione e il reclutamento del personale*, in **Corti Supreme e Salute**, 2020, n. 1, 151 ss.
- COSULICH M., *Le sanità regionali «speciali»*, in R. BALDUZZI (a cura di), **Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento**, Bologna, 2017, 49 ss.
- D'ANGELOSANTE M., *I sistemi sanitari regionali alla prova del regionalismo differenziato*, in **Corti Supreme e Salute**, Fasc. 1/2014, 7 ss.
- D'ATENA A., *Diritto regionale*, III ed., Torino, 2017, 146 ss.
- D'ATENA A., *Diritto regionale*, III ed., Torino, 2019, 277 ss.
- D'ATENA A., *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in **Quad. Cost.**, 1/2003, 21 ss.
- DI FOLCO M., *Le funzioni amministrative*, in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), **Manuale di diritto sanitario**, cit., 150 ss.
- FALCON G., *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in **Le Regioni**, 2017, 634 ss.
- FALSONE C., *Tutela della salute (art. 117, c. 3)*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO (a cura di), **Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001**, Napoli, 283 ss.

- FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007.
- FINOCCHI GHERSI R., *La tutela della salute (artt. 112-127 d.lgs. 112/1998)*, in R. FINOCCHI GHERSI et al. (a cura di), **Il decentramento amministrativo**, Milano, 2000, 181 ss.
- FLORIO F. S., *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in C. BOTTARI (a cura di), **I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie**, Santarcangelo di Romagna, 2014, 53 ss.
- FONTANA G., *L'incostituzionalità delle interferenze regionali sui poteri commissariali del Presidente della Giunta*, in **Giur. Cost.**, 2011, 1196 ss.
- FRANCE G., *I Livelli Essenziali di Assistenza: un caso italiano di policy innovation*, in G. Fiorentini (a cura di), **I servizi sanitari in Italia**, Bologna, 2003, 73 ss.
- GIANFRANCESCO E., *L'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. tra nodi problematici e prospettive evolutive del regionalismo italiano*, in **Consulta OnLine**, 2020, 34 ss.
- GRIGLIO E., *Il legislatore "dimezzato": i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi ed interventi sostitutivi governativi*, in **Le Regioni**, 2012, 455 ss.
- LEVENE G., *L'attenzione sui diritti sociali, paradigmi di un tempo*, 10 giugno 2014, in **Federalismi**.
- LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., 18 ss.
- LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della L. cost. n. 3 del 2001*, in **Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni**, suppl. 1/2002, 21 ss.
- MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., 103 ss.
- MORANA D., *La tutela della salute fra competenze statali e regionali*, in C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A.

IANNUZZI (a cura di), **I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità**, Editoriale Scientifica, 2018, 204 ss.

- MORANA D., *Tutela della salute*, in G. CORSO, V. LOPILATO (a cura di), **Il diritto amministrativo dopo le riforme costituzionali**, Parte speciale, I, Milano, 2006, 261 ss.

- MORANA D., *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, in **Corti Supreme e Salute**, 1/2020, 3 ss.

- PALUMBO F., *Tutela della salute (Capo I)*, in **Le istituzioni del federalismo**, 1998, 630 ss.

- PEZZINI B., *Il disegno di legge costituzionale n. 1187 del Senato e l'attivazione di competenza legislativa esclusiva regionale in materia di assistenza e organizzazione sanitaria*, cit., 337 ss.

- PINELLI C., *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in **Corti Supreme e Salute**, 2018, n. 3, 663 ss.

- PINELLI C., *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali"*, cit., 881 ss.

- PIRAS E., *Fondi sanitari integrativi e livelli essenziali di assistenza nella sanità pubblica*, in **Riv. Dir. Banc.**, 6/2017, 1 ss.

- POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., 59 ss.

- RUOTOLO M., *Il riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni, a dieci anni dalla riforma costituzionale*, in **Dir. soc.**, 2011, 114 ss.

- SANTONOCITO G., *Storia del diritto alla salute*, cit., 165 ss.

- TRUCCO L., *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in **Diritti sociali dal riconoscimento alle garanzie: il ruolo della giurisprudenza**, Atti del Convegno del Gruppo di Pisa, Trapani 8–

9 giugno 2012, a cura di E. Cavasino, G. Scala, G. Verde, Napoli, 2013, 104 ss.

- **TUBERTINI C.**, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, cit., 77 ss.

- **PIOGGIA A.**, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014, p. 57.

- **MOLASCHI V.**, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Milano, 2010, p. 445 ss.; **ID.**, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, Torino, 2008.

- **TUBERTINI C.**, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008.

- **BALDUZZI R. – SERVETTI D.**, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 33.

- **ANTONELLI V.**, *Le garanzie dei LEA e l'uniformità territoriale*, in ... [completare estremi].

- **CASONATO C. – PICIOCCHI C.**, *Devolution, diritti, identità: la tutela della salute fra asimmetrie ed esigenze di uniformità*, in R. BELDUZZA (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, 2009, p. 52.

- **BALDUZZI R.**, *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in *Monitor*, n. 22, 2010, p. 4 ss.; **ID.**, *Alcune conclusioni*, cit.;

- **BELLENTANI M. – BUGLIARI A. L.**, *La logica dei "piani di rientro" e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in R. BALDUZZI – G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 391 ss.

- **D'AURIA G.**, *Gli accordi Stato-Regioni sui "piani di rientro" dai disavanzi sanitari. Quali vincoli per il legislatore regionale?*, in *Foro it.*, 2010, p. 2646.

- **PARIS D.**, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, n. 1-2, 2014, p. 203-226.
- **CARTABIA M.**, *Principi della delega determinati con rinvio alle norme comunitarie e parametro doppiamente interposto*, in *Giur. cost.*, 1993, p. 2054.
- **BELLETTI M.**, *Forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali. Il coordinamento per principi, di dettaglio e “virtuoso”...*, relazione al Convegno “Il regionalismo italiano...”, cit., p. 10.
- **GRIGLIO E.**, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in www.rivistaaic.it, n. 3/2012, 24 luglio 2012, p. 10; **ID.**, *Il legislatore dimezzato*, cit., p. 481 ss.
- **PATANÈ E.**, *I piani di rientro sanitari: il perimetro di un’indagine nella prospettiva delle possibili modifiche normative dopo la pandemia da Covid-19*, in *Queste Istituzioni*, n. 2/2021.
- **CARRER M.**, *Il legislatore competente. Statica e dinamica della potestà legislativa nel modello regionale italiano*, Milano, Giuffrè, 2012.
- **BUZZACCHI C.**, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?*, in *Le Regioni*, n. 1, 2019, p. 307 ss.
- **CARMINATI A.**, *Dal raccordo politico al vincolo giuridico: l’attività della Conferenza Stato-Regioni secondo il giudice costituzionale*, in *Le Regioni*, p. 289 e 295.
- **SAITTA A.**, *Autonomia regionale e legalità al tempo della Spending review: la legge regionale si deve conformare al decreto del Commissario*, in www.federalismi.it, 18 dicembre 2013.
- **PATANÈ A.**, *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*, n. 1/2018, p. 28.

- **TAMBURRINI V.**, *I poteri sostitutivi statali: tra rispetto dell'autonomia regionale e tutela del principio unitario*, Milano, Giuffrè, 2012, p. 134.
- **LUCIANI M.**, *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3/2001*, in *Rivista A.I.C.*, 14 gennaio 2002.
- **JORIO E.**, *La Corte dei conti boccia i Piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in *Federalismi*, n. 2/2010.
- **BORDIGNON M. – TURATI G.**, *Bailing-out expectations and public health expenditure*, in *Journal of Health Economics*, 2009.
- **BOTTARI C.**, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, Giappichelli, 2011, p. 107.
- **JORIO E.**, *Diritto sanitario*, Milano, Giuffrè, 2006.
- **VICECONTE N.**, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale tra federalismo promesso ed esigenze di bilancio*, in S. MANGIAMELI (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma*, vol. II.
- **SCINETTI F. – TURATI G. – VIRGADAMO L.**, *Come viene finanziata la sanità tra le Regioni?*, in OCPI, 31 maggio 2024, p. 4.
- **POLITI F.**, *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità: prime valutazioni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, Il Mulino, 2012.
- **FONZI A.**, *La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti. Per la costruzione di un modello virtuoso...*, in *Corti Supreme e Salute*, 2024, p. 672 e p. 680.

- **EQUIZI C.**, *Mobilità interregionale: tra equità nell'accesso ai servizi sanitari e problemi di "sistema"*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 2/2023.
- *La mobilità sanitaria in Italia*, in *Monitor*, 2023.
- **TARLI BARBIERI G.**, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Riv. Corti Supreme e Salute*, n. 1/2022, p. 302.
- **BALDUZZI R.**, *Salute e federalismo fiscale*, in E. CATELANI – G. CERRINA FERONI – M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino, 2011, p. 151 ss.
- **FATTORE G.**, *La mobilità sanitaria nel breve e nel lungo periodo*, in *Quaderni di Monitor*, n. 29/2012, p. 24 ss.
- **PATANÈ A.**, *I piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pisa, Pacini Editore, 2021, p. 213; **ID.** – **SERVETTI D.**, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla "crisi dell'autonomia"*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2021, p. 257 ss.
- **SPATOLA S.**, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio...*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 3/2023, p. 14.
- **CAVASINO E.**, *Il diritto alla salute come diritto "a prestazioni". Considerazioni sull'effettività della tutela*, in E. CAVASINO – G. SCALA – G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, 2013, p. 335 ss.; **ID.**, *Quale modello costituzionale di diritto alla salute*, in *Atti del Convegno Gruppo di Pisa*, Trapani, 8-9 giugno 2012.
- **A. PATANÈ**, *I Piani di rientro sanitari*, Pisa, Pacini Giuridica, 2024, p. 15.
- **BRANCA M.**, *Dalla riforma alla razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale. La qualità delle prestazioni nel d.lgs. n. 229/1999*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 12/1999, p. 1354 ss.

- **SERVETTI D.**, *L'ottavo Convegno nazionale di Diritto sanitario (La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale)*, in *Amministrazione in Cammino*, 15 maggio 2011.
- **FERRARI A.**, *La programmazione sanitaria tra federalismo e aziendalizzazione*, in R. BALDUZZI – G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/1999*, Milano, Giuffrè, 2001, p. 23.
- **BALDUZZI R.**, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni...*, in *Quaderni regionali*, fasc. 1/2004, p. 13 ss.
- **PARIS D.**, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione del principio di sussidiarietà*, in *Le Regioni*, n. 6/2007, p. 1004 ss.
- **BALBONI E.**, *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, cit., p. 1103.
- **MORANA D.**, *Il modello costituzionale sulla tutela della salute e la sua attuazione*, in ID. (a cura di), *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, Giuffrè, 2002.
- **CUOCOLO L. – REBOURS A.**, *La tutela della salute tra Regioni e Stato*, cit., p. 67.
- **CHIEFFI L.**, *Equità nella salute e nei servizi sanitari*, cit., p. 182.
- **Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021. Qualità dell'assistenza*, pp. 183 ss.
- **Anzon, A.**, *Quale "regionalismo differenziato"?*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 1, 2008, pp. 51 ss.
- **Atella, V. – Cincotti, F.**, *Un'analisi dei Piani di rientro*, in *Ragiusan*, n. 26, 2009.
- **Balduzzi, R.**, *Note sul concetto di essenziale nella definizione dei LEP*, in *Rivista delle politiche sociali*, n. 4, 2004, pp. ...

- **Balduzzi, R.**, *Titolo V e tutela della salute*, in **R. Balduzzi – G. Di Gaspare** (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002.
- **Balduzzi, R.**, *La storia di una legge*, in *I valori di una riforma. 25 anni di Servizio sanitario nazionale*, Atti del Convegno, Bologna, Regione Emilia-Romagna, 22 dicembre 2003.
- **Balduzzi, R.**, *Un inusitato intreccio di competenze. Livelli essenziali e non essenziali*, in **L. Violini** (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di welfare. Incontro di studio “Gianfranco Mor” sul diritto regionale*, Milano, Giuffrè, 2011, pp. 84 ss.
- **Balduzzi, R.**, *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in *Monitor*, n. 22, 2010, pp. 4 ss.
- **Balduzzi, R.**, *Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema*, in *Monitor*, n. 27, 2010, p. 3.
- **Bellentani, M. – Bugliari, A.L.**, *La logica dei “piani di rientro” e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in **R. Balduzzi – G. Carpani** (a cura di), *Manuale di diritto sanitario, ...*, pp. 391 ss.
- **Belletti, M.**, *Il difficile rapporto tra “tutela della salute” e “assistenza e organizzazione sanitaria”. Percorsi di una «prevalenza» che diviene “cedevole” (nota a sent. n. 181/2006)*, in *Le Regioni*, n. 6, 2006, pp. 1176 ss.
- **Belletti, M.**, *Forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali: il coordinamento per principi, di dettaglio e “virtuoso”*, in *Studi ed interventi*, Roma, ISSiRFA, 2013, p. 10.
- **BOTTARI, C. – BELLETTI, M.** (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2014.
- **BUZZACCHI, C.**, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?*, in *Le Regioni*, n. 1, 2019, pp. 307 ss.

- **CABRAS, D.**, *Appunti sul tema del coordinamento della finanza pubblica tra Unione Europea, Stato e autonomie locali*, in *Federalismi.it*, 1 dicembre 2010, pp. 1 ss.
- **CALANNI, R.**, *I piani di rientro dal deficit sanitario*, in *Rassegna amministrativa siciliana*, n. 1, 2011, pp. 345 ss.
- **CARDONE, A.**, *Sistema delle fonti e forma di governo. La produzione normativa della Repubblica tra modello costituzionale, trasformazioni e riforme (1948-2023)*, Bologna, Il Mulino, 2023.
- **CARLASSARE, L.**, *Fonti del diritto (diritto costituzionale)*, in *Enciclopedia del diritto, Annali*, II, pp. 536 ss.
- **CARMINATI, A.**, *Dal raccordo politico al vincolo giuridico: l'attività della Conferenza Stato-Regioni secondo il giudice costituzionale*, in *Le Regioni*, pp. 289 e 295.
- **CARRER, M.**, *Il legislatore competente. Statica e dinamica della potestà legislativa nel modello regionale italiano*, Milano, Giuffrè, 2012.
- **CERRUTI, T.**, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista A.I.C.*, n. 4, 201 [...].
- **CLERICO, G.**, *La governance della sanità pubblica. La coesistenza fra efficienza e qualità*, Milano, Giuffrè, 2015.
- **CONTICELLI, M.**, *Privato e pubblico nel Servizio sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012, p. 75.
- **CORVAJA, F.**, *La potestà concorrente, tra conferme e novità*, in *Le Regioni*, n. 2, 2011, pp. 287 ss.
- **CRISAFULLI, V.**, voce *Fonti del diritto (dir. cost.)*, in *Enciclopedia del diritto*, XVII, Milano, 1968, p. 954.
- **D'ATENA, A.**, *La nuova disciplina costituzionale dei rapporti internazionali e con l'Unione Europea*, in *Rassegna parlamentare*, fasc. 4, 2002, pp. 913 ss.
- **D'AURIA, G.**, *Gli accordi Stato-Regioni sui "piani di rientro" dai disavanzi sanitari. Quali vincoli per il legislatore regionale?*, in *Foro italiano*, 2010, p. 2646.

- **DEAIS, M.**, *I livelli essenziali di assistenza. Concetti generali, normativa di riferimento, esperienze comparate*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 1, 2007, pp. 9 ss.
- **DONATI, A.**, *La manovra correttiva 2010*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2010, p. 209.
- **GRASSO, G.**, *Il costituzionalismo in crisi*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2012.
- **GRIGLIO, E.**, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista A.I.C.*, n. 3, 2012.
- **Guastini, R.**, *Le fonti del diritto. Fondamenti teorici*, Milano, Giuffrè, 2010.
- **Luciani, M.**, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, ..., pp. 345 ss.
- **Mangia, A.**, *Ancora sugli obblighi internazionali nel Titolo V*, in *Quaderni costituzionali*, fasc. 4, 2002, pp. 806 ss.
- **Mangiameli, S.** (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e la sua riforma*, Atti delle giornate di studio, Roma, 20-22 ottobre, vol. II, Milano, Giuffrè, 2011.
- **Mattioni, A.**, *A favore o contro la devoluzione? Le oscillazioni del pendolo tra esigenze di autonomia ed esigenze di uniformità*, in *Politiche sanitarie*, n. 1, 2003, pp. 3 ss.
- **Modugno, F.**, *È possibile parlare ancora di un sistema delle fonti*, in **M. Siclari** (a cura di), *Il pluralismo delle fonti previste dalla Costituzione e gli strumenti per la loro ricomposizione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2012.
- **Napoli, C.**, *Autonomia finanziaria*, in *Atti del convegno Gruppo di Pisa*, Bergamo, 6-7 giugno 2014, p. 16.
- **Parenza, C.**, *Mediazione politica e immediatezza giuridica dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, pp. 1024 ss.
- **Parodi, G.**, *Le fonti del diritto. Linee evolutive*, Milano, Giuffrè, 2012.

- **Paris, D.**, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, ...
- **Patanè, A.**, *I piani di rientro sanitari*, op. cit., p. 43; Id., *I piani di rientro sanitari: il perimetro di un'indagine nella prospettiva delle possibili modifiche normative dopo la pandemia da Covid-19*, in *Queste Istituzioni*, n. 2/2021, p. 67.
- **Pavolini, E.**, *Piani di rientro e cambiamento nella sanità regionale*, in Id. (a cura di), *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra Nord e Sud*, Roma, Donzelli Editore, 2012, p. 236.
- **Pedrezza Gorlero, M.**, *Le fonti del diritto. Lezioni*, Padova, 1995.
- **Pennella, G.**, *Federalismo fiscale a geometria variabile*, in *Il Lavoro nelle PA*, n. 1, 2002, pp. 48 ss.
- **Pioggia, A.**, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, 2^a ed., Torino, Giappichelli, 2017.
- **Pizzetti, F.**, *La ricerca del giusto equilibrio tra uniformità e differenza: il problematico rapporto tra il progetto originario della Costituzione del 1948 e il progetto ispiratore della riforma costituzionale del 2001*, in *Le Regioni*, n. 4, 2003.
- **Pizzetti, F.**, *Il disegno di legge delega del Governo per l'attuazione del Titolo V*, in **F. Pizzetti – A. Poggi** (a cura di), *Il sistema "instabile" delle autonomie locali*, ..., p. 149.
- **Pizzetti, E.**, *Il quadro generale della riforma costituzionale tra "compimento" del disegno costituzionale del 1948 e innovazione dell'ordinamento italiano*, in **F. Pizzetti – A. Poggi** (a cura di), *Il sistema "instabile" delle autonomie locali*, Torino, Giappichelli, 2007, p. 3.
- **Pizzolato, F.**, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in *Amministrazione in cammino*, 2007.

- **Politi, F.**, *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità: prime valutazioni*, in **R. Balduzzi** (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, ...
- **Rivosecchi, G.**, *Il coordinamento dinamico della finanza pubblica tra patto di stabilità, patto di convergenza e determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali*, in **L. Cavallini Cadeddu** (a cura di), *Il coordinamento dinamico della finanza pubblica*, Napoli, Jovene, 2012.
- **Saitta, A.**, *Autonomia regionale e legalità al tempo della spending review: la legge regionale si deve conformare al decreto del Commissario*, in *Federalismi.it*, 18 dicembre 2013.
- **Sorrentino, F.**, *Le fonti del diritto*, Padova, 2009, II; Id., *Riflessioni preliminari sul coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario*, in *Studi in onore di Franco Modugno*, Napoli, Jovene, 2011.
- **Triponina, C.**, Art. 32, in **S. Bartole – R. Bin – V. Crisafulli – L. Paladin** (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, 2^a ed., Padova, Cedam, p. 328.
- **Viceconte, N.**, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in **S. Mangiameli** (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e la sua riforma*, cit., vol. II, Milano, Giuffrè, 2011, p. 602.
- **Vipana, P.**, *Tendenze centripete e centrifughe negli ordinamenti statali dell'Europa in crisi*, Torino, Giappichelli, 2014.
- **Vitiello, B.**, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 6, 2006, p. 964 ss.
- □ Corte costituzionale, sentt. n. 88/2003; n. 134/2006; n. 162/2007; n. 124 e n. 322/2009; n. 98/2007; n. 111/2005; n. 193/2007; n. 100/2010; n. 141/2010; n. 77/2011; n. 31/2012; n. 79/2013; n. 203/2016; n. 6/2022; n. 87/2024; n. 28/...
- □ Corte cost., massima: sent. n. 100/2010 «il principio di leale collaborazione ...».

- AMATO A., *Niente al di fuori dei LEA. Il diritto fondamentale alla salute nelle regioni sottoposte a piano di rientro alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale*, in **Diritti regionali**, n. 2, 2023, pp. 537 ss.
- BACHELET V., *Coordinamento*, cit., p. 630 ss.
- BALBONI E. – RINALDI P. G., *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in **Le Regioni**, n. 5, 2006, pp. 1030 ss.
- BALDUZZI R., *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà orizzontale)*, in **Quad. Reg.**, n. 1, 2004, pp. 11 ss.
- BALDUZZI R., *Piani di Rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in **I Quaderni di Monitor**, 22/08, p. 4.
- BARTOLE S., *Supremazia e collaborazione nei rapporti tra Stato e Regioni*, Milano, Giuffrè, 1972.
- BARTOLE S., *La Corte costituzionale e la ricerca di un temperamento fra supremazia e collaborazione nei rapporti tra Stato e Regioni*, in **Le Regioni**, n. 1, 1988, pp. 562 ss.
- BASSANINI F., MERLINI S. (a cura di), *Crisi fiscale e indirizzo politico*, Bologna, Il Mulino, 1995.
- BENVENUTI M., *La dimensione finanziaria delle differenziazioni territoriali*, in **Rivista Gruppo di Pisa**, fasc. 1, 2021, pp. 121 ss.
- BENVENUTI M., *Il difficile rapporto tra “tutela della salute” e “assistenza e organizzazione sanitaria”*, in **Le Regioni**, n. 6, 2006, p. 1176.
- BIFULCO R., *Il modello italiano delle conferenze Stato-autonomie territoriali (anche) alla luce delle esperienze federali*, in **Le Regioni**, n. 2-3, 2006, pp. 233 ss.
- BIN R., *Voce, Legge regionale*, in **Digesto Discipline Pubblicistiche**, Torino, Utet, 1994.

- BIN R., *Le prassi della cooperazione nel sistema italiano di multilevel government*, in **Istituzioni del Federalismo**, n. 7, 2006, pp. 695 ss.
- BIN R., *Le deboli istituzioni della leale cooperazione, nota a Corte cost. n. 507/2002*, in **Giur. Cost.**, fasc. 5, 2002, pp. 4184 ss.
- BRANCASI A., *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in **Le Regioni**, n. 2-3, 2004, pp. 763 ss.
- BORDIGNON M., CORETTI S., TURATI G., *I Piani di rientro della sanità regionale: quali risultati finora?*, in **Osservatorio sui conti pubblici italiani**, 5 agosto 2019, p. 8.
- BUZZACCHI C., *Funzioni delle Regioni*, in BALBONI E. et al. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Milano, Giuffrè, 2007, p. 273.
- CARAVITA B., *Riflessioni sul mondo della sanità tra riforme e istanze di autonomia*, in **Federalismi**, n. 4, 2004, pp. 7 ss.
- CARLI M., *Regioni ed autonomie locali: la Conferenza Stato-Regioni*, in **Quad. Cost.**, n. 1, 1984, pp. 173 ss.
- CARMINATI A., *Dal raccordo politico al vincolo giuridico: l'attività della Conferenza Stato-Regioni secondo il giudice costituzionale*, in **Le Regioni**, n. 2, 2009, pp. 270 ss.
- CARPANI G., *La Conferenza Stato-Regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Bologna, Il Mulino, 2006.
- CASTORINA E., *Il differimento dell'entrata in vigore e gli "atti di indirizzo e coordinamento" nel Codice dell'amministrazione digitale*, in **Inf. e Diritto**, n. 1-2, 2005, pp. 225 ss.
- D'ATENA A., *Diritto regionale*, Torino, Giappichelli, 2013 e 2015.
- D'AURIA, *Gli Accordi Stato-Regioni sui Piani di rientro dai disavanzi sanitari*, in **Foro It.**, fasc. 10, 2010, pp. 2646 ss.

- FALCON G., *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in **Le Regioni**, n. 6, 2001.
- GRIGLIO E., *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari*, in www.rivistaaic.it, n. 3/2012.
- IACOVIELLO A., *Il coordinamento della finanza pubblica come binario per la ricentralizzazione...*, in **Giur. Cost.**, fasc. 4, 2013, pp. 3535 ss.
- INNOCENTI E., *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale*, in **Le Regioni**, n. 3, 2008, pp. 597 ss.
- MORANA D., *Le norme statali di dettaglio in materia sanitaria tra vecchio e nuovo Titolo V*, in **Rass. Parlamentare**, n. 3, 2010, pp. 707 ss.
- PARIS D., *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali...*, in **Le Regioni**, 1-2/2014, pp. 203-226.
- PATANÈ A., *I Piani di rientro sanitari*, varie citazioni.
- PITINO A., *Autonomie e Salute*, in MORELLI A., TRUCCO L. (a cura di), *Diritti e autonomie territoriali*, Torino, Giappichelli, 2014, p. 300.
- PITINO A., *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA*, in MORANA D. (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori*, Giappichelli, 2025.
- POLITI F., *Il diritto alla salute fra esigenze di bilancio...*, in **Corti Supreme e Salute**, n. 1/2018, pp. 39 ss.
- RIVOSECCHI G., *Armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica*, in BIFULCO R., CELOTTO A. (a cura di), *Le materie dell'art. 117*, Napoli, 2015, p. 378 ss.
- RIVOSECCHI G., *Poteri, diritti e sistema finanziario tra centro e periferia*, in **Rivista AIC**, n. 3, 2019, p. 248 ss.
- TABACCHI A., *Le procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi... nell'attuazione del PNRR*, in **Federalismi.it**, 9/2023.

- VIOLINI L., *Regioni e ricerca scientifica...*, in **Le Regioni**, n. 2, 2001, p. 426 ss.
- BALDUZZI R., *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in **Monitor**, n. 22, 2010, p. 4 ss.
- BALDUZZI R., *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in **Monitor**, n. 22, 2010, p. 4 ss. (duplicato: mantenere una sola citazione)
- BIN R., *Riforma costituzionale e Regioni: ancora troppi equivoci*, in PALERMO F., PAROLARI S. (a cura di), *Riforma costituzionale e Regioni. Riflessioni a prima lettura sul nuovo Titolo V della Costituzione*, Bolzano, Eurac Book, 2015.
- CARLI M., *Diritto regionale, le autonomie regionali, speciali e ordinarie*, Torino, Giappichelli, 2018, p. 131.
- COSMELLI G., *Sostituzione normativa e piani di rientro dal disavanzo sanitario: torna alla Corte la quaestio dei poteri "legislativi" del commissario governativo*, in **Osservatorio A.I.C.**, marzo 2014, p. 1 ss.
- D'AMICO N., *I rapporti fra la nuova legge costituzionale e il Fiscal Compact*, in **Giornale di diritto amministrativo**, n. 10, 2012, p. 937.
- D'ALESSANDRO G., *Una «mera parvenza» di legge regionale al giudizio della Corte costituzionale*, in **Giur. cost.**, fasc. 6, 2010, p. 5092 ss.
- D'ANGELOSANTE M., *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2012, p. 281.
- D'AURIA G., *Sull'ingresso in Costituzione del principio del «pareggio di bilancio» (a proposito di un recente parere delle sezioni riunite della Corte dei conti)*, in **Foro It.**, fasc. 1, 2012, p. 56 ss.
- Di GASPERE G., *Innescare un sistema in equilibrio della finanza pubblica ritornando all'art. 81 della Costituzione*, in DI GASPERE G., LUPO N. (a cura di), *Atti del Convegno "Le*

procedure finanziarie in un sistema multilivello”, Roma, Giuffrè, 2005.

- Di GASPERE G., *L’art. 81 della Costituzione, abdicazione della sovranità finanziaria dello Stato?*, in **Amministrazione in Cammino**, 2014, p. 1 ss.

- GROSSI E., *La legge con l’asterisco*, in **Forum di Quad. Cost.**

- LOSURDO F., *Coordinamento della finanza pubblica e tutela della salute nella “legislazione della crisi” (nota a Corte cost., sent. n. 104 del 2013)*, op. cit.

- LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3 del 2001*, in **Rivista A.I.C.**, 14/01/2002.

- LUPO N., RIVOSECCHI G., *Quando l’equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in **Le Regioni**, n. 5-6, 2012, p. 1062 ss.

- MONTEDORO G., *Il diritto alla salute al tempo della crisi*, in LIGUORI F., ZOPPOLI A. (a cura di), *La sanità flessibile*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2012, p. 48.

- MORANA D., *Verso un diritto euro-unitario alle cure? La direttiva sull’assistenza transfrontaliera tra obiettivi ambiziosi e debolezze componenziali dell’Unione*, in **Corti Supreme e Salute**, n. 1, 2022, p. 238.

- MORRONE A., *Per un “progetto di Regione”*, in **Istituzioni del Federalismo**, n. 1-2, 2010, p. 47 ss.

- PATANÈ A., op. cit., p. 212.

- PIZZOLATO F., *Potere sostitutivo e principio di sussidiarietà: alla ricerca della tutela degli “interessi unitari”, prime considerazioni*, in **Nuove Autonomie**, n. 3-4, 2004.

- PITINO A., *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l’esigibilità del diritto alla salute nelle regioni in piano di rientro?*, in **Il Gruppo di Pisa**, fasc. 1/2025, p. 143.

- RIVOSECCHI G., *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, in **Italian Papers on Federalism**, n. 3, 2023, p. 1 ss.
- RUGGERI A., “*Livelli essenziali*” delle prestazioni relative ai diritti e ridefinizione delle sfere di competenza di Stato e Regioni in situazioni di emergenza economica (a prima lettura di Corte cost. n. 10 del 2010), in **Forum Costituzionale**, 24 febbraio 2010.
- SOTTE V., *Clausola di salvaguardia e piani di rientro aziendali*, in *I modelli welfare sanitario tra qualità e sostenibilità*, op. cit., p. 467.
- TAMBURRINI V., *I poteri sostitutivi statali: tra rispetto dell'autonomia regionale e tutela del principio unitario*, Milano, Giuffrè, 2012, p. 134.
- TUBERTINI C., *Appunti sulle problematiche istituzionali degli interventi sostitutivi*, in **Astrid online**, 20 aprile 2009, p. 3.
- VIOLINI L., *Meno supremazia e più collaborazione nei rapporti tra i diversi livelli di governo? Un primo sguardo alla galassia degli accordi e delle intese*, cit., p. 691 ss.
- ZUCCATELLI G., *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*, in **Monitor**, n. 29, 2012, p. 6 ss.
- ZUDDAS P., *L'influenza della normativa comunitaria sul riparto costituzionale delle competenze tra Stato e Regioni: caratteri e limiti*, Pisa, Il Campano, 2009.
- Direttiva 2011/24/UE, Cap. III, art. 7, co. 4.
- L. 311/2004, art. 1, c. 174; D.L. 159/2007, art. 4, c. 1-2; L. 191/2009, c. 83; art. 17, c. 4, D.L. 98/2011.
- Leggi regionali: L.R. Marche n. 15/1984, art. 7; L.R. Calabria n. 8/1999, art. 3; L.R. Friuli-Venezia Giulia n. 8/2001, art. 6.
- Delibera Giunta Regione Lombardia n. VII/5641 del 20 luglio 2001.

- Accordo Stato-Regioni, 10 luglio 2014, Intesa n. 82/CSR, *Patto per la salute 2014-2016*, art. 9, commi 2-5.
- Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per l'anno 2023 – Regole tecniche, Atto n. 124/CSR.
- Conferenza Stato-Regioni, Intesa del 3 dicembre 2009, art. 19.

BIBLIOGRAFIA

GIURISPRUDENZIALE

- Corte cost., sent. n. 245/1984
- Corte cost., sent. n. 359/1985
- Corte cost., sent. n. 356/1992
- Corte cost., sent. n. 416/1995
- Corte cost., sent. n. 267/1998
- Corte cost., sent. n. 309/1999
- Corte cost., sent. n. 437/2001
- Corte cost., sent. n. 282/2002
- Corte cost., sent. n. 88/2003
- Corte cost., sent. n. 376/2003
- Corte cost., sent. n. 36/2004
- Corte cost., sent. n. 417/2005
- Corte cost., sent. n. 34/2006
- Corte cost., sent. n. 134/2006
- Corte cost., sent. n. 181/2006
- Corte cost., sent. n. 248/2006
- Corte cost., sent. n. 301/2006
- Corte cost., sent. n. 50/2007
- Corte cost., sent. n. 95/2007
- Corte cost., sent. n. 98/2007
- Corte cost., sent. n. 120/2008
- Corte cost., sent. n. 162/2007

- Corte cost., sent. n. 163/2011
- Corte cost., sent. n. 193/2007
- Corte cost., sent. n. 203/2008
- Corte cost., sent. n. 271/2008
- Corte cost., sent. n. 371/2008
- Corte cost., sent. n. 139/2009
- Corte cost., sent. n. 341/2009
- Corte cost., sent. n. 2/2010
- Corte cost., sent. n. 40/2010
- Corte cost., sent. n. 52/2010
- Corte cost., sent. n. 100/2010
- Corte cost., sent. n. 121/2010
- Corte cost., sent. n. 141/2010
- Corte cost., sent. n. 161/2010
- Corte cost., sent. n. 309/2010
- Corte cost., sent. n. 361/2010
- Corte cost., sent. n. 8/2011
- Corte cost., sent. n. 77/2011
- Corte cost., sent. n. 123/2011
- Corte cost., sent. n. 330/2011
- Corte cost., sent. n. 91/2012
- Corte cost., sent. n. 32/2012
- Corte cost., sent. n. 142/2012
- Corte cost., sent. n. 151/2012
- Corte cost., sent. n. 297/2012
- Corte cost., sent. n. 214/2012
- Corte cost., sent. n. 28/2013
- Corte cost., sent. n. 32/2013
- Corte cost., sent. n. 79/2013
- Corte cost., sent. n. 104/2013
- Corte cost., sent. n. 110/2014
- Corte cost., sent. n. 236/2013
- Corte cost., sent. n. 325/2013
- Corte cost., sent. n. 85/2015

- Corte cost., sent. n. 278/2014
- Corte cost., sent. n. 65/2016
- Corte cost., sent. n. 107/2016
- Corte cost., sent. n. 161/2016
- Corte cost., sent. n. 251/2016
- Corte cost., sent. n. 266/2016
- Corte cost., sent. n. 275/2016
- Corte cost., sent. n. 106/2017
- Corte cost., sent. n. 154/2017
- Corte cost., sent. n. 169/2017
- Corte cost., sent. n. 190/2017
- Corte cost., sent. n. 192/2017
- Corte cost., sent. n. 243/2017
- Corte cost., sent. n. 247/2018
- Corte cost., sent. n. 200/2019
- Corte cost., sent. n. 130/2020
- Corte cost., sent. n. 166/2020
- Corte cost., sent. n. 177/2020
- Corte cost., sent. n. 217/2020
- Corte cost., sent. n. 220/2020
- Corte cost., sent. n. 221/2020
- Corte cost., sent. n. 6/2022
- Corte cost., sent. n. 190/2022
- Corte cost., sent. n. 242/2022
- Corte cost., sent. n. 256/2022
- Corte cost., sent. n. 134/2023
- Corte cost., sent. n. 76/2023
- Corte cost., sent. n. 175/2024
- Corte cost., sent. n. 32/2025
- TAR Lazio, Roma, sez. III, 24 febbraio 2020, n. 2426
- TAR Lazio, Roma, sez. III, 3 marzo 2020, n. 2786
- TAR Lazio, Roma, sez. III, 20 marzo 2020, nn. 2788, 3185, 3492, 3494
- TAR Lazio, sent. n. 11284/2022

- Cons. Stato, n. 430/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 137/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 138/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 321/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 787/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 2075/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 4936/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 5039/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 5511/anno non indicato
- Cons. Stato, n. 7479/anno non indicato
- Cons. Stato, sez. III, 28 ottobre 2020, n. 6569
- Rapporto della Corte dei Conti, 2021, p. 30

Tesi redatta con il cofinanziamento dell'Unione europea-*NextGeneration EU*
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 4 – Componente 1 –
Investimento 4.1 “Dottorati per la Pubblica Amministrazione” – CUP
E11I22000140001



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero
dell'Università
e della Ricerca



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA