



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

**Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche
e Sociali**

**Dottorato di Ricerca in
“Autonomie Locali, Servizi Pubblici e Diritti di Cittadinanza”**

**XXVIII Ciclo
Coordinatore Scientifico: Prof. Renato Balduzzi**

**I Piani di rientro sanitari e la potestà legislativa
regionale**

S.S.D. IUS/08

**Dottorando
Dott. Andrea Patanè**

**Tutore
Prof. Renato Balduzzi**

Indice

Introduzione.....	pag. 7
-------------------	--------

Capitolo I

I Piani di rientro nell'evoluzione giuridica del Sistema sanitario nazionale

<i>1. Tutela della salute e riduzione delle risorse economiche disponibili nello Stato autonomistico.....</i>	<i>pag.14</i>
<i>1.1. Il diritto alla salute nel suo «nucleo irrinunciabile»</i>	<i>pag.21</i>
<i>1.2. Sistema sanitario nazionale e attuazione dell'art. 32 della Costituzione... </i>	<i>pag.24</i>
<i>1.3. L'evoluzione nel perseguimento degli obiettivi di tutela della salute e il ruolo svolto dalle autonomie locali.....</i>	<i>pag. 27</i>
<i>2. Il modello dei Piani di rientro sanitari nella complessa evoluzione legislativa del Sistema sanitario nazionale.....</i>	<i>pag.33</i>
<i>2.1. L'adozione della L.n. 833 del 1978 ed i successivi interventi normativi in attuazione dell'art. 32 della Costituzione.....</i>	<i>pag.35</i>
<i>2.2. Le riforme legislative degli anni Novanta nella direzione di un regionalismo competitivo.....</i>	<i>pag. 44</i>
<i>2.3. I livelli essenziali di assistenza nell'ambito della legislazione sui Piani di rientro.....</i>	<i>pag.54</i>
<i>2.4. Il modello di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni in materia sanitaria nel tentativo di mettere a pari gli orologi dell'organizzazione e del finanziamento del Sistema sanitario regionale.....</i>	<i>pag. 58</i>
<i>3. La continuità del ruolo delle Regioni nella tutela della salute a seguito della legge costituzionale n. 3 del 2001.....</i>	<i>pag. 64</i>
<i>4. L'articolo 32 della Costituzione quale parametro nei giudizi costituzionali sui Piani di rientro.....</i>	<i>pag. 71</i>
<i>5. Una prima conclusione.....</i>	<i>pag. 77</i>

Capitolo II

La disciplina dei Piani di rientro sanitari: la collocazione nel sistema delle fonti e la potestà legislativa regionale

<i>1. L'introduzione dei Piani di rientro nell'ordinamento: una ricostruzione ragionata.....</i>	<i>pag. 84</i>
<i>1.1. L'evoluzione degli Accordi tra Stato e Regioni in rapporto ai Piani di rientro.....</i>	<i>pag. 86</i>

<i>1.2. L'introduzione nella legislazione ordinaria delle disposizioni a fondamento dell'Accordo tra lo Stato e la Regione.....</i>	<i>pag. 91</i>
<i>1.3. Lo sviluppo, nella direzione di una sempre maggiore incisività in termini finanziari, dei Piani di rientro nell'ordinamento.....</i>	<i>pag. 97</i>
<i>1.4. Il rafforzamento della previsione legislativa sui Piani di rientro, ed il riconoscimento di questi come atti vincolanti per l'ordinamento regionale.....</i>	<i>pag. 105</i>
<i>1.5. Il processo di consolidamento della legislazione e il problema della responsabilità politica per il deficit.....</i>	<i>pag. 112</i>
<i>2. Le costanti rinvenibili negli Accordi sottoscritti dalle diverse Regioni e la possibile definizione di uno schema tipo.....</i>	<i>pag. 116</i>
<i>2.1. L'attuazione della legislazione sui Piani di rientro da parte di alcune Regioni mediante la sottoscrizione degli Accordi e le differenze di maggior rilievo.....</i>	<i>pag. 119</i>
<i>2.2. Le peculiarità degli Accordi sottoscritti dalle Regioni con lo Stato e gli effetti sul Sistema sanitario regionale.....</i>	<i>pag. 129</i>
<i>3. La vincolatività del Piano di rientro sanitario nel quadro del "nuovo" Titolo V della Costituzione</i>	<i>pag. 133</i>
<i>3.1. L'interpretazione dei Piani di rientro nella giurisprudenza costituzionale e la sua evoluzione rispetto alle modifiche legislative intervenute.....</i>	<i>pag. 140</i>
<i>3.2. Il principio di coordinamento della finanza pubblica e autonomia politica regionale: brevi osservazioni critiche</i>	<i>pag. 156</i>
<i>3.3. L'Accordo tra lo Stato e le Regioni come norma interposta nel giudizio di costituzionalità.....</i>	<i>pag. 168</i>
<i>4. Il mancato rispetto dell'Accordo da parte dello Stato e il peculiare caso delle Regioni a Statuto speciale.....</i>	<i>pag. 182</i>
<i>5. Alcune considerazioni di sintesi.....</i>	<i>pag. 186</i>

Capitolo III

L'attuazione dei Piani di rientro nelle dinamiche costituzionali dello Stato regionale

<i>1. I Piani di rientro in continuità con gli Accordi e le intese tra lo Stato e le Regioni.....</i>	<i>pag. 195</i>
<i>1.1. Il Principio di leale collaborazione nei Piani di rientro sanitari.....</i>	<i>pag. 201</i>
<i>2. Il Piano di rientro come possibile strumento di attuazione del principio di equilibrio del bilancio.....</i>	<i>pag. 208</i>
<i>3. La nomina del Commissario ad acta per l'attuazione dei Piani di rientro sanitari.....</i>	<i>pag. 215</i>
<i>3.1. La nomina e gli atti del Commissario ad Acta nella giurisprudenza della Corte costituzionale.....</i>	<i>pag. 220</i>
<i>3.2. Riflessioni critiche sul potere «normativo» del Commissario ad acta.....</i>	<i>pag. 226</i>
<i>3.3. I poteri del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro nelle Regioni a Statuto speciale.....</i>	<i>pag. 229</i>
<i>4. Il Piano di rientro come limite alla mobilità sanitaria interregionale in presenza del principio di tutela della salute.....</i>	<i>pag. 233</i>

<i>4.1. La necessità di un corretto bilanciamento tra le esigenze organizzative ed i principi costituzionali.....</i>	<i>pag. 251</i>
<i>5. Riforme istituzionali e costituzionali, le conseguenze per la legislazione sui Piani di rientro sanitari.....</i>	<i>pag. 253</i>
Considerazioni conclusive.....	pag. 264
Bibliografia.....	pag. 277

Introduzione

L'obiettivo prioritario dell'indagine proposta è quello di ricostruire e studiare i Piani di rientro sanitari così come sono previsti all'interno del nostro ordinamento. Lo strumento giuridico introdotto per le Regioni caratterizzate da un particolare disavanzo di gestione nel settore sanitario, mostra particolari profili d'interesse per il diritto costituzionale.

Una parte della dottrina riconduce l'inizio dell'esperienza dei Piani di rientro alla legge finanziaria del 2004, secondo quanto previsto dall'articolo 1, co. 180, della legge n. 311 del 30 dicembre 2004, senza però tenere in debita considerazione la previsione contenuta nell'art. 19-ter del d.lgs. n. 502 del 1992, così come introdotta dall'art. 16 del d.lgs. n. 229 del 1999, che rappresenta la disposizione anticipatrice dello strumento dei Piani di rientro sanitari nel nostro ordinamento; ed è proprio da questa previsione che si prenderanno le mosse per ricercare, nell'evoluzione del Sistema sanitario nazionale, il ruolo svolto dai Piani di rientro.

La ricostruzione legislativa che si effettuerà in ordine a quest'importante strumento per la vita istituzionale delle Regioni terrà in debita considerazione l'evoluzione fin dalla sua genesi, mettendo al centro della riflessione la parabola legislativa e giurisprudenziale che, ad una sempre maggiore difficoltà a garantire il rispetto dei principi costituzionali in tema di rispetto dei livelli essenziali, ha proposto uno strumento capace di assistere le Regioni sino al punto di limitarne le competenze all'interno del quadro costituzionale dello Stato regionale.

La definizione che è possibile rintracciare nella legge del 2004, per cui i Piani di rientro sono da considerare come il «programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio», rappresenta l'evoluzione di quanto già previsto alla fine degli anni Novanta allorché si era resa evidente la debolezza di alcune Regioni nella gestione dei servizi

sanitari.

Nel corso della trattazione si analizzerà lo strumento volto a rimodulare le storture che si sono realizzate in alcune Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari, collocandolo in un contesto più ampio, rappresentato dall'evoluzione della legislazione sanitaria, in cui è possibile individuare già a partire dalla fine degli anni Novanta alcuni provvedimenti tesi a risolvere i deficit realizzati in materia sanitaria. La riflessione dell'evoluzione della legislazione in materia sanitaria prenderà le mosse dall'articolo 32 Cost., nella ferma convinzione che la legislazione più recente in tema di Piani di rientro debba essere fortemente connotata e supportata dai principi costituzionali in materia di tutela della salute dell'individuo e della collettività.

Lo studio sull'applicazione dell'art. 32 Cost. funge piuttosto da premessa necessaria per dimostrare la tesi che lo strumento dei Piani di rientro non è da considerarsi eccezionale o temporaneo. Si vuole avvalorare l'idea per cui l'Istituto giuridico, così pensato, si adatta pienamente all'evoluzione legislativa del Sistema sanitario nazionale per raggiungere l'obiettivo di attuare l'articolo 32 Cost.

La disciplina che ha preso avvio con la legge finanziaria del 2004 s'inserisce in un percorso organizzativo ben più complesso e finalizzato alla piena realizzazione della tutela della salute.

Per questo motivo si proverà a proporre una chiave di lettura sui Piani di rientro capace di collocare gli interventi legislativi in materia nel quadro delle scelte effettuate in Costituzione e tradotte in numerosi provvedimenti che si sono succeduti nell'attuazione del sistema sanitario nazionale (1977-78; 1992; 1993; 1999; 2012).

Prese le mosse dalla considerazione generale che la legislazione dei Piani di rientro è a pieno titolo parte integrante della disciplina sulla sanità, si considererà l'altro aspetto che ha fortemente influenzato le modalità di erogazione dei servizi sanitari, rappresentato dalle disposizioni sulle modalità di finanziamento del Servizio sanitario regionale. Questa analisi,

strettamente collegata alla riflessione sull'organizzazione e conseguenza del fatto che il Piano di rientro si inquadri nella più ampia questione dell'autonomia regionale. Se la promessa di maggiore autonomia era l'obiettivo delle riforme che hanno interessato la sanità regionale si dovrà valutare qual è l'impatto che su questo cammino ha avuto l'adozione dei Piani di rientro.

Una parte della dottrina interpreta il Piano di rientro come la dimostrazione di un fallimento dell'autonomia regionale, argomentando che questo strumento rappresenta un passaggio essenziale di un'organizzazione complessa qual è quella del Ssn, che necessita di nuovi istituti in ragione delle nuove sfide che si trova a dover affrontare.

Uno dei punti di origine di questa valutazione è che la potestà esclusiva statale si caratterizza per la presenza di elementi dinamici che mantengono in capo allo Stato un ruolo importante in forza del loro carattere trasversale. Basti considerare in tal senso la competenza attribuita a quest'ultimo a determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, soprattutto considerando che la Costituzione prevede una forte ed avanzata connotazione sociale.

Tale lettura finisce per trascurare che l'autonomia regionale è sempre un tassello della struttura giuridica dell'ordinamento. La disciplina sui Piani di rientro non può essere intesa in termini di aumento o diminuzione delle competenze delle Regioni ma come modulo organizzativo e procedimentale che caratterizza l'intero Stato pluralista per come si attua in concreto. Si pensi al carattere vincolante del Piano di rientro in riferimento alla necessità d'intervenire al fine di rimuovere eventuali provvedimenti legislativi regionali in contrasto con quanto sottoscritto.

L'analisi della disciplina di dettaglio dei Piani di rientro muove dalla legge finanziaria del 2005 e dalle successive previsioni legislative. Le disposizioni in merito all'adozione dei Piani di rientro non possono essere ricondotte ad una disciplina organica adottata dal legislatore, piuttosto ad

una serie frammentata di disposizioni legislative che soltanto nel suo insieme compongono il quadro legislativo sui Piani di rientro.

Il carattere vincolante dei Piani sarà oggetto di riflessione prendendo le mosse dalla giurisprudenza della Corte costituzionale che, in particolare dal 2010, ne ha statuito la vincolatività per le Regioni. Si comprende fin da subito come il carattere vincolante sulla potestà legislativa regionale di un accordo sottoscritto tra una Regione e i Ministeri della Salute e dell'Economia ha importanti riflessi sulla tradizionale dogmatica costituzionalistica nel sistema delle fonti. Il problema non soltanto è stato sollevato dalla dottrina più attenta, ma è oggetto di dibattito dinanzi ai giudici amministrativi ed alla Corte costituzionale.

Al di là di quanto detto sul piano di un inquadramento generale, lo strumento dei Piani di rientro pone una serie di questioni che coinvolgono tanto il tema delle fonti del diritto, quanto quello dell'equilibrio fra i poteri, interessando direttamente il rapporto fra legge statale e regionale. Il Piano di rientro, come si evidenzierà, è un programma condiviso tra i Ministri della salute, dell'Economia e la Regione finalizzato a ridurre il disavanzo creato a livello locale. La condivisione di obiettivi si sostanzia in un accordo in cui sono individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico. Dalla verifica dell'effettivo rispetto del Piano di rientro deriva l'attribuzione del finanziamento statale alla Regione. L'aspetto di cui si è appena detto, quello cioè della sottoscrizione condivisa, rappresenta uno dei profili di maggior interesse di quella che sarà la ricostruzione dell'istituto in esame, soprattutto nell'ottica di comprendere a fondo qual è la sua collocazione nel sistema delle fonti dell'ordinamento. In particolare si indagherà il valore collaborativo rappresentato dalla libera sottoscrizione del Piano di rientro da parte della Regione interessata e di come questo possa poi condizionare la sua qualificazione.

In ordine all'inquadramento dogmatico, il primo profilo di indagine concerne l'articolo 117, co. 3, Cost. Com'è noto, la Carta costituzionale

nelle materie di legislazione concorrente attribuisce la potestà legislativa alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali «riservata alla legislazione dello Stato». Per quanto attiene ai Piani di rientro, si indagherà l'aspetto del fondamento legislativo di questi atti. L'adozione dei Piani di rientro è difatti da ricondurre alle disposizioni contenute nelle leggi finanziarie dello Stato. Nel corso della trattazione si analizzerà se la sola indicazione legislativa contenuta nelle leggi finanziarie possa considerarsi conforme a quanto affermato dalla giurisprudenza costituzionale in materia, oppure se non è aderente ai requisiti individuati sul punto. In particolare si cercherà di dare una risposta rispetto a quanto statuito dalla Corte costituzionale sul coordinamento della finanza pubblica.

Nella seconda parte del lavoro si indagheranno le problematiche giuridiche che scaturiscono dall'adozione dei Piani di rientro. A far data dalla legge finanziaria per il 2010 la legislazione non si è limitata ad affermare il carattere vincolante *pro futuro* dei Piani di rientro, ma ha impegnato le Regioni a «rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, che siano di ostacolo alla piena attuazione del Piano di rientro». Si pone così il problema della legislazione regionale antecedente al Piano di rientro e incompatibile con lo stesso. Una questione che sarà indagata in stretta connessione con la questione dei poteri del Commissario *ad acta* nominato per l'attuazione del Piano di rientro. La figura del Commissario ad acta ha suscitato diversi interrogativi non solo in rapporto alla legislazione regionale in contrasto con i Piani di rientro, ma anche per i provvedimenti da questo adottati, ponendo spunti di riflessione che necessitano di essere indagati.

Un ulteriore profilo concerne il carattere collaborativo dei Piani di rientro. Se da un lato, essi rappresentano un vincolo significativo alla competenza legislativa regionale, dall'altro, essendo redatti congiuntamente dalla Regione e dai Ministeri della Salute e dell'Economia, rappresentano un'inedita forma di collaborazione fra Stato e Regione

nell'ottica di elaborare, anche con il supporto tecnico dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, obiettivi e interventi condivisi. È centrale allora l'elemento della leale collaborazione fra Stato e Regione; così come emerge un forte dato di auto-limitazione della Regione alla propria potestà legislativa. Lo strumento dei Piani di rientro sarà quindi esaminato per valutare se questo possa rappresentare un adeguato modello di sviluppo del nostro regionalismo in senso cooperativo, oppure se debba considerarsi come un istituto peculiare di una materia specifica ed in un particolare momento di crisi economica.

Il profilo della collaborazione è stato più volte richiamato dinanzi la giustizia amministrativa e, quindi, ripreso nella giurisprudenza della Corte costituzionale. La condizione di un (auto) vincolo che la Regione realizza sottoscrivendo il Piano di rientro ha certamente rappresentato un aspetto innovativo nel rapporto tra lo Stato e le Regioni. In tal senso si tornerà sulla figura del Commissario *ad acta* in relazione alla necessità per lo Stato di dover procedere alla loro nomina per attuare il Piano dinanzi ad una perseverante mancata attuazione da parte delle Regioni. In questo contesto sembra quasi che il carattere collaborativo del Piano di rientro assuma un diverso significato con riguardo alla normativa sull'equilibrio di bilancio in relazione ad una sua configurazione sistematico-dogmatica. La considerazione merita un approfondimento per valutare se si deve considerare il Piano di rientro nel novero degli strumenti attuativi dell'equilibrio di bilancio, tenendo conto degli arresti giurisprudenziali post riforma dell'art. 81 Cost.

Le valutazioni che attengono ai Piani di rientro, infine, non possono esimersi da alcune considerazioni rispetto alle riforme strutturali e istituzionali che il Parlamento si accinge ad approvare. Questo per due ordini di motivi: il primo è che le modifiche che si vorrebbero apportare alla Costituzione avrebbero conseguenze dirette sulla disciplina oggetto di studio; il secondo è che alcune delle modifiche al testo costituzionale nascono, a dire dei promotori, dalla necessità di risolvere

malfunzionamenti prodotti dalla riforma del Titolo V del 2001 e dei quali il deficit di alcune Regioni sarebbe una diretta conseguenza.

Capitolo I

I Piani di rientro nell'evoluzione giuridica del Sistema sanitario nazionale

Sommario: - **1. Tutela della salute e riduzione delle risorse economiche disponibili nello Stato autonomistico - 1.1. Il diritto alla salute nel suo «nucleo irrinunciabile» - 1.2. Sistema sanitario nazionale e attuazione dell'articolo 32 della Costituzione - 1.3. L'evoluzione nel perseguimento degli obiettivi di tutela della salute e il ruolo svolto dalle autonomie locali - 2. Il modello dei Piani di rientro sanitari nella complessa evoluzione legislativa del Sistema sanitario nazionale - 2.1. L'adozione della L.n. 833 del 1978 ed i successivi interventi normativi in attuazione dell'art. 32 della Costituzione - 2.2. Le riforme legislative degli anni Novanta nella direzione di un regionalismo competitivo - 2.3. I livelli essenziali di assistenza nell'ambito della legislazione sui Piani di rientro - 2.4. Il modello di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni in materia sanitaria nel tentativo di mettere a pari gli orologi dell'organizzazione e del finanziamento del Sistema sanitario regionale - 3. La continuità del ruolo delle Regioni nella tutela della salute a seguito della legge costituzionale n. 3 del 2001 - 4. L'articolo 32 della Costituzione quale parametro nei giudizi costituzionali sui Piani di rientro - 5. Una prima conclusione.**

1. Tutela della salute e riduzione delle risorse economiche disponibili nello Stato autonomistico

I Piani di rientro sanitari rappresentano lo strumento giuridico introdotto nel nostro ordinamento al fine di riqualificare e rendere maggiormente efficiente il Sistema sanitario nazionale. L'istituto in esame mira a razionalizzare l'allocatione delle risorse finanziarie disponibili, al fine di arginare i rischi, derivanti da un eventuale dissesto economico delle Regioni, per l'unità economica del Paese e per il rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Tal che il fondamento costituzionale dei Piani di rientro può rinvenirsi, allora, nell'art. 117, co. 2, lett. m), Cost., che attribuisce allo Stato la competenza legislativa esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza; nell'art. 117, co. 3, che attribuisce la competenza legislativa concorrente nella materia di coordinamento della finanza pubblica; nell'articolo 119 Cost. con il limite imposto all'autonomia finanziaria delle Regioni dal vincolo dell'equilibrio di bilancio; ma anche nell'art. 32 Cost., quale norma di riferimento in materia di tutela della salute.

Ed è da quest'ultimo parametro che si vogliono prendere le mosse prima di affrontare gli altri profili giuridici posti dal suddetto istituto. Il passo preliminare da compiere è quello di collocare il Piano di rientro nel percorso svolto dal nostro ordinamento nell'attuazione del principio di tutela della salute.

Il contesto in cui ci si muove è caratterizzato da situazioni differenti, legate alla diversa capacità di gestione delle risorse da parte delle Regioni;¹ Da una parte quelle virtuose, che riescono a valorizzare l'autonomia attribuitagli dalla Costituzione, garantendo ai propri residenti il rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Dall'altra vi sono, invece, Regioni che hanno dimostrato una forte difficoltà a garantire agli utenti dei rispettivi sistemi

¹ In riferimento al tema di una gestione non sempre virtuosa dell'autonomia, al centro anche dell'attuale dibattito istituzionale, e di una differente capacità di gestione dell'autonomia vedi C. NAPOLI, *Autonomia Finanziaria*, Atti del convegno, Gruppo di Pisa, Bergamo 6-7 Giugno 2014, p. 16, «L'osservazione empirica, tuttavia, restituisce dati discordanti con simile assunzione, mostrando invece – come noto – una sensibile differenziazione tra ambiti territoriali, sicché vi è da chiedersi quali siano le ragioni che giustificano la discrepanza tra i risultati attesi e quelli effettivamente rilevabili e, quindi, come questi ultimi debbano essere interpretati. L'ipotesi che appare più convincente è quella relativa alla differente abilità delle diverse amministrazioni nel gestire le risorse finanziarie, sia in entrata che in uscita, cosicché il discrimine potrebbe essere rintracciato nella diversificazione tra capacità ed incapacità di realizzare dinamiche di buona amministrazione». M. CARLI, *L'attuale organizzazione politica ed amministrativa delle Regioni*, in N. ANTONETTI, U. DE SIERVO (a cura di), *Che fare delle Regioni?*, Atti del convegno Roma 24 e 25 gennaio 2014, Istituto Luigi Sturzo, Roma, 2014, p. 210 ss.

sanitari, il medesimo livello di assistenza in conseguenza della mancata efficienza delle scelte assunte in sede di organizzazione.

Prima di soffermarci sulle valutazioni dei Piani di rientro e di analizzare tutte le conseguenze, che questo strumento ha comportato, si vuole proporre una chiave di lettura della legislazione sanitaria così da dimostrare che non si possono considerare i Piani di rientro se non nel contesto della legislazione italiana in materia sanitaria. Attraverso questo metodo è possibile collocare correttamente nell'ordinamento un istituto che ha come obiettivo primario il contenimento dei disavanzi sanitari regionali poiché strumentale alla necessità di garantire il diritto alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale.

Il Piano di rientro, secondo l'opinione qui accolta, è da inquadrarsi tra gli strumenti finalizzati a garantire «la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»;² per questo non si può affrontare l'analisi di questo strumento tralasciando lo scopo ultimo che si prefigge.

Se l'articolo 32 Cost. è difesa della vita non solo in senso assoluto, ma anche nella declinazione di garantirne un pieno godimento in una condizione di benessere psicofisico la legislazione sui Piani di rientro è uno strumento che garantisce la sua attuazione mediante una corretta erogazione dei servizi sanitari.³ Non a caso il testo costituzionale identifica in modo puntuale la tutela della salute come «diritto della persona» e la

² Si rammenti come in Costituzione quello alla salute è l'unico diritto che «viene chiamato fondamentale», E. BALBONI, *Diritti sociali, sanità e federalismo: il ruolo che spetta all'autonomia regionale* in E. CATELANI, R. TARCHI, (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Editoriale scientifica, Napoli, 2015, p. 180.

³ L'idea di tutela della salute in senso integrale e dunque di pieno benessere psicofisico è accolta, tra gli altri da B. CARAVITA, *Articolo 32*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 1990. In ordine alla tutela del benessere psicofisico da parte dell'articolo 32 Cost. si veda A. NISCO, *La tutela penale dell'integrità psichica*, in particolare il capitolo, *Linee introduttive dell'indagine*, Giappichelli, Torino, 2012. G. ROLLA, *La tutela costituzionale dei diritti*, Giuffrè, Milano, 2014, p. 64.

qualifica come fondamentale,⁴ riconoscendola come diritto «dell'individuo». Una previsione che - non è superfluo ricordare - era nell'Italia del 1948 un diritto tutto da realizzare.⁵

Il diritto fondamentale, riconosciuto dall'art. 32 Cost. deve essere considerato nel bilanciamento in tutti gli ambiti in cui questo rileva.⁶ In conseguenza di questa considerazione l'articolo 32 Cost. rappresenta un parametro costituzionale per valutare la legislazione sui Piani di rientro, sia per quanto riguarda le disposizioni a fondamento della loro adozione, sia come limite di atti, che assunti in forza del Piano, dovessero violare tale diritto fondamentale.

Per questo si considera l'articolo 32 Cost. come uno dei parametri a fondamento dell'introduzione del Piano di rientro. Non è condivisibile la tesi di ricondurre la giustificazione di tutta la legislazione sui Piani di rientro al solo coordinamento della finanza pubblica (art. 117, co. 3, 119 Cost.) senza prendere in considerazione il principio di tutela della salute.⁷ Per questa ragione non si propone l'interpretazione di quest'istituto come strumento al cui fondamento si debba ricondurre unicamente la leva finanziaria e per cui diventa mero strumento per il contenimento della spesa. In quest'ottica l'articolo 32 Cost. è fonte di legittimazione della

⁴ V. ZAGREBELSKY, *Un'introduzione al diritto fondamentale alla salute*, in G. M. CAVO, C. BOTTARI, L. S. ROSSI, G. ALTIMARI, (a cura di), *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013, p. 12.

⁵ Il diritto alla salute di cui all'articolo 32 Cost. come diritto della persona e interesse della collettività da perseguire in modo generale, universale e uniforme, come si avrà modo di dire più in dettaglio, troverà una realizzazione concreta con il Ssn pensato per raggiungere uno scopo unitario, non come l'organizzazione di un soggetto, ma come un'organizzazione che, pur comprendendo una pluralità di soggetti e di strutture, trova la sua identità e unitarietà nell'attuazione di un obiettivo finale, che è l'attuazione della previsione costituzionale, G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in "Diritto Pubblico", n. 1, 2002, p. 86.

⁶ Nella materia oggetto dello studio il bilanciamento maggiore è con la limitatezza delle risorse economiche. Il diritto alla salute è costituzionalmente condizionato all'attuazione da parte del legislatore una volta che se ne considerano e bilanciano le diverse esigenze, così R. BALDUZZI, *Il Servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assestamento normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998 n. 419)*, in "Quad. Reg.", n. 2-3, 1998, pp. 941-961.

⁷ Sul punto più diffusamente infra § II.

legislazione sui Piani di rientro e funge da parametro per valutare la congruità del mezzo rispetto allo scopo precipuo della tutela della salute.

Se si dovesse analizzare la legislazione sui Piani di rientro, senza tenere in debita considerazione il principio di tutela della salute ex art. 32 Cost. (e la legislazione ordinaria, adottata nel corso degli anni per il suo pieno raggiungimento) verrebbe a mancare uno dei parametri per il bilanciamento degli interessi. La conseguenza sarebbe quella di poter ipotizzare che, dovendo raggiungere i prefissati obiettivi di contenimento della spesa, le previsioni in attuazione del Piano di rientro possono avere come conseguenza una compressione della tutela della salute invece che la sua piena realizzazione che è l'obiettivo ultimo che si prefigge la legislazione sui Piani di rientro sanitari.⁸

Prima ancora di riflettere sulle modalità di attuazione ed applicazione della legislazione sui Piani di rientro sanitari è importante considerare che il senso ultimo della razionalizzazione della spesa è quello di migliorare l'erogazione del servizio e solo in alcuni casi questo viene a coincidere con un minore impiego di risorse.⁹

Il tema della corretta gestione delle risorse non è secondario nella misura in cui si considera che la necessità di garantire il rispetto dei livelli essenziali non coincide con un'interpretazione della Costituzione che garantisca una totale libertà di spesa. La necessità garantire un elevato

⁸ La questione in merito ai Piani di rientro verrà poi affrontata nella successiva descrizione della giurisprudenza della Corte costituzionale. Più in generale per un'analisi critica in merito al coordinamento della finanza pubblica al tempo della crisi si veda G. GRASSO, *Il costituzionalismo della crisi*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012.

⁹ V. ATELLA, F. CINCOTTI, *Un'analisi dei Piani di rientro*, cit., in "Ragiusan", n. 26, 2009, p. 79 «Tanto più elevata è la correzione che deve essere imposta ai conti sanitari, tanto è più probabile che non possa essere realizzata attraverso il solo aumento delle risorse disponibili. Si finirebbe, altrimenti, per imporre un onere eccessivo ai cittadini, tanto maggiore quanto più piccola è la base imponibile regionale pro capite. Occorre, allora, operare anche dal lato della riduzione dei costi, attraverso misure che realizzino un recupero di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie». In particolare sui dati che dimostrano come ad una maggiore spesa non corrisponde un'altrettanta migliore erogazione dei servizi si veda infra § II.

livello di assistenza non deve cioè essere utilizzato come un alibi per un aumento indiscriminato della spesa sanitaria. La razionalizzazione non deve essere interpretata in chiave di un tradimento dei principi costituzionali in tema di tutela della salute, bensì come uno strumento per garantire un miglioramento nell'erogazione dei servizi e quindi una piena attuazione del dettato costituzionale.

La prima osservazione sul punto è dunque di tipo terminologico interpretativo. La legislazione che giustifica l'adozione di un Accordo tra lo Stato ed alcune Regioni definito «Piano di rientro», non deve essere considerata come sinonimo di riduzione, o per utilizzare il gergo giornalistico degli anni della crisi finanziaria, di “tagli”. Piuttosto i Piani di rientro sono da ricondurre a quel percorso compiuto dalla legislazione negli ultimi dieci anni, e rappresentano due grandi anime della Costituzione Repubblicana: la piena realizzazione del diritto alla tutela della salute come diritto sociale ed il disegno autonomistico, che trova nelle Regioni una delle sue espressioni proprio con lo scopo di raggiungere la piena realizzazione dei diritti sociali e dell'eguaglianza tra cittadini.¹⁰

Provando a fare una riflessione in negativo, per comprendere l'importanza che assume in questa sede quanto prescritto dalla Costituzione in tema di salute, non si può non considerare che se non fosse presente l'articolo 32 Cost., come parametro di riferimento per l'ordinamento, lo strumento giuridico oggetto del presente studio

¹⁰ Un percorso, quello dell'attuazione del diritto sociale alla salute e del disegno autonomistico, che coincide già a partire dagli anni Settanta quando si è realizzata la spinta per un'attuazione integrale del disegno costituzionale. Cfr. 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. VIPIANA, *Tendenze centripete e centrifughe negli ordinamenti statali dell'Europa in crisi*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 33 «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».

assumerebbe un carattere del tutto differente in rapporto anche al parametro del pareggio di bilancio introdotto in Costituzione.

In termine di paragone, si consideri la riflessione giurisprudenziale e dottrinale in relazione al rapporto tra la tutela della salute e la libertà d'iniziativa economica privata effettuata nei primi anni successivi all'entrata in vigore della Costituzione. Ricostruendo il dibattito dell'epoca è possibile tratteggiare alcuni profili che sembrano ritornare nella questione oggetto dell'odierno dibattito. Da una parte, vi era la necessità di tutelare il diritto alla salute; dall'altra, la libertà d'iniziativa economica e l'esercizio dell'attività lavorativa non meno importante rispetto al parametro oggi rappresentato dal contenimento della spesa.¹¹ Com'è noto, la giurisprudenza dell'epoca ha considerato in più controversie, prevalente la tutela della salute nel bilanciamento con gli altri interessi presenti.¹²

Al pari del bilanciamento effettuato in quegli anni, la condizione odierna impone una riflessione sul bilanciamento tra i principi costituzionali, in particolare quelli della tutela dei diritti sociali, e la necessità di un contenimento della spesa vista la condizione oggettiva di una riduzione delle risorse economiche che derivano da un ciclo negativo vissuto dall'economia nazionale e che genera un forte mutamento dell'organizzazione sociale.¹³

¹¹ Per una ricostruzione sulla giurisprudenza dell'articolo 36 Cost. in chiave di bilanciamento con gli altri principi costituzionali si veda S. BARTOLE, *Interpretazioni e trasformazioni della Costituzione repubblicana*, Il Mulino, Bologna, 2004, p. 166 ss.

¹² Il paragone può essere effettuato con il tema della tutela sul luogo di lavoro negli anni del dopoguerra dove i giudici sono così intervenuti per sostenere che tra la libertà di iniziativa economica ed il diritto alla salute quest'ultimo deve considerarsi prevalente. Sul punto si veda L. MONTUSCHI, *Commento all'articolo 32 Cost.*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, op. cit., p. 151.

¹³ Sul tema della crisi del sistema economico una lettura non tradizionale è fornita da G. DI GASPARE, *Teoria e critica della globalizzazione finanziaria, dinamiche del potere finanziario e crisi sistemiche*, Cedam, Padova, 2012, passim.

1.1. Il diritto alla salute nel suo «nucleo irrinunciabile»

Tutto quanto si dirà nei paragrafi che seguono ha come *prìus* logico la riflessione compiuta dalla dottrina e dalla giurisprudenza su cos'è il diritto alla salute, ed in particolare su qual è il nucleo irrinunciabile che deve essere garantito dalle disposizioni legislative adottate dallo Stato e dalle Regioni secondo le rispettive competenze in materia.

I provvedimenti legislativi tesi a realizzare il sistema di assistenza sanitaria si fondano sull'attuazione dell'articolo 32 Cost. e non possono quindi prescindere dal tenere in stretta considerazione la costante evoluzione interpretativa sul tema.¹⁴ I diversi Sistemi sanitari regionali, che nel loro insieme formano il Sistema sanitario nazionale, garantiscono l'interesse del singolo ad ottenere le cure necessarie affinché si realizzi la piena attuazione del principio sancito dall'articolo 32 Cost.

Prendendo le mosse da suddetto principio, si deve considerare che nel valutare le disposizioni legislative (in questo caso in tema di Piani di rientro) anche in un'ottica di bilanciamento con gli altri articoli, bisogna riconoscere «un nucleo irrinunciabile del diritto alla salute» che è «protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto».¹⁵

La Corte costituzionale ha espresso in più occasioni il proprio giudizio in merito alla tesi del nucleo irrinunciabile in riferimento

¹⁴ P. PERLINGIERI, P. PISACANE, *Art. 32, Commento alla Costituzione italiana*, Edizioni Scientifiche italiane, Napoli 1997, p. 205, «L'interpretazione dell'articolo in esame, nel suo assetto complessivo e nel rapporto con l'intero impianto costituzionale, ha subito nel corso degli anni un'evoluzione del tutto peculiare relativa sia alla qualificazione giuridica da attribuire alla salute sia alle interrelazioni con altre materie».

¹⁵ Così Corte cost. n. 432 del 2005, punto 5.1 del considerato in diritto. In merito ad una valutazione sulla pronuncia della Corte anche alla luce dell'utilizzazione del parametro dell'articolo 3 Cost. nelle motivazioni si veda G. SILVESTRI, *Uguaglianza, Ragionevolezza e Giustizia Costituzionale*, in M. CARTABIA, T. VETTORI, (a cura di), *Le ragioni dell'uguaglianza*, Giuffrè, Milano, 2008, p. 11.

all'articolo 32 Cost.¹⁶ Da ultimo quest'argomentazione è stata ribadita nella sentenza Corte cost. n. 432 del 2005 in cui la Corte ha riaffermato l'esistenza di un nucleo duro dell'art. 32 Cost., da cui il legislatore non può prescindere nelle proprie scelte legislative.¹⁷

In caso contrario, un'eccessiva compressione del diritto alla salute equivarrebbe alla negazione del diritto. Una delle conseguenze di questa considerazione di principio è da identificare nella legislazione che ha previsto i livelli essenziali di assistenza che hanno trovato pieno recepimento nella riforma costituzionale.

La Corte costituzionale, considerato che sussiste un nucleo irrinunciabile, ha elaborato una giurisprudenza che ne individua i confini che possono essere considerati mobili attese le modifiche subite nel corso degli anni.¹⁸ Alle pronunce della Corte costituzionale sono seguite le decisioni dei tribunali ordinari che hanno riconosciuto maggiori tutele.¹⁹

¹⁶ In precedenti pronunce la Corte si riferisce ad un «nucleo irriducibile», Cost. cost. n. 309 del 1999.

¹⁷ Per alcune considerazioni sulla sentenza Corte cost. n. 432 del 2005 si veda P. BONETTI, *Trattamento giuridico dello straniero e disciplina dell'immigrazione*, in V. ONIDA, B. RANDAZZO, (a cura di) *Viva vox Constitutionis: temi e tendenze nella giurisprudenza costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 367, ss. F. GIRELLI, *Gli stranieri residenti in Lombardia totalmente invalidi per cause civili hanno diritto alla circolazione gratuita sui servizi di trasporto pubblico di linea nel territorio regionale*, in «Rivista A.I.C.», 27 gennaio 2006. In tal senso si vedano anche le sentenze della Corte cost. n. 304 del 1994, Corte cost. n. 267 del 1998, Corte cost. n. 309 del 1999, Corte cost. n. 509 del 2000. Dello stesso tenore la sentenza Corte cost. n. 40 del 2013; cfr. L. PRINCIPATO, *Il diritto - talvolta - degli stranieri extracomunitari all'assistenza sociale*, in «Giur. Cost.», fasc. 2, 2013, pp. 718-727.

¹⁸ Per una riflessione sull'attuazione giudiziaria dell'art. 32 Cost. si veda A. MANGIA, *Attuazione legislativa ed applicazione giudiziaria del diritto alla salute*, in «Dir. Pub.», fasc. 3, 1998, pp. 762-776.

¹⁹ Oltre al diritto a ricevere le cure e le prestazioni sanitarie che ha trovato applicazione fin da subito nell'ordinamento, si pensi, tra gli altri, al diritto a vivere in un ambiente salubre, al diritto alla scelta del medico, alla scelta del luogo dove ottenere la prestazione sanitaria. Si veda F. DAL CANTO, *I diritti e i doveri costituzionali*, in R. ROMBOLI (a cura di) *Manuale di diritto costituzionale*, Vol. I, *Lo Stato e gli altri ordinamenti giuridici, i principi fondamentali, i diritti e i doveri costituzionali*, Giappichelli, Torino, 2011, p. 227. La giurisprudenza ha anche ritenuto che possa rientrare nel nucleo irrinunciabile del diritto alla salute la possibilità di ottenere dei farmaci per quei soggetti con scarsa capacità reddituale, cfr. T.A.R. per la Campania, Sez. I, Napoli, n. 8752 del 2007. La considerazione di un nucleo

Le considerazioni fatte dalla giurisprudenza in tema di applicazione del diritto alla tutela della salute incrociano la legislazione sui Piani di rientro a tal punto da imporre l'elaborazione di nuove chiavi di lettura da parte della giurisprudenza della Corte costituzionale rispetto agli orientamenti precedentemente assunti.

Quello che si vuole evidenziare, in quanto strettamente connesso con la legislazione sui Piani di rientro, è che la giurisprudenza della Corte costituzionale ha riconosciuto che il contenuto essenziale del diritto alla salute non deve essere intaccato nel bilanciamento con le esigenze finanziarie dello Stato.²⁰

Una considerazione che tornerà assai utile nell'analisi della legislazione sui Piani di rientro, se si considera che tali Accordi sono sottoscritti dalla Giunta regionale con i Ministri competenti senza alcuna valutazione da parte del Consiglio regionale o del Parlamento in merito al contenuto di ogni singolo Accordo. Tale profilo, dunque, mostra aspetti di grande interesse, se si pensa che i suddetti Piani condizionano in modo rilevante la potestà legislativa regionale in materia di sanità e la determinazione dei servizi da erogare nel territorio della Regione. D'altra parte, non si può non considerare che è il legislatore a garantire la realizzazione del diritto costituzionale alla tutela della salute, essendo

irrinunciabile del diritto alla salute è stata ampiamente utilizzata anche dalla giurisprudenza penale. Si pensi, tra le altre, a quanto affermato dalla Corte di Cassazione, a Sezioni Unite, nella sentenza n. 2437 del 2009 in tema di consenso informato, in cui si è fatto un ampio utilizzo della nozione del nucleo irrinunciabile del diritto alla salute. Nell'accezione di un diritto alla tutela della salute che accoglie diversi aspetti della tutela della vita umana si veda L. DEGANI, R. MOZZANICA, *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2009, p. 33 ss.

²⁰ Lo scrive in modo puntuale chi ha affermato che il rispetto della soglia minima del diritto alla salute è sottratta a «qualunque valutazione da parte dell'organo di rappresentanza popolare», C. TRIPODINA, *Art. 32*, in S. BARTOLE, R. BIN, V. CRISAFULLI, L. PALADIN, (a cura di) *Commentario breve alla Costituzione, seconda ed.*, Cedam, Padova, 2008, p. 328.

questo un diritto condizionato alle previsioni di legge.²¹ Quest'ultima valutazione trova conferma nelle motivazioni addotte dalla Corte costituzionale, che in più di una pronuncia ha valutato i provvedimenti assunti in forza del Piano di rientro in violazione del nucleo irriducibile dell'art. 32 Cost. La considerazione sul nucleo irriducibile si completa con quanto affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza Corte cost. n. 119 del 2012, in cui si ribadisce il ruolo di questa nel vigilare sul nucleo essenziale dei diritti fondamentali così da garantire che l'interesse pretensivo²² all'erogazione delle prestazioni non subisca una violazione nel bilanciamento con le esigenze della finanza pubblica.²³

1.2. Sistema sanitario nazionale e attuazione dell'articolo 32 della Costituzione

Il diritto fondamentale alla tutela della salute introdotto nell'articolo 32 Cost. ha trovato applicazione nell'ordinamento attraverso un lungo percorso di riforme.²⁴ L'entrata in vigore della Costituzione ha rappresentato il riconoscimento del principio, ma la sua attuazione è stata

²¹ Corte cost. sent. n. 304 del 1994, cfr. C. COLAPIETRO, M. RUOTOLO, *Diritti e libertà*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 108.

²² In merito al diritto del privato cfr. G. VERCILLO, *Diritti fondamentali tutelati dalla costituzione, potere amministrativo e situazioni giuridiche soggettive del privato*, in "Dir. proc. amm.", fasc. 4, 2010, p. 1372.

²³ L. DELLI PRISCOLI, *Il limite dell'utilità sociale nelle liberalizzazioni*, in "Giurisprudenza Commerciale", fasc. 2, 2014, p. 352.

²⁴ Le disposizioni normative del SSN, hanno attuato l'articolo 32 Cost. nell'ordinamento ponendo delle disposizione che hanno realizzato un sistema articolato rispetto al principio sancito per cui «Il Servizio Sanitario Nazionale introdotto dal legislatore ordinario risulterebbe più avanzato rispetto allo stesso sistema previsto dall'articolo 32 Cost.» così A. MATTIONI, *La legge quadro 328/2000: legge di attuazione di principi costituzionali*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali, commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, Milano, 2007, p. 8.

caratterizzata da un percorso composto da diverse modifiche legislative che hanno realizzato quanto sancito formalmente.²⁵

Ne consegue che la legislazione dei Piani di Rientro sanitari deve essere valutata come un tassello di un mosaico più ampio, rappresentato da diversi provvedimenti aventi come obiettivo l'attuazione del diritto costituzionalmente garantito dall'articolo 32 Cost. Non si può sottacere che si tratta «dell'unico diritto che viene definito come tale in tutto il dettato costituzionale a conferma del realismo, oltre che della saggezza, del nostro costituente».²⁶

La tutela del bene salute deve essere letta non soltanto nell'accezione di una tutela rispetto alla necessità che non si realizzi una lesione, ma piuttosto nel senso di predisporre il sistema dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, che possano assicurare il raggiungimento del benessere della persona.²⁷ Solo accogliendo quest'interpretazione si può comprendere perché lo strumento dei Piani di rientro si colloca nell'alveo della previsione dell'articolo 32 Cost. La legislazione ordinaria in tema di Piani di rientro e i provvedimenti amministrativi che ne conseguono non possono prescindere dall'aver come parametro di riferimento la tutela della salute.²⁸

²⁵ La tutela della salute ha così acquisito negli ultimi cinquant'anni un valore pari a quello della libertà, considerato che in mancanza ne deriva una forte limitazione al godimento della libertà, C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, in R. NANIA, P. RIDOLA (a cura di), *I diritti costituzionali*, Vol. III, Giappichelli, Torino, 2006, p. 1101. In senso non conforme e per un'analisi della tutela della salute fondata sul principio di eguaglianza anziché su quello di libertà cfr. M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute. Profili costituzionali* in "Dir. Soc.", n.1, 1980, p. 769.

²⁶ R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute e la manutenzione del sistema sanitario*, in "Monitor", n., 29, 2012, p. 4.

²⁷ A. PIOGGIA, *Diritto Sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 21. B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in "Diritto societario" n. 1, 1984, pp. 21-60.

²⁸ Un obiettivo che si raggiunge attraverso le disposizioni legislative, ed i provvedimenti amministrativi. Sul non affievolimento dell'articolo 32 Cost. rispetto all'attività della Pubblica Amministrazione cfr. A. MARI, Nota a Trib. Trani, sez. Ruvo, 12 gennaio 2004 n. 19534, in "Diritto e Giustizia", fasc. f. 12, 2004, p. 76 ss. Una considerazione non di secondaria importanza nello studio dei Piani di rientro, visti i numerosi atti amministrativi che caratterizzano l'esperienza

La dottrina ha già evidenziato che l'articolo 32 Cost. deve essere letto in modo non disgiunto dagli articoli 2 e 3, Cost. perché strettamente connesso con i doveri di solidarietà politica, economica e sociale; con l'articolo 31 Cost. in rapporto alla famiglia ed alla sua protezione; infine, anche con gli articoli 10 e 11 Cost. poiché l'ordinamento italiano nel conformarsi alle norme del diritto internazionale si è dovuto adeguare alle scelte che hanno delle conseguenze in materia sanitaria (in particolare quelle assunte dagli organi dell'Unione Europea).²⁹

In ordine ad un inquadramento generale dei Piani di rientro, il riferimento più importante da fare è quello con l'anima autonomista della Costituzione, in quanto la realizzazione della tutela della salute passa attraverso il ruolo delle Regioni e delle Autonomie locali.

Allo stesso tempo, la decisione del legislatore di rafforzare l'organizzazione della sanità su base regionale non può essere considerata come un limite al compito della Repubblica di tutelare e perseguire il pieno realizzarsi del diritto. Sembra piuttosto potersi affermare che dall'evoluzione del sistema regionalistico italiano si sono sviluppate nuove sfide nel cercare di far convivere al meglio i principi sanciti dalla Carta costituzionale.

L'istituto dei Piani di rientro, rappresenta la ricerca di un punto di equilibrio stabile tra queste due anime della Costituzione. Il ruolo del diritto alla salute nell'ordinamento italiano rappresenta una chiave di lettura per lo studio di un istituto tecnicamente complesso qual è quello dei Piani di rientro, ma che non può non essere ricondotto ad un contesto più articolato.

dello strumento oggetto dello studio, P. M. VIPIANA, *I provvedimenti applicativi dei Piani di rientro nell'ambito del sindacato giurisdizionale amministrativo*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2012, p. 275 ss.

²⁹ V. CARELLA, *La tutela della salute e della prevenzione*, in "Sanità pubblica e privata", 1999, p. 1371.

La scelta del costituente è stata assai lungimirante. E' proprio la situazione di cui stiamo trattando una dimostrazione di questa capacità di guardare lontano nel tempo.³⁰ Ci si deve domandare quali sarebbero state le conseguenze per la tutela della salute dei cittadini in un periodo di crisi strutturale se non avessimo avuto un sistema legislativo basato su di un diritto fondamentale così definito in Costituzione e che ha fortemente imperniato la cultura del Paese in tema di tutela della salute dell'individuo e della collettività.³¹ Quali - dunque - le conseguenze di un Piano di rientro che fosse finalizzato al solo perseguimento dell'equilibrio di bilancio e non anche del pieno riconoscimento del diritto alla tutela della salute dell'individuo definito fondamentale in Costituzione.

1.3. L'evoluzione nel perseguimento degli obiettivi di tutela della salute e il ruolo svolto dalle autonomie locali

L'Assemblea costituente ha introdotto per la prima volta in forma compiuta la tutela della salute come diritto da tutelare apportando una grande innovazione per il nostro ordinamento. Il dibattito culturale che aveva avuto origine già prima del referendum del 2 giugno 1946, si pensi

³⁰ L'Assemblea costituente con uno spiccato senso di lungimiranza ha modificato il testo nella sua versione originaria (Si vedano gli Atti Assemblea Costituente della seduta del 24 aprile del 1947) aggiungendo il riferimento al diritto alla salute in quanto fondamentale.

³¹ Nel rapporto tra diritto alla salute e crisi economica è interessante il rilievo di L. MONTUSCHI, *Articolo 32*, in G. BRANCA, (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Zanichelli, Rocca di San Casciano, 1976, p. 156, «Vero è piuttosto che la recessione economica ha assorbito ed impegnato da un lato il sindacato sul fronte della difesa dei livelli di occupazione e ha scosso e minato, dall'altro la fiducia e la combattività della classe operaia: il timore di perdere il posto di lavoro ha agito quale deterrente, favorendo la caduta in verticale della partecipazione e della disponibilità alla lotta. Ancora una volta la salute è apparsa un lusso superfluo nel momento stesso in cui il lavoro è diventato un privilegio, un bene che può essere perso in qualsiasi momento esattamente come nei bui anni '30». L'interesse di questa considerazione è da rintracciare in termini di paragone per cui la salute oggi non può essere considerato come un lusso superfluo proprio grazie al principio così com'è sancito dall'articolo 32 Cost. e che rappresenta un limite invalicabile.

ad esempio alle considerazioni sull'organizzazione sanitaria che possono essere rintracciate nei documenti dei Partigiani.³² La scelta dei costituenti è da considerarsi come un'innovazione senza precedenti.³³ Si tenga conto che per molti anni dopo l'adozione delle Costituzioni del dopoguerra quella italiana è rimasta l'unica a contenere uno specifico contenuto in tal senso.³⁴

Prima dell'adozione della Costituzione il bene salute non rappresentava un diritto dell'individuo. Basti considerare che in precedenza era riconducibile lo sviluppo dell'assistenza ospedaliera ad un'attività privata, strettamente legata alla tradizione cristiana e affidata ad enti caritatevoli religiosi.³⁵ Il passaggio dalla concezione dello Statuto Albertino a quella della Costituzione repubblicana mostra un vantaggio a favore del cittadino, rispetto alle esigenze dello Stato che risultavano prevalenti nel sistema precedente.³⁶

³² In particolare il riferimento è alla proposta di riforma sanitaria così come attuato dalla repubblica partigiana della Val d'Ossola, dov'era presente una forma embrionale di servizio sanitario con molti aspetti in comune rispetto a quanto poi realizzato con la legge n. 833 del 1978. A sua volta questo sistema venne trasmesso per motivi di studio alla Consulta veneta nel periodo tra il 1944 ed il 1945. Sul punto cfr. G. DE CESARE, *L'attuale «momento» della sanità*, in Id. (a cura di) *Dizionario di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano, 1984, p. 3.

³³ R. BALDUZZI, *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del Servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, in Id., (a cura di) *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna, 2009, p. 17. Per un'analisi della tutela della salute nei sistemi sanitari delle Costituzioni di diversi Paesi dell'Unione Europea si veda J. LUTHER, *Appunti per lo studio giuridico dei sistemi sanitari comparati* in R. BALDUZZI, (a cura di) *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2009, p. 306 ss.

³⁴ C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Raccolta di Scritti di Costantino Mortati*, Vol. III, Giuffrè, Milano, 1972, p. 435.

³⁵ Così 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*, Il Mulino, Bologna, 2013, p. 14. Si veda per una ricostruzione anche C. ELEFANTE, *Enti ecclesiastici ospedalieri sanità pubblica e spending review*, Giappichelli, Torino, 2014 p. 31; A. BOMPIANI, *Considerazioni in merito alla politica di sicurezza sociale nel settore dell'assistenza e della sanità*, "Sanità pubblica e privata", n. 4, 1996, pp. 491-524.

³⁶ In tal senso 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*, op. cit.

La tutela della salute assume così un carattere di assoluta importanza, un passo in avanti rispetto ad una più generica tutela della sanità presente nello Statuto Albertino. A dimostrazione della grande innovazione che ha avuto l'introduzione dell'articolo 32 Cost. è possibile considerare che all'inizio dell'esperienza del Regno d'Italia la priorità era rivolta al mantenimento dell'ordine pubblico, tal che la materia della sanità era affidata alla competenza del Ministero dell'Interno (l. 20 marzo 1865 n. 2248 all. C).³⁷

Il passaggio compiuto è storico. Con la Costituzione repubblicana si è riconosciuto all'individuo un diritto che questi non aveva nell'organizzazione precedente dello Stato.

In particolare, anche negli anni immediatamente successivi all'entrata in vigore della Costituzione il diritto alla salute è stato per molto tempo interpretato come mero diritto sociale di natura programmatica.³⁸

³⁷ Il rilievo è di A. PITINO, *Autonomie e salute*, in A. MORELLI, L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e autonomie territoriali*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 288. La prima importante riforma durante il Regno d'Italia è rappresentata dalla legge del 17 luglio 1890 n. 6972. L'istituzione delle Ipab ha rappresentato un importante momento di realizzazione di un'attività di assistenza attribuendo ai Comuni il compito di svolgere l'attività della beneficenza pubblica. Per l'analisi della nascita e dell'evoluzione delle Ipab si veda D. CORRÀ, *Le Ipab dalla legge Crispi al decreto legislativo 4 maggio 2001 n. 207*, in Id, (a cura di) *La disciplina delle nuove Ipab*, Maggioli, Milano, 2005, p. 15 ss. Per un riferimento alla situazione nelle diverse realtà d'Italia, E. GUZZANTI, *L'evoluzione dell'Assistenza primaria nell'Italia pre e post unitaria: il ruolo delle condotte mediche*, in Id, (a cura di) *L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Iniziative Sanitarie, Roma, 2009, p. 93 ss.

³⁸ F. PERGOLESI, *Alcuni lineamenti dei "diritti sociali"*, Giuffrè, Milano, 1953, p. 38, in cui l'autore afferma che «In sintesi, dai doveri inderogabili di solidarietà politica economica e sociale (art. 2) nella pari dignità sociale ed eguaglianza davanti alla legge di tutti i cittadini (art. 3) sono dedotti (...) la tutela della salute». Si veda anche F. PERGOLESI, *Orientamenti sociali delle costituzioni contemporanee (Testi coordinati)*, Zuffi, Bologna, 1950, passim. Una lettura in tal senso può essere rinvenuta anche in alcune pronunce della Corte, tra cui nella sentenza Corte cost. n. 112 del 1975. Nel senso per cui l'articolo 32 Cost. è da considerare come norma programmatica S. LESSONA, *La tutela della salute pubblica*, in P. CALAMANDREI, F. LEVI (a cura di), *Commentario sistematico alla Costituzione Italiana*, vol. I, G. Barbera, Firenze, 1950, p. 330.

Lo sdoganamento del diritto alla salute non più come una categoria generica di diritti sociali, ma come diretta conseguenza della sua efficacia nei confronti dei terzi si avrà in un momento successivo ed affonda le proprie radici, tra l'altro, nella tutela che è stata ampiamente riconosciuta a questo diritto dalla giurisprudenza.³⁹ Un'interpretazione che, con il trascorrere del tempo, si è fatta sempre più attenta, fino a giungere ai nostri giorni dove il cambiamento degli eventi storico-sociali impone nuove riflessioni.

Si pensi, ad esempio, alla tutela della salute dell'immigrato irregolare riguardo a cui la dottrina riflette ancora una volta sull'importanza della salute come bene dell'individuo e della collettività, prescindendo dallo status giuridico del soggetto che necessità di assistenza.⁴⁰ Od ancora si

³⁹ Sul punto si veda V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Giuffrè, Milano, 1952, ID., *Le norme "programmatiche" della Costituzione*, in *Stato, popolo, governo*, Giuffrè, Milano, 1988. Per una rilettura di tale distinzione, R. BALDUZZI, *Salute, (diritto alla)*, in S. CASSESE, (a cura di) *Dizionario di Diritto Pubblico*, Vol. VI, Giuffrè, Milano, 2006, pag. 5394. M. LUCIANI, *Diritto alla salute*, in *Digesto IV ed. Disc. Pubbl.*, XIII, Utet, Torino, 1997, p. 513; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 4 ss. C. LAVAGNA, *Basi per uno studio delle figure giuridiche soggettive contenute nella Costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1953, p. 18. Con riferimento ad una lettura di un diverso grado di programmaticità dell'articolo 32 Costituzione, D. MORANA, *Il diritto (di tutti) alle cure e quello degli indigenti alla loro gratuità: graduazione di programmaticità ed ambiti di discrezionalità*, in Id., (a cura di) *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 65. A. CARIOLA, *Diritti fondamentali e riparto di giurisdizione*, in *I diritti fondamentali oggi*, Atti del V convegno dell'Associazione italiana dei costituzionalisti, Cedam, Padova, 1995. Più in generale per una ricostruzione del diritto alla tutela della salute che tiene in considerazione le argomentazioni a sostegno della tesi per cui questo debba essere ricondotto tra le norme nell'ambito dei diritti sociali o a sostegno dell'altra tesi si veda il commento di B. CARAVITA, *Articolo 32*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN, (a cura di) *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 1990, p. 216.

⁴⁰ M. IMMORDINO, *La salute degli immigrati irregolari tra "certezza" del diritto e "incertezza" della sua effettività*, in "Nuove Autonomie", n. 2-3, 2013, p. 201 ss.; G. SILVESTRI, *Dal potere ai principi. Libertà ed eguaglianza nel costituzionalismo contemporaneo*, Roma-Bari, 2009, p. 85, A. RUGGERI, A. SPADARO, *Dignità dell'uomo e giurisprudenza costituzionale (prime notazioni)*, in "Pol. Dir.", n. 3, 1991, p. 343. Più nello specifico per una lettura ragionata delle sentenze della Corte O. SPATARO, *I diritti degli immigrati nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in "Nuove Autonomie", n. 2-3, 2013 pp. 269-297. Si veda G. F. FERRARI, *Relazione conclusiva*, in *Lo statuto costituzionale del non cittadino: Atti del Convegno annuale A.I.C. 2009*,

pensi a come la tutela della salute abbia agito nella quotidianità delle dinamiche sociali, non solo nella tutela della salute dell'adulto quanto anche nella salute del soggetto minore.⁴¹

Così la tutela della salute è divenuta un diritto ampiamente goduto, direttamente riconosciuto ed azionabile in sede giurisdizionale a piena tutela dell'individuo.⁴² Non bisogna però dimenticare come il rischio di un affievolimento dell'attenzione sul riconoscimento di questo diritto in quanto fondamentale nella sua concreta attuazione sia presente nelle scelte del legislatore soprattutto in una situazione di ridotte risorse economiche. A tal proposito vale la pena ricordare come la dottrina che inizialmente ha affrontato l'interpretazione dell'articolo 32 Cost. si era spinta fino a considerare il carattere della previsione costituzionale come «spiccatamente demagogico».⁴³ Diversamente l'interpretazione odierna è quella per cui dal dettato costituzionale deve derivare una dimensione individuale del diritto alla salute come interesse per la collettività.

Il sistema organizzativo dell'amministrazione della sanità, nell'erogare i servizi sanitari, deve tendere a garantire le cure secondo una

Jovene, Napoli, 2010. A. PITINO, *Il diritto alla salute degli immigrati tra leggi ordinarie e costituzione*, in "Quad. Reg.", n. 2, 2009.

⁴¹ A. R. FAVRETTO, *Il diritto alla salute dei minori nella prospettiva del federalismo. Un paradosso virtuoso?*, in "Quad. Reg.", n. 1, 2002, pp. 79-97, cit. «Considerata, dunque, la crescente importanza attribuita a livello internazionale all'ascolto e alla partecipazione del minore alla propria tutela anche in tema di salute e di godimento del diritto corrispondente testimoniata non soltanto dal punto di vista politico dalle disposizioni delle Carte internazionali riguardanti i diritti dei minori, ma anche da seri e approfonditi studi sul tema sarà necessario tenerne conto nel predisporre la ricognizione dei fabbisogni di salute dei minori stessi e nella costruzione dei percorsi di salute e di soddisfacimento di tali bisogni in chiave partecipata. Per fare ciò, riteniamo che uno dei primi passi da intraprendere sia una più massiccia rilevazione delle condizioni di benessere e di malessere, di salute e di malattia dei minori» presenti sul territorio italiano, anche promuovendo ricerche di natura partecipata.

⁴² L'espressione è di E. DE GIOVANNI, *Gli utenti del servizio sanitario nazionale*, in "Sanità pubblica e privata", n. 2, 1999, p. 264.

⁴³ Sul punto si veda quanto scritto da D. MORANA, *Tutela della salute e diritto (diritti) alla salute nella Costituzione italiana*, in Id, (a cura di) *La salute come diritto costituzionale: Lezioni*, Giappichelli, Torino, 2013, p. 5 ss.

funzione di tutela della salute nel pieno rispetto del diritto dell'individuo, sforzandosi di ricercare un equilibrio con gli altri interessi presenti.⁴⁴ La dottrina, aderendo a quanto stabilito dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, ha affermato più volte che la titolarità della tutela della salute appartiene alla Repubblica, intendendo come il medesimo dovere sussiste in capo alle Regioni ed alle Autonomie locali.⁴⁵

L'obbligo di tutela della salute non spetta solamente allo Stato, ma il dovere di realizzare il suo pieno rispetto grava anche sulle Regioni e sulle autonomie locali. Da ciò discende che bisogna guardare al rapporto tra l'art. 32 Cost. e l'anima oggettivamente autonomista della Costituzione come elemento di primaria importanza nell'inquadrare l'istituto dei Piani di rientro. L'impegno in capo alle Regioni di garantire la tutela della salute attraverso la competenza in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera è sintomo della lungimiranza e del coraggio dei costituenti.⁴⁶ Durante il dibattito, pur nella consapevolezza della situazione di difficoltà esistente e delle differenze presenti sul territorio delle future Regioni, ha prevalso con risolutezza la tesi dell'opportunità che l'organizzazione della rete

⁴⁴ Così F. SORRENTINO, *Diritto alla salute e trattamenti sanitari; sulla facoltà del malato d'interrompere le cure (tra art. 32 Cost. e c.p.)*, in "Quad. Reg.", 2007, p. 443. In tal senso anche S. LESSONA, *La tutela della salute pubblica*, in P. CALAMANDREI, A. LEVI, (a cura di) *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, G. Barbera, Firenze, 1950, p. 338.

⁴⁵ Così M. SICLARI, *L'articolo 32, primo comma, della Costituzione italiana nell'interpretazione della Corte costituzionale*, in "Lex Social", n. 2, 2012, p. 81. Sulla tutela dell'individuo A. MATTIONI, *La dignità nella Costituzione*, in "Jus", n. 2, 2008, p. 251.

⁴⁶ G. SCOCA, *Il governo regionale del Servizio sanitario nazionale*, in A.A.V.V., *L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, Atti del Convegno Nazionale di Diritto Sanitario, Padova, 25-26-27 giugno 1981*, Ragno Editore, Roma, 1981, p. 42., l'autore nella riflessione sul rapporto tra legge n. 833 del 1978 ed art. 32 Cost., ribadisce che «Il termine Repubblica inserito nell'art. 32 Cost. e la contestuale presenza dell'art. 117 della Cost. (...) può essere interpretato in senso positivo, pregnante, nel senso che nella tutela della salute devono necessariamente essere coinvolti tutti i livelli, per così dire, di governo, in particolare tutti gli enti territoriali presenti nell'ordinamento».

ospedaliera fosse affidata alle Regioni per la peculiarità del servizio.⁴⁷ Sul punto, parte della dottrina ha sottolineato il valore della riflessione effettuata in seno all'Assemblea costituente ed in cui, seppure in una condizione di grande divario tra le varie posizioni, si è riusciti, con determinazione ad andare oltre le preoccupazioni, ritraenti l'esistente comprendendo, che sono le Regioni gli enti più idonei a cui attribuire la competenza dell'assistenza sanitaria e ospedaliera.⁴⁸

2. Il modello dei Piani di rientro sanitari nella complessa evoluzione legislativa del Sistema sanitario nazionale

L'evoluzione dell'interpretazione del diritto alla salute, ex art. 32 Cost., come diritto non solo programmatico, ha parimenti determinato un'evoluzione della legislazione del Sistema sanitario nazionale, in cui solo da ultimo si inserisce l'adozione dei Piani di rientro.

Pertanto il corretto inquadramento della disciplina di quest'istituto non può prescindere dalla contestualizzazione nell'ambito delle trasformazioni della normativa concernente il Sistema sanitario nazionale. Invero, i Piani di rientro intercettano – quasi per definizione – le più ampie questioni concernenti la tutela della salute e, nella specie, della complessa organizzazione della sanità regionale.

⁴⁷ L'affermazione trova riscontro negli atti dell'assemblea costituente. In particolare emerge un dibattito acceso tra la possibilità di affidare alle Regioni l'organizzazione sanitaria e la necessità di garantire la realizzazione di una prestazione capillare dei servizi sanitari per garantire la tutela della salute. Da una parte che ritiene assurdo pensare ad un ordinamento legislativo regionale in questa materia (Fabbri, 22 novembre 1946); dall'altra chi afferma che «mentre l'organizzazione sanitaria ed igienica può essere effettuata sulla base di direttive generali del Governo, il problema ospedaliero, essendo soprattutto un problema finanziario e amministrativo, deve essere risolto nell'ambito della Regione, con una rigorosa disciplina che assicuri i servizi» (Bulloni, 20 novembre 1946). Il dibattito in Assemblea costituente sulla questione di affidare o meno la competenza in materia sanitaria alle Regione è stato, senza dubbio, acceso.

⁴⁸ R. BALDUZZI, *L'impatto della devolution sul Servizio sanitario nazionale*, in "Cosmopolis", n. 1, 2006, p. 3.

Da qui l'esigenza di ricostruire, nelle pagine che seguono, le evoluzioni del quadro normativo in materia di Sistema sanitario nazionale, prima di affrontare, nel successivo capitolo, le più complesse vicende della progressiva evoluzione dei Piani di rientro.

L'analisi, che si offre, richiede una preliminare puntualizzazione. Il fallimento di taluni Sistemi sanitari regionali non sono affatto la dimostrazione della debolezza dell'impianto legislativo generale in materia di organizzazione sanitaria.

Sembra, piuttosto, doversi rilevare l'incapacità politica di alcuni governi regionali a tradurre le potenzialità contenute (e offerte) nella legislazione statale.

Come si avrà modo di evidenziare nel corso della presente ricerca, in tale contesto i Piani di rientro, lungi dall'assumere le vesti di "provvedimenti eccezionali", devono essere considerati come elemento strutturale di una politica dell'organizzazione sanitaria, per così dire "responsabile".

Ed infatti, attraverso il Piano di rientro, il sistema sanitario è riportato in una situazione di equilibrio, proprio laddove vi siano Regioni non in grado di dare attuazione ai principi costituzionali in materia di tutela della salute.

Da qui l'idea che il Piano di rientro non debba essere qualificato alla stregua di elemento sanzionatorio dell'autonomia, quanto, piuttosto, di strumento per attuare un'autonomia responsabile.⁴⁹

⁴⁹ Il tema della distinzione tra norme "di" attuazione e norme "in" attuazione della Costituzione è stato ampiamente affrontato dalla dottrina. Da quanto fin qui delineato è possibile affermare che l'articolo 32 Cost. abbia rappresentato una previsione tutta da costruire nell'ordinamento della Repubblica all'indomani della sua entrata in vigore. L'evoluzione della legislazione in attuazione di detto principio è stata particolarmente vivace, pur con un ritardo all'origine; basti pensare che l'adozione della legge per l'istituzione del Ssn ha dovuto aspettare molti anni prima di essere emanata. Per una riflessione sulle ragioni di un ritardo storico nell'attuazione dell'articolo 32 Cost. D. MORANA, *Dal 1948 al 1978: L'interpretazione (riduttiva) dell'art. 32 Cost. nel primo «trentennio sanitario»* in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 321.

2.1. L'adozione della l. n. 833 del 1978 ed i successivi interventi normativi in attuazione dell'art. 32 della Costituzione

L'evoluzione dell'organizzazione sanitaria è riconducibile ad alcune tappe importanti che rappresentano altrettanti provvedimenti legislativi. Uno dei più importanti nell'attuazione dell'art. 32 Cost. è certamente rappresentato dall'istituzione del Sistema sanitario nazionale.

La legge n. 132 del 12 febbraio 1968, c.d. legge Mariotti,⁵⁰ è considerata dalla dottrina come una delle leggi ponte tra il sistema previgente e l'innovazione avvenuta con l'istituzione del Ssn.⁵¹ La riforma ospedaliera del 1968 coincide con una delle prime occasioni di attuazione dell'articolo 32 Cost.;⁵² la legge ha delineato l'organizzazione della struttura ospedaliera nel contesto regionale di assistenza sanitaria facendo compiere un primo passo nella direzione di una modifica del sistema mutualistico di impronta privatistica non più conciliabile con il carattere di servizio pubblico di assistenza sanitaria così come delineato dall'art. 32 Cost.⁵³

⁵⁰ Per un commento si veda R. POGGI, *La legge ospedaliera commento articolo per articolo della legge 12 febbraio 1968 n. 132*, Messaggerie italiane, Firenze, 1968. Si segnala in tema di assistenza ospedaliera il t.u. delle leggi sanitarie del 1934 ed il successivo regolamento ospedaliero del 1938 (r.d. n. 1631 del 30 settembre 1938). Per un quadro generale sull'istituzione dei enti ospedalieri secondo la legge n. 132 del 12 febbraio 1968 si veda U. ALLEGRETTI, *L'istituzione dei Enti ospedalieri*, in A. MATTIONI (a cura di), *Gli ospedali, aspetti giuridico-amministrativi*, Vita e Pensiero, Milano, 1970, p. 30 ss.

⁵¹ Così E. CAVASINO, *L'attuazione della Costituzione. Il carattere flessibile del diritto alla salute*, in Id. (a cura di), *La flessibilità del diritto alla salute*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012, p. 27.

⁵² A. SANDULLI, *Linee generali della riforma ospedaliera-ponte del 1974*, in *Annali di studi giuridici e socio-economici sul Servizio Sanitario Nazionale e Regionale*, Anno II, volume primo, 1976, p. 35.

⁵³ Così V. BELLINI, *Considerazione sulla legge 386*, in *Annali di studi giuridici e socio-economici sul Servizio Sanitario Nazionale e Regionale*, Anno II, volume primo, 1976, p. 191. Per una riflessione su quanto si è fatto dal momento dell'entrata in vigore della Costituzione sino al 1968 si veda G. DE CESARE, *Stato e prospettive del diritto sanitario*, Bulzoni editore, Roma, 1974, p. 19 ss. Per una ricostruzione del funzionamento dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie si

Si sono prese le mosse dalla consapevolezza che per attuare il diritto riconosciuto in Costituzione come fondamentale, vi fosse la necessità di un superamento del sistema privatistico di assistenza che si era realizzato fino a quel momento. Il legislatore ha preso atto della «marea montante dei debiti delle mutue verso gli ospedali e degli ospedali verso banche, fornitori, e altri soggetti – che secondo la logica dell’impresa gli enti ospedalieri sarebbero dovuti tutti, o quasi tutti, fallire perché tutti, o quasi tutti sostanzialmente insolventi, e ne ha tratto una logica conclusione, cioè quella di far perdere agli ospedali ogni carattere imprenditoriale».⁵⁴ E’ interessante considerare che la riforma ha trovato origine nella condizione di difficoltà economica in cui versavano gli enti mutualistici dell’epoca,⁵⁵ per poi riproporre in termini differenti le medesime difficoltà di sostenibilità economica.

La direttrice principale dell’evoluzione del sistema sanitario è generalmente ricondotta a quattro tappe, rappresentate dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978, dalla legge delega n. 421 del 1992 (da cui il d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 ed il d.lgs. n. 517 del 7 dicembre 1993); dalla legge delega n. 419 del 1998 (da cui il d.lgs. n. 229 del 19 giugno 1999).⁵⁶

veda L. SCOTTI BERTINELLI, *voce I.N.A.M.*, in *Novissimo Digesto* III ed. Utet, Torino, 1968, p. 256 ss.

⁵⁴ L. MAZZAROLLI, *Modificazioni nella gestione e nel finanziamento degli Enti ospedalieri*, in *Annali di studi giuridici e socio-economici sul Servizio Sanitario Nazionale e Regionale*, Anno II, volume primo, 1976, p. 51.

⁵⁵ Più in generale per una valutazione sulla riforma ospedaliera ed in particolare in rapporto al successivo provvedimento di modifica della rete ospedaliera il decreto legge n. 264 del 1974 si veda A. SANDULLI, *Linee generali della riforma ospedaliera-ponte del 1974*, in *Annali di studi giuridici e socio-economici sul Servizio sanitario nazionale e regionale*, op. cit. p. 29 ss. Il provvedimento del 1968, oltretutto, non rappresenta il primo passo verso la modifica per motivi di tipo economico. Già l’articolo 70 della legge n. 685 del 1967 affermava la necessità di una riforma del sistema sanitario, in particolare con riferimento all’organizzazione dello stesso, ed ai soggetti erogatori dei servizi stessi.

⁵⁶ Sulla questione della numerazione delle riforme più importanti del Sistema sanitario nazionale è possibile leggere in dottrina una diversa numerazione che in alcuni casi considera un solo intervento i due decreti legislativi del 1992 e 1993. Nel corso del presente lavoro si aderisce invece alla lettura che vede i due provvedimenti numerati distintamente considerata l’importanza che ciascuno di

Alla ricostruzione, ormai consolidata, effettuata della dottrina, è necessario segnalare le recenti riforme adottate proprio in materia sanitaria. Il riferimento è all'attenzione che il legislatore ha manifestato sui temi della sanità, sia con il d.l. n. 95 del 2012, convertito con la legge n. 135 del 2012, sia con il d.l. n. 158 del 2012, convertito con la legge n. 189 del 2012.

Per la mole degli interventi, il d.l. n. 158 del 2012, rubricato «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute» è da considerare tra i provvedimenti che completano la riforma del Sistema sanitario nazionale in stretta continuità con quanto è avvenuto con le modifiche della fine degli anni Novanta.⁵⁷ Un provvedimento che segue di poco il precedente d.l. n. 95

essi riveste nell'evoluzione del sistema sanitario. In tal senso R. BALDUZZI, *Le "sperimentazioni gestionali" tra devoluzione di competenze e fuoriuscita dal sistema*, in G. FIORENTINI (a cura di), *Privatizzare gli ospedali?*, Il Mulino, Bologna, 2004, in particolare nota n. 8.

⁵⁷ La considerazione prende le mosse dalla molteplicità degli ambiti in cui è intervenuto il legislatore e della ricchezza di modifiche effettuate. In questa sede è difficile procedere ad una ricostruzione analitica di tutte le modifiche intervenute, è però necessario dare conto di alcune di queste per comprendere sia l'attinenza con la ricostruzione che qui si sta effettuando sia l'importanza che questo provvedimento riveste nell'evoluzione del Sistema sanitario nazionale. Il d.l. n. 158 del 2012 rappresenta un tassello essenziale nell'evoluzione della sanità italiana perché interviene per disinnescare le difficoltà che derivano da un'allocazione non corretta di risorse in presenza di una mancata efficienza del sistema e che si traduce in una riduzione della qualità del servizio. A mo' di esempio è però possibile enunciare alcune delle novità introdotte per ottimizzare i costi garantendo un'elevata erogazione delle prestazioni. Un altro profilo che ha delle dirette conseguenze per il miglioramento del sistema è da individuare nell'ottimizzazione della formula dell'intramoenia al fine di garantire un corretto equilibrio tra le esigenze del professionista e l'eccellente erogazione del servizio, superando un regime provvisorio che durava da anni. Un'altra importante novità va individuata nella previsione per una migliore scelta dei direttori generali e dei primari. L'obiettivo che il decreto ha voluto perseguire è stato quello di trasformare la logica delle nomine attraverso un meccanismo poco trasparente che non ha permesso una scelta attraverso un sistema premiale. Proprio a dimostrazione della volontà d'intervenire sui tanti e diversi profili di criticità è possibile rinvenire nel testo una molteplicità di modifiche tese a far evolvere il Ssn in una direzione efficiente e moderna come per i riferimenti alle nuove malattie come la ludopatia, la sicurezza in ambito alimentare l'attenzione allo stile di vita. In quest'ottica si colloca la rimodulazione dei livelli essenziali di assistenza che rappresenta uno dei profili di maggiore valore del d.l. n. 158 del 2012.

del 2012, rubricato «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini», adottato, in una condizione storico economica di particolare difficoltà, il cui obiettivo è stato quello di razionalizzare la spesa migliorando il livello di qualità del servizio sanitario.⁵⁸

L'origine del percorso di attuazione dell'articolo 32 Cost. è rappresentato dalla legge istitutiva del Sistema sanitario nazionale che coincide con la fine di un sistema frammentato e la realizzazione di una struttura, per quanto possibile, omogenea per tutto il territorio nazionale.⁵⁹ Allo stesso tempo la legge che ha istituito il Ssn si colloca in un contesto in cui, per alcuni profili, il sistema di assistenza veniva considerato eccessivamente dispendioso, e per altri, insufficiente a soddisfare le esigenze di una società moderna che dopo vent'anni dall'entrata in vigore della Costituzione percepiva il diritto alla salute come un'esigenza da garantire ad ogni cittadino secondo un sistema organizzato.⁶⁰

⁵⁸ Il titolo III del decreto legge «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini» è significativamente rubricato «Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria».

⁵⁹ E. CASSETTA, *Relazione introduttiva*, in Id (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale, atti del convegno sulla legge n. 833/1978*, Giuffrè, Milano, 1981, p. 3. Il rapporto tra la riforma del 1978 come attuazione dell'articolo 32 Cost. era già chiaro durante i lavori preparatori della legge, così si esprime G. PASTORI, *Diritti della persona e interesse della collettività nel servizio sanitario nazionale*, in *Atti del Convegno nazionale sulla riforma sanitaria*, Milano, 21/22 ottobre 1977, Grafischa, Milano, 1978, p. 35, cit. «L'art. 1 del progetto unificato di riforma sanitaria predisposto dalla Commissione Igiene e Sanità della Camera si apre con il richiamo letterale alle bene note espressioni dell'art. 32 della Costituzione (...) in tal modo si intende dare diretta ed esclusiva attuazione al disposto dell'art. 32 (...) ed è quindi al servizio sanitario nazionale che occorre, d'ora in avanti guardare come a quella particolare organizzazione che traduce in se stessa un obiettivo, un compito costituzionale, quale la tutela della salute nella sua duplice e contestuale qualificazione». Una considerazione sempre valida, soprattutto in un contesto di riduzione delle disponibilità economiche, dove il rischio è quello di non considerare la legislazione in materia sanitaria come mezzo per la piena attuazione dell'articolo 32 Cost.

⁶⁰ Cfr., *Introduzione*, in *Modelli Italiani e stranieri di assistenza sanitaria*, Quaderni di studi e legislazione, Servizio studi legislazione e inchieste parlamentari, Grafica Editrice Romana, Roma, 1975, p. XV.

Il Ssn, così come delineato dalla legge del 1978, assume il carattere di servizio pubblico oggettivo, cioè formato da una pluralità di operatori pubblici e privati che formano nel loro insieme il servizio che permette la realizzazione del principio di tutela della salute.⁶¹

Per la prima volta, con la legge istitutiva del Sistema sanitario nazionale, si è realizzata una compartecipazione all'erogazione dei servizi sanitari sia degli Enti pubblici sia di strutture private. La legge del 1978 rappresenta un momento di svolta importante perché va nella direzione di rendere omogeneo il sistema di assistenza su tutto il territorio nazionale.⁶² L'introduzione del Servizio sanitario nazionale rappresenta una delle forme più significative di realizzazione dello Stato sociale, in quanto da questo momento lo Stato garantisce l'assistenza ai consociati in modo incondizionato.⁶³

Le aspettative, all'indomani dell'adozione della legge erano molte, da ricondurre al desiderio di ottenere l'erogazione di un servizio sanitario caratterizzato dalla decentralizzazione e l'eguaglianza nell'erogazione su tutto il territorio nazionale del medesimo servizio. Per utilizzare il lessico di Berti, è possibile affermare che la legge del 1978 ha cercato di mettere d'accordo una «garanzia statale con funzionalità locali».⁶⁴ Il sistema, nelle

⁶¹ P. MEZZANOTTE, *Tutela della salute* in M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014, p. 50.

⁶² Per una riflessione per articoli della legge e dei diversi obiettivi posti dalla legge cfr. M. PESIANI, V. BELLINI, F. P. ROSSI, *Il Servizio sanitario nazionale, commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Zanichelli, 1984, passim.

⁶³ A. CATELANI, *La sanità pubblica*, Cedam, Padova, 2010, p. 45.

⁶⁴ G. BERTI, *La riforma sanitaria nel quadro della programmazione*, in *Il servizio sanitario nazionale, Atti del convegno sulla legge n. 833/1978*, Giuffrè, Milano, 1981, p. 65 ss. Sul concorso delle Regioni nel raggiungimento degli obiettivi di programmazione sanitaria nel testo di legge G. SAPORITO, *Attuazione del Servizio sanitario nazionale: programmazione e convenzioni*, in *Il servizio sanitario nazionale, atti del convegno sulla legge n. 833/1978*, Giuffrè, Milano, 1981, p.159. Per quanto riguarda il profilo delle difficoltà economiche nel contesto storico in cui si colloca la riforma e soprattutto per le attente considerazioni sulle difficoltà nell'attuazione della stessa negli anni immediatamente successivi si veda, S. STERPI, A. BARILETTI, C. BURATTI, G. CEREÀ, A. MAYNARD, A. LUDBROOK, *Bisogno di salute e finanziamento della sanità in Italia*, Vita e Pensiero, Milano, 1983. Sempre sull'aspetto del quadro

intenzioni, aveva come scopo quello di riuscire a far convivere la situazione di ristrettezza delle risorse economiche con gli obiettivi di un'assistenza per quanto il più possibile diffusa.

L'unica Regione italiana per la quale sembra possibile porre la questione sul carattere più o meno originale rispetto al modello rappresentato dalla legge n. 833 del 1978 è il Trentino-Alto Adige, dove la legislazione regionale era già caratterizzata da alcuni aspetti peculiari nell'organizzazione del Servizio sanitario regionale precedenti la riforma del 1978.⁶⁵

La riforma ha rappresentato una rottura realizzando un sistema fondato sulla fiscalità generale, superando l'impianto mutualistico e garantendo le cure sulla base di una compartecipazione di tutti i contribuenti alle politiche sanitarie.⁶⁶ Secondo questo criterio si è erogato il servizio a tutti i cittadini a prescindere dalla singola appartenenza.⁶⁷

Il modello precedente era basato su un sistema di finanza derivata, funzionante mediante il trasferimento dallo Stato alle Regioni dei finanziamenti necessari per erogare le prestazioni sanitarie.⁶⁸ Il Servizio

economico critico che influenzò l'entrata in vigore della riforma del 1978 un aspetto non di secondaria importanza è da attribuire alla visione dei partiti politici che sostenevano la necessità di addivenire ad una modifica strutturale solamente dopo l'eventuale mutamento del quadro economico sfavorevole, su questo si veda G. PUGLIESE (a cura di) *Salute e società. Risultati della ricerca «La salute come bene individuale e collettivo. Tutela dei relativi diritti»*, Consiglio Nazionale delle ricerche, Centro Lombardo per l'educazione sanitaria, Milano, 1977, p. 360 ss.

⁶⁵ Il rilievo è di M. COSULICH, *La legge n. 833 del 1978 e il Trentino Alto-Adige: un pedissequo recepimento regionale ?*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 113.

⁶⁶ Sulle aspettative e sulle previsioni di come avrebbe dovuto agire la legge n. 833 del 1978 soprattutto all'indomani della sua adozione cfr. M. CAMELLI, *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in *L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, atti del convegno Nazionale di Diritto Sanitario, Padova 25-26-27 giugno 1981*, M. Ragno Editore, Roma, 1981, p. 53 ss.

⁶⁷ Dopo tanti anni di tentativi per modificare il sistema, la riforma degli anni Settanta, che è intervenuta nell'attuazione del diritto sociale alla salute andando di pari passo con quanto sancito in Costituzione per quanto previsto in tema di autonomia.

⁶⁸ All'articolo 51 della legge è possibile rintracciare l'istituzione del Fondo sanitario nazionale attraverso cui annualmente la legge di bilancio attribuiva la

sanitario nazionale, realizzato nel 1978, si fonda su di un criterio universalistico e solidaristico, mediante un finanziamento di fiscalità generale che permette la realizzazione dell'eguaglianza e della solidarietà.⁶⁹

La legge istitutiva del Sistema sanitario nazionale ha fondato la propria organizzazione sulle Unità Sanitarie Locali, non caratterizzate da un rapporto diretto con le Regioni, ma piuttosto con i Comuni. Com'è stato messo in evidenza nella legge n. 833 del 1978 non sono mancati aspetti di debolezza. Alcune storture che sono derivate dall'applicazione della legge hanno realizzato un aumento dei costi per la copertura delle prestazioni, frutto di un sistema di «finanziamento rigido e a gestione anarchica».⁷⁰

Il dato empirico sembra evidenziare che in alcune Regioni l'erogazione di prestazioni sanitarie sia stato letto più come strumento per erogare reddito piuttosto che servizi sanitari. Tra le criticità della legge sembra doversi evidenziare la mancanza di un rapporto tra l'erogazione dell'assistenza sanitaria e la valutazione sulle risorse economiche a disposizione nei diversi momenti del ciclo economico.⁷¹ La dottrina più

somma da utilizzare per l'erogazione dei servizi sanitari. Sul superamento del sistema mutualistico bisogna però fare riferimento già con l'inizio del funzionamento delle Regioni e quindi con i provvedimenti che avevano dato origine al trasferimento di alcune funzioni relative all'assistenza sanitaria alle Regioni. In particolare si fa riferimento al D.P.R. n. 4 del 1972, così si esprime l'articolo 1 «Le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, sono trasferite per il rispettivo territorio alle Regioni a statuto ordinario».

⁶⁹ R. BIN, G. PITRUZZELLA, D. DONATI, *Diritto alla salute e sistema sanitario*, in *Id.* (a cura di), *Lineamenti di diritto pubblico per i servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 217. L. VANDELLI, *Amministrazione centrale e servizio sanitario*, Rimini, 1984, passim.

⁷⁰ F. MERUSI, *Introduzione*, in *Id.* (a cura di), *Unità sanitarie e istituzioni*, il Mulino, Bologna 1982, p. 13

⁷¹ G. BOBBIO, M. MARTINI, *Diritto sanitario: Introduzione ed evoluzione della disciplina*, in G. BOBBIO, M. MORINO (a cura di) *Lineamenti di Diritto Sanitario*, Cedam, Padova, 2010, p. 10. In particolare la critica si sofferma sugli aspetti legati alla gestione degli organi delle ASL demandata alle scelte della politica locale, scelta che comportò «A livello finanziario (...) enormi costi di gestione con la necessità di periodici interventi legislativi necessari per ripianare i disavanzi di bilancio delle UU.SS.LL.».

attenta nel corso degli anni ha segnalato che l'aumento dell'impiego delle risorse economiche è da imputare alla mancata previsione di strumenti per la verifica del calcolo della spesa nel suo complesso; in aggiunta alla considerazione che l'organizzazione che ne è derivata ha prodotto una moltiplicazione dei centri di autonomia.⁷² Un esempio per tutti sembra potersi fare prendendo le mosse dall'art. 3, l. n. 883 del 1978, il quale sancisce che i livelli delle prestazioni sanitarie devono essere garantiti a tutti i cittadini non ponendo un'immediata attenzione all'individuazione del fabbisogno finanziario, ma rimandando questo problema ad un momento successivo.⁷³

La mancata previsione può essere imputata alla considerazione che l'adozione della legge n. 833 del 1978 è stata dettata dalla volontà di modificare profondamente l'idea stessa di Servizio sanitario da garantire ai cittadini.⁷⁴ Con la riforma la locuzione «assistenza sanitaria» è divenuta «prestazione sanitaria» da fornire attraverso l'attività svolta dalle Unità Sanitarie Locali, aventi competenze e compiti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed anche nell'erogazione di servizi legati alla tutela della salute (si pensi all'educazione sanitaria, così come alla prevenzione o alla tutela sui luoghi di lavoro).⁷⁵

⁷² R. BALDUZZI, *L'impatto della devolution sul Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 2.

⁷³ L'osservazione è di N. FALCITELLI, *Il pagamento mediante tariffe per prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale: aspetti normativi e tecnici*, in F. AROSIO, G. BORRI (a cura di), *I sistemi di finanziamento ospedaliero e nella riabilitazione*, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 105 ss. Sul sistema di finanziamento, N. DIRINDIN, *Chi paga per la salute degli italiani?*, Il Mulino, Bologna, 1996, passim.

⁷⁴ Un dato che può essere rilevato anche attraverso la lettura delle relazioni sullo stato sanitario redatte in forza dell'art. 8, co. 3, della legge n. 833 del 23 dicembre 1978. A tal proposito N. FALCITELLI, *Presentazione, Relazione sullo stato sanitario del Paese, 1981/1983*, Istituto poligrafico e zecca dello Stato, Roma, 1987, p. 19, rileva come già da queste prime relazioni è possibile evidenziare le modifiche realizzate negli anni immediatamente successivi l'entrata in vigore della legge sia sull'attività amministrativa organizzativa della sanità sia sulle conseguenze nei confronti dei cittadini del nuovo sistema organizzativo.

⁷⁵ L'insieme dei compiti affidati alle U.S.L. è rintracciabile all'articolo 10, l. 23 dicembre 1978 n. 833. Per un'analisi su alcuni aspetti in merito all'organizzazione economica delle U.S.L. si veda F. CANALETTI, *Le unità sanitarie locali: aspetti organizzativi e contabili*, Cacucci, Bari 1983, passim.

In funzione del rapporto con le autonomie locali la struttura delle U.S.L. era caratterizzata da un legame forte con i Comuni, a cui la legge demandava la gestione prevalente.⁷⁶ Dall'impianto legislativo così delineato si sarebbe dovuto realizzare un sistema autosufficiente e non caratterizzato da un utilizzo scorretto delle risorse.⁷⁷ Il risultato è stato invece quello di ottenere una moltiplicazione dei centri di spesa senza una reale incisività nella risoluzione delle criticità esistenti.

La legge del 1978 ha realizzato un sistema di finanza derivata che ha contribuito a produrre una mancata responsabilizzazione delle autonomie locali nelle scelte di politica sanitaria in rapporto alle effettive disponibilità economiche.⁷⁸ Le decisioni, in alcuni casi apparentemente condivisibili nel voler garantire il miglior grado di assistenza sanitaria, non hanno tenuto in

⁷⁶ Quando ci si riferisce ad un sistema che ha presentato delle storture si fa riferimento ad un sistema sovradimensionato rispetto alle reali. Sull'importanza del ruolo rilevantissimo della programmazione che avrebbero dovuto svolgere le USL nel panorama del governo del Sistema sanitario nazionale si veda A. MATTIONI (a cura di), *Il ruolo dell'Unità sanitaria locale nell'attuazione della programmazione-processo*, Vita e Pensiero, Milano, 1988. Su questo profilo, la conseguenza è che «mancando un indirizzo politico esterno, l'indirizzo politico ha trovato il suo organo di elaborazione all'interno dell'Unità sanitaria, nel comitato di gestione». La conseguenza è stata che nei comitati di gestione si sono riproposte le dinamiche politiche esistenti nei Comuni, così F. MERUSI (a cura di), *Unità sanitarie e istituzioni*, op. cit., p. 14. La conclusione, a cui parte della dottrina era già addivenuta negli anni successivi alla riforma è da individuare nella necessità di una modifica del sistema anche per risolvere una condizione di democrazia nell'amministrazione locale delle Usl come frutto di sola apparenza, così G. MOR, *Poteri e funzioni comunali nei confronti dell'unità sanitaria locale*, in A.A.V.V., *L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, Atti del Convegno Nazionale di Diritto Sanitario, Padova, 25-26-27 giugno 1981*, op. cit., p. 125.

⁷⁷ C. ELEFANTE, *Enti ecclesiastici ospedalieri sanità pubblica e spending review*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 48.

⁷⁸ V. PEDERZOLI, *I nuovi criteri di finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in "Sanità pubblica e privata" n. 6, 2002, p. 734. Così N. VICECONTE, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, op. cit. La tesi più ad ampio respiro che è stata sostenuta in merito alla finanza derivata da parte della dottrina è anche da ricondurre alla considerazione per cui un sistema così definito comporterebbe una riduzione della capacità di realizzare una vera autonomia, cfr. D. IMMORDINO, *Autonomia finanziaria, sussidiarietà e strumenti della leale collaborazione. L'autonomia finanziaria a dieci anni dalla riforma costituzionale*, in "Le Regioni", n. 2/3, 2011, p. 416. M. BERTOLISSI, *L'autonomia finanziaria regionale*, Cedam, Padova, 1983, passim.

considerazione quelle che erano le effettive possibilità soprattutto in chiave di prospettiva futura e di sostenibilità nel tempo.

La mancanza di un sistema di controllo della spesa ha generato un aumento incontrollato, ponendo le condizioni per intervenire con le riforme degli anni Novanta.

2.2. Le riforme legislative degli anni Novanta nella direzione di un regionalismo competitivo

Come più volte è stato evidenziato dalla dottrina più attenta, il secondo grande momento di riforma si è avuto agli inizi degli anni Novanta.

Le riforme, introdotte con il d.lgs. n. 502 del 30 dicembre del 1992 e con il d.lgs. n. 517 del 15 dicembre 1993, hanno modificato in modo sostanziale la disciplina sanitaria ed ha introdotto un sistema teso a valorizzare l'anima regionalista della nostra Costituzione, attribuendo alle Regioni la competenza nella gestione ed erogazione dei servizi sanitari.⁷⁹ Le due riforme realizzate nel biennio 1992-1993 non hanno escluso il ruolo degli enti locali, pur introducendo la grande innovazione dell'aziendalizzazione e superando l'impostazione basata sugli organismi comunali presenti in precedenza e realizzando le Aziende autonome.⁸⁰ I

⁷⁹ Per una riflessione sul tipo di Stato regionale che si realizza in Italia dopo l'adozione del d.lgs. 502 del 1992 in relazione alla materia sanitaria G. MOR, *Il riordino della sanità nella crisi dello Stato sociale e della Costituzione materiale*, in "Le Regioni", n. 1, 1994, pp. 957-988.

⁸⁰ Sul ruolo degli enti locali, tra l'altro, l'articolo 1 del d.lgs. 502 del 1992 sancisce che la realizzazione del Piano regionale deve avvenire seguendo le disposizioni presenti negli Statuti regionali che in molti casi prevedono il coinvolgimento proprio degli Enti locali. All'articolo 2 co. 2 bis si prevede in merito alla Conferenza permanente sanitaria e socio sanitaria che faccia parte di quest'organismo il Sindaco. All'articolo 3, co. 14, del medesimo provvedimento si prevede che «Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività,

due provvedimenti succedono alla legge n. 111 del 1991, che a sua volta aveva già eliminato i comitati di gestione prevedendo al loro posto l'amministratore straordinario delle Unità sanitarie locali, la cui nomina era affidata alla Regione anticipando così l'obiettivo del legislatore di affidare sempre più competenze alle Regioni in materia di organizzazione sanitaria.⁸¹

Il decreto legislativo n. 502 del 1992, adottato in forza della legge n. 421 del 23 ottobre 1992,⁸² è intervenuto modificando profili cruciali dell'organizzazione. Lo spirito del legislatore del tempo è stato quello di voler attribuire un maggiore ruolo alle Regioni, trasformando le U.S.L. in A.S.L. (Aziende sanitarie locali) attribuendo carattere di Aziende sia alle strutture territoriali sia ad alcuni ospedali trasformati in Aziende ospedaliere.⁸³

Le precedenti Unità sanitarie locali trasformate in aziende sono state qualificate come enti strumentali della Regione e caratterizzate da

esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione». Più in generale il ruolo del Comune è considerato nell'ottica di una stretta collaborazione con la programmazione della Regione e dunque a questa è affidato il compito di stabilire il grado di partecipazione degli enti locali. Il legislatore sembra aver voluto conferire al Sindaco un ruolo partecipativo rispetto alle decisioni della Regione sul territorio del Comune. Per una riflessione più ampia sulla questione si rinvia alla lettura di G. CARPANI, *Il concorso degli enti locali all'esercizio delle competenze regionali*, in "Sanità pubblica e privata", n. 3, 2000, pp. 331-354. Per un'analisi sugli sviluppi più recenti anche in termini di economia gestionale F. LEGA, *Lineamenti essenziali e sviluppo recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Egea, Milano, 2013.

⁸¹ D. SERVETTI, *Servizi Socio-sanitari e intercomunali. Il caso piemontese* op. cit. p. 91 ss.

⁸² La legge oltre alle modifiche in tema di sanità era volta a razionalizzare il pubblico impiego e la finanza locale.

⁸³ Bisogna tenere conto del periodo storico in cui tutto questo avviene. Queste riforme si inseriscono in una modifica anche della pubblica amministrazione e dei rapporti di lavoro con i dipendenti dello Stato (d.lgs. n. 29 del 3 febbraio 1993).

un'ampia autonomia organizzativa e patrimoniale responsabilizzando di molto le scelte assunte da parte della dirigenza di queste.⁸⁴

Un altro aspetto importante della riforma è rappresentato dal sistema concorrenziale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte di strutture pubbliche e private.⁸⁵ Il legislatore ha tentato di superare un sistema per certi aspetti caratterizzato da una staticità nell'organizzazione gerarchica, per tendere ad uno per quanto possibile flessibile sia in termini di domanda ed offerta, sia in termini di gestione delle risorse disponibili.⁸⁶

⁸⁴ Come spiegato dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 4484 del 24 agosto del 2007 rispetto «alla configurazione delle aziende sanitarie, merita di essere ricordato, che il decreto legislativo 502/1992 ha istituito le aziende sanitarie con personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale contabile, gestionale e tecnica (art. 3 comma I), per cui l'Azienda sanitaria, non può considerarsi una semplice sommatoria degli enti-usl, trattandosi di un ente distinto ed autonomo»

⁸⁵ Per una ricostruzione in tal senso nell'evoluzione tra Servizio sanitario nazionale e strutture private si veda V. MOLASCHI, *Tutela della concorrenza, vincoli di spesa e rapporti tra servizio sanitario nazionale e soggetti privati: una riflessione alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione, nota a: T.A.R. Milano, 29 ottobre 2003, n. 4899, sez. I*, in "Foro Amm.", fasc. 5, 2004, p. 1271; «la legislazione degli anni 1992-1994 tratteggia quindi un sistema "aperto", in cui, fermo restando il rispetto dei requisiti qualitativi, non vi sono "barriere" all'accesso dei privati. Alla base vi è l'idea che la creazione di un meccanismo competitivo tra soggetti pubblici e privati, tra i quali l'utente possa liberamente scegliere, unitamente alla rigidità del sistema di remunerazione a prestazione per tariffe determinate, possa portare ad una crescita dell'efficienza degli erogatori e dei livelli qualitativi delle prestazioni». In riferimento al rapporto delle strutture sanitarie private e del loro apporto al sistema sanitario in virtù della legge del 1978 si veda F. BASSI, *I rapporti tra le unità sanitarie locali e i presidi sanitari privati (case di cura private)*, in *I rapporti tra le U.S.L. e i presidi sanitari ed il sistema delle convenzioni in attuazione della legge di riforma sanitaria, atti del convegno nazionale*, Giuffrè, Milano, 1982, p. 63 ss.; C. GALLO, *La concorrenza nell'erogazione dei servizi sanitari e la posizione delle imprese private*, in "Sanità pubblica e privata", n. 3, 2003, pp. 249-258; G. CORSO, *Pubblico e Privato nel sistema sanitario*, in P. MAGISTRELLI, G. CORSO, G. FARES, (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile. Atti del Convegno svoltosi il 27 novembre 2008 in Roma presso l'Accademia Nazionale dei Lincei*, Giappichelli, Torino, 2009; M. CONTICELLI, *Privato e Pubblico nel Servizio Sanitario*, Giuffrè, Milano, 2012, passim.

⁸⁶ V. RAFTI, *Il processo di aziendalizzazione nella sanità attraverso le riforme*, in "Sanità pubblica e privata", n. 9, 1999, p. 313. Per un'analisi nell'erogazione delle prestazioni sanitarie si veda G. CILIONE, *Pubblico e privato nel nuovo sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie assistenziali (in particolare specialistiche ed ospedaliere)* in "Sanità pubblica e privata" n. 1, 2000, pp. 19-83. Nell'evoluzione del rapporto tra pubblico e privato in particolare nello specifico settore dei farmaci A. CARDINI, F. MASSIMINO, *I rapporti tra pubblico e privato nel settore sanitario, la*

In una ricostruzione che ha come *fil rouge* l'inquadramento della legislazione sui Piani di rientro è possibile interpretare le riforme del 1992 e 1993 come un riconoscimento di responsabilità importante nei confronti dei territori. Le scelte legislative assunte sono andate nella direzione di garantire alle Regioni la competenza di assumere le decisioni sull'organizzazione della sanità dando così la possibilità di agire sulla base delle esigenze locali. Il principio è quello per cui più è vicino l'organo che deve assumere la scelta per la risoluzione del problema più efficace può essere la risposta.

La struttura aziendale è completata con il d.lgs. n. 229 del 1999⁸⁷ che all'articolo 3 ha, tra l'altro, attribuito autonomia imprenditoriale alle A.S.L.⁸⁸

La riforma del 1999 ha rappresentato un perfezionamento di quanto avvenuto agli inizi degli anni Novanta, assumendo un ruolo cruciale nella vicenda dei Piani di rientro perché rafforza l'impostazione regionalizzata dell'erogazione dei servizi sanitari già prevista dai due precedenti decreti legislativi sopra citati.⁸⁹

Il provvedimento ha assunto, rispetto alla riforma del 1978, il carattere di un cambiamento in una direttrice autonomista dell'erogazione dei servizi. Se le riforme degli inizi anni '90 possono essere lette, rispetto

concorrenza e la dipendenza economica, in "Sanità pubblica e privata", n. 2, 2000, pp. 209-223.

⁸⁷ Il decreto legislativo è emanato in attuazione della legge delega n. 419 del 1998 e prende il nome di "Decreto Bindi. Per un'analisi ragionata sulle prime considerazioni dopo l'adozione della legge si veda R. BALDUZZI, *La legge n. 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d'insieme*, in "Sanità pubblica e privata", n. 1, 1999, pp. 161-172.

⁸⁸ Così V. ANTONELLI, *L'azienda sanitaria locale: struttura e funzioni*, in "Amministrazione in cammino", 2010, p. 1.

⁸⁹ F. TARONI, *Tempi moderni*, in "Politiche sanitarie", n. 2, 2011, p. 57, «La riforma Bindi aveva riconosciuto il carattere confederale ormai definitivamente acquisito dal Ssn indicando la necessità di una funzione nazionale di governo che favorisse la convergenza dello sviluppo dei sistemi territoriali di protezione e promozione della salute, centrata attorno al nuovo concetto dei livelli essenziali di assistenza (Lea)».

all'istituzione del Ssn del 1978, in un'ottica di rottura e cambiamento, il provvedimento di riforma del 1999 deve invece essere interpretato secondo una continuità con l'impianto realizzato con i provvedimenti del 1992 e 1993. Il decreto n. 229 del 1999 presenta un carattere di continuità rispetto all'impianto pensato dal legislatore con le riforme degli inizi anni '90, ma al tempo stesso è caratterizzato da una forte spirito innovativo. Si pensi, tra l'altro, alle forme di integrazione socio-assistenziali che per la prima volta sono caratterizzate da procedure programmatiche e capaci di incidere fortemente nel metodo di governo del sistema.⁹⁰ Il d. lgs. n. 229 del 1999 assume un ruolo di grande importanza, quasi al pari della stessa istituzione del Ssn del 1978, perché si è attuata una verifica delle importanti innovazioni avutesi con i provvedimenti degli inizi anni Novanta e si è dato

⁹⁰ L'espressione è di A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 298. Il d.lgs. n. 229 del 1999 può così essere identificato come a fondamento di una forte integrazione socio-sanitaria attraverso un coinvolgimento del mondo del volontariato, L. FAZZI, *Le riforme del Sistema sanitario e il volontariato* in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Santarcangelo di Romagna Maggioli, 2013, p. 111. Dell'idea per cui il d. lgs. n. 229 del 1999 possa essere interpretato più che come una razionalizzazione del sistema sanitario come una vera e propria riforma sanitaria al pari di quella del 1978 cfr C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Giappichelli, Torino, 2000, p. 53. Ancora sulle conseguenze del volontariato nel Welfare State, V. MARINO CAFERRA, *Il volontariato*, in Id. (a cura di), *Diritti della persona e Stato sociale*, Zanichelli, Bologna, 1991. Per una riflessione su quanto previsto dal d.lgs. n. 229 del 1999 in tema di integrazione socio sanitaria, in particolare sul superamento della frattura realizzatasi con i provvedimenti del 1992-1993 si veda D. SERVETTI, *Servizi Socio-Sanitari e intercomunalità. Il caso piemontese*, op. cit. Sul tema è intervenuta la legge n. 328 del 2000 per regolamentare gli aspetti inerenti il quadro socio assistenziale. Per questo si veda E. BALBONI, *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi della riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, Milano, 2003. Un ambito in cui è possibile registrare la mancata capacità di alcune Regioni di sfruttare «pienamente la propria potestà normativa». Sintomo di quella scarsa capacità di alcune tra le Regioni ad utilizzare le potenzialità previste dalla legislazione vigente, G. PASTORI, *Presentazione*, in E. CODINI, A. FOSSATI, S. A. FREGO LUPPI, (a cura di) *Manuale di diritto dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2015, p. 17.

avvio ad un processo di ammodernamento del Servizio sanitario nazionale.⁹¹

Il d.lgs. n. 229 del 1999 contiene una delle le più importanti novità che hanno una conseguenza per la materia oggetto del presente studio, che è rappresentata dall'introduzione dell'articolo 19-ter nel d.lgs. n. 502 del 1992. La previsione legislativa ha limitato l'autonomia regionale in materia sanitaria, prevedendo l'intervento dello Stato allorquando si dovessero presentare delle disomogeneità sul piano qualitativo nell'erogazione dei servizi e delle carenze strutturali di tipo finanziario.⁹² Nell'art. 19-ter è ben presente sia la prospettiva del rispetto dei livelli essenziali a garanzia della tutela della salute sia la necessità di assicurare l'equilibrio finanziario; con una previsione che rappresenta l'introduzione nell'ordinamento dello strumento dei piani di rientro, seppur in forma embrionale.⁹³

⁹¹ Così N. DIRINDIN, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza* in "Sanità pubblica e privata", n. 7/8, 2000, p. 1015. Rispetto a quanto detto sul tema del rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e gli Enti locali all'indomani della riforma del 1992 è necessario evidenziare come la riforma del 1999 abbia modificato in parte i termini della questione, sul punto si veda G. CARPANI, *Comuni e servizio sanitario dopo la riforma del titolo V della Costituzione*, in M. RICCA, L. CHIEFFI (a cura di), *Il governo della salute, regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez, Roma, 2005, p. 121 ss.

⁹² L'articolo 19-ter è significativamente rubricato «*Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale*». La previsione è quella invece per cui «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». Sul punto R. BALDUZZI, *Un inusitato intreccio di competenze. livelli essenziali e non essenziali*, in L. VIOLINI (a cura di) *Verso il decentramento delle politiche di welfare*, Giuffrè, Milano, 2011, p. 90 ss.

⁹³ L'art. 19-ter del d.lgs. n. 502 del 1992, prevede che «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

La locuzione «federalismo», che è stata utilizzata in quella sede, è assai significativa. Il legislatore dell'epoca è certamente distante dal voler utilizzare quest'espressione ricercando una chiave di lettura federalista del sistema nel suo complesso.⁹⁴ E' necessario collocare la previsione nello spirito del tempo e questo permette di capire qual era l'intento ultimo del

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 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».

⁹⁴ La questione dell'erogazione dell'assistenza sanitaria in rapporto ad una concezione "federale" dello Stato avendo come termine di paragone quanto previsto dalla Costituzione italiana è affrontata da A. BRANCASI, *Uguaglianze e disuguaglianze nell'assetto finanziario di una repubblica federale*, in "Diritto Pubblico", n. 3, 2002, pp. 909-980. La dottrina in più occasioni si è spesa nello studio volto a delineare le differenze tra lo Stato regionale e lo Stato federale in rapporto alle recenti riforme costituzionali realizzate in Italia ed a quelle in discussione giungendo, lo si condivide, alla considerazione per cui la locuzione di federalismo è spesso stata utilizzata in modo non pertinente ed in chiave propagandistica o demagogica spesso «sbandierata per nascondere interessi localistici che non sanno tenere nella dovuta considerazione le esigenze legate all'unità ed alla indivisibilità della Repubblica», E. BALBONI, *Dal federalismo gridato al federalismo possibile*, in E. BINDI, M. PERINI, (a cura di), *federalismo e regionalismo, Teoria e prassi nell'attuale fase storica*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 17.

legislatore. L'idea sottesa al provvedimento è quella di uno Stato regionale capace di garantire alle Regioni l'autonomia necessaria per governare i propri processi di assistenza sanitaria e al tempo stesso di realizzare un sistema di responsabilità politica delle scelte assunte, perseguendo l'obiettivo di una vera responsabilizzazione della politica sanitaria.

La modifica legislativa, che ha introdotto i «programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali», ha avuto come obiettivo quello di fungere da strumento per verificare se i Servizi sanitari regionali fossero capaci di rispettare i livelli essenziali di assistenza. La peculiarità dell'intervento legislativo per quella che poi sarà l'evoluzione con i Piani di rientro sanitari è rappresentata dal fatto che proprio dal monitoraggio potesse scaturire la necessità di un intervento nei confronti della Regione da parte dello Stato.

A tal proposito, appare meritevole d'interesse mettere in risalto che l'intervento legislativo rappresentato dall'introduzione dell'art. 19-ter era da alcuni commentatori interpretato come un possibile rischio per una spinta centralistica rispetto all'organizzazione autonomista della sanità di stampo regionale.⁹⁵ Una considerazione, quest'ultima, che non ha tenuto conto della necessità di garantire da parte dello Stato il rispetto della tutela dei principi costituzionali e che l'intervento, in caso di necessità, non è la dimostrazione di una violazione dell'autonomia, ma può anzi rappresentare il mezzo per attuare un'autonomia efficiente, che necessita di alcuni interventi nel corso del tempo.

Il sistema, con il d.lgs. n. 229 del 1999, è stato così rivisitato ed adeguato a quelle che erano le esigenze per meglio garantire il diritto alla tutela della salute.⁹⁶ La previsione adottata con l'art. 19-ter, rappresenta la

⁹⁵ Su questo 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, l'autore riferisce dell'interpretazione di parte della dottrina in riferimento all'art. 19-ter del d.lgs. n. 502 del 1992.

⁹⁶ M. BRANCA, *Dalla riforma alla razionalizzazione del servizio sanitario nazionale. La*

premessa rispetto alle previsioni legislative introdotte con la legge finanziaria per il 2004 in tema di Piani di rientro.

Il criterio che sottostà al provvedimento è quello di valorizzazione della programmazione, per cui le funzioni strumentali di coordinamento delle diverse responsabilità sull'indirizzo e il successivo controllo è affidato ai diversi livelli istituzionali dislocati sul territorio. La responsabilità in quanto individua i compiti e le funzioni secondo un rapporto dialettico che in primo luogo vede interessate le Regioni nell'assumere le scelte che più ritengono idonee per il corretto funzionamento del proprio Sistema sanitario regionale.⁹⁷

Il filo conduttore dei provvedimenti di riforma è rappresentato dalla necessità di responsabilizzare il territorio nella gestione della sanità. In tal senso è significativo che il d. lgs. n. 229 del 1999 ha affidato la responsabilità della gestione dell'azienda sanitaria locale ad un direttore generale che viene qualificato come - manager - e che risponde in un rapporto fiduciario.⁹⁸

Gli interrogativi che la dottrina si è posta sul rapporto tra un'impostazione fondata sull'efficienza dei risultati di gestione in termini di performance ed i principi quali la solidarietà o la perequazione

qualità delle prestazioni nel d.lgs. n. 229 del 1999, in "Sanità pubblica e privata", n. 12, 1999, p. 1354.

⁹⁷ 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*, Giuffrè, Milano, 2001, p. 23.

⁹⁸ Sull'aspetto dell'organizzazione manageriale in materia sanitaria come riforma che modifica profondamente la gestione della sanità con l'intento di addivenire ad una razionalizzazione della gestione delle risorse e ad una maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi si è ampiamente interrogata la dottrina, in particolar modo quella più attenta alle tematiche di diritto sanitario. Per questo si veda C.E. GALLO, *In materia sanitaria i rapporti tra organi di vertice e la dirigenza medico-sanitaria* in "Ragiusan", n. 248, 2004, pp. 12-21. G. CARPANI, *A proposito della responsabilità di risultato del direttore generale dell'azienda sanitaria* in R. BALDUZZI (a cura di), *La responsabilità professionale in ambito sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2010. G. GIORGI, *Le aziende sanitarie*, in "Sanità pubblica e privata", n. 3, 2000, pp. 801-820.

territoriale e sociale,⁹⁹ trova nell'adozione dei Piani di rientro perlomeno una tappa nella ricerca di un equilibrio tra efficienza gestionale e il rispetto dei principi costituzionali.

La regionalizzazione dell'assistenza sanitaria non può essere letta in chiave di contrapposizione con un'organizzazione del Servizio sanitario nazionale capace di garantire la piena attuazione della tutela della salute.¹⁰⁰ In altre parole, non si può in nessun modo prescindere dalla realizzazione di una rete nazionale. In tal senso il Servizio sanitario nazionale può essere letto come il «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali».¹⁰¹

L'obiettivo di realizzare la condizione di eguaglianza nell'erogazione dei servizi sanitari ha inciso fortemente nel rapporto tra il centro e la periferia in tutti i suoi livelli di governo.¹⁰² Le scelte assunte dal legislatore ordinario e da quello costituzionale hanno però delineato un quadro legislativo assai mutato rispetto a quello di partenza. Il sistema attuale è caratterizzato da una forte differenziazione dell'organizzazione della sanità quale diretta conseguenza delle scelte assunte dalle diverse Regioni attraverso i propri servizi sanitari regionali, ma che hanno sempre come obiettivo quello di garantire un unico livello di assistenza delineato dalla competenza statale esclusiva in materia.

⁹⁹ R. FERRARA, *L'organizzazione amministrativa della sanità*, in Id. (a cura di), *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007, p. 169.

¹⁰⁰ Questo si comprende anche da come le diverse Regioni hanno organizzato l'erogazione dei propri servizi sanitari regionali, per una ricostruzione che tenga conto dei diversi modelli adottati si veda S. ANTONIAZZI, *Governance territoriale e nuovi modelli di organizzazione sanitaria*, in P. BILANCIA (a cura di), *Modelli innovativi di Governance territoriale, profili teorici e applicativi*, Giuffrè, Milano, 2011, p. 272 ss.

¹⁰¹ Così 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, p. 13.

¹⁰² In tal senso e per una ricostruzione sulle modifiche avvenute in materia di organizzazione nell'erogazione dei Servizi sanitari nei diversi livelli di governo alla luce anche delle modifiche legislative e della riforma costituzionale si veda 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 giugno 2012.

2.3. I livelli essenziali di assistenza nell'ambito della legislazione sui Piani di rientro

Il mancato rispetto dei livelli essenziali di assistenza è stato uno dei criteri che ha permesso di valutare che alcune tra le Regioni non erano in linea con i principi stabiliti dalla Costituzione e dalla legislazione in tema di tutela della salute. I livelli essenziali di assistenza, anche nella vicenda sulla legislazione dei Piani di rientro, hanno dimostrato di rappresentare lo strumento per garantire il pieno rispetto dei principi stabiliti dalla Costituzione, permettendo alle Regioni di poter gestire autonomamente i propri sistemi sanitari. I Lea sono da interpretare più come una strategia che un singolo strumento di politica sanitaria.¹⁰³ Con l'esperienza dei Piani di rientro sanitari è possibile, ancora una volta, confermare la lungimiranza del legislatore che nel prevedere i livelli essenziali di assistenza ha permesso di razionalizzare il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie garantendo il rispetto e favorendo l'attuazione dei principi costituzionali.¹⁰⁴

Com'è noto, le questioni attinenti ai livelli essenziali di assistenza sono state al centro dello studio da parte della dottrina, soprattutto in concomitanza con le riforme legislative in materia di sanità degli anni Novanta. Spunti di riflessione che hanno permesso di apportare alcune delle modifiche legislative, accolte successivamente anche dal legislatore costituente.

¹⁰³ G. FRANCE, *I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di "policy innovation"*, in G. FIORENTINI (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2003, p. 78.

¹⁰⁴ A. MATTIONI, *Il diritto alla salute ed il paradosso del Titolo V*, in "L'arco di Giano", n. 69, 2011, p. 41 ss. L'autore riferendosi alle novità introdotte con il d.lgs. n. 229 del 1999, considera come questo abbia rappresentato una razionalizzazione del sistema, in particolare della legge del 1978. La previsione per cui è necessario garantire il rispetto dei livelli essenziali connettendo il rispetto di questi livelli alle risorse necessarie. L'obiettivo è la garanzia del rispetto del principio di eguaglianza sostanziale e dunque l'attuazione su tutto il territorio nazionale della tutela della salute.

I livelli essenziali di assistenza sono divenuti quel parametro capace di garantire, nella diversità dei sistemi sanitari delle diverse regioni, l'integrità e l'eccellenza del Sistema sanitario nazionale. Sono, in altre parole, lo strumento per permettere di raggiungere l'equità sul territorio nazionale garantendo un elevato livello di efficienza.¹⁰⁵

La prima considerazione da fare sul punto è in ordine all'aggettivo «essenziali» su cui si è consumato un lungo dibattito mirato a distinguere e risolvere l'equivoco terminologico tra i livelli in quanto - minimi - o - essenziali - nel senso di una soglia al di sotto della quale si è in difetto.¹⁰⁶ Da questo punto di vista la dottrina prima, e la legislazione poi, hanno qualificato i livelli essenziali di assistenza in ordine alla necessità di assicurare delle prestazioni che devono essere «uniformemente garantite su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività».¹⁰⁷ I Lea si devono, quindi, considerare come quella soglia che rappresenta il «tetto (livello

¹⁰⁵ Più diffusamente, con un'attenta ricostruzione della giurisprudenza R. BALDUZZI, *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Giappichelli, Torino, 2009, p. 81 ss.

¹⁰⁶ Sul punto R. BALDUZZI, *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in G. BARBERIS, I. LAVANDA, G. RAMPA, B. SORO, (a cura di), *La politica economica tra mercati e regole. Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Rubbettino, Roma, 2005, p. 49 ss, cui si traccia con chiarezza le tesi dimostrando la validità di dover considerare i livelli essenziali rispetto all'accezione di livelli minimi. L'autore, inoltre, coglie l'equivoco in cui anche in sede di contenzioso dinanzi alla Corte costituzionale di equiparare i livelli essenziali di assistenza con i requisiti minimi che la normativa prevede in tema di autorizzazione delle strutture sanitarie. Sulla necessità di abbandonare l'idea dei livelli essenziali minimi con l'obiettivo di una riduzione delle spese di bilancio si veda E. BALBONI, *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, n. 6, 2001, p. 1109, «Essi sono talvolta previsti come minimi, talaltra come essenziali. È difficile distinguere con certezza una diversità di significati, anche perché il ricorso a tale differenziazione terminologica potrebbe in realtà essere più casuale che voluto». L'autore chiarisce che sono minimi «i livelli che il sistema pubblico riesce a garantire a fronte di una dotazione vincolata di risorse, a prescindere dai principi ispiratori dello stesso sistema di erogazione». In alternativa «Il carattere dell'essenzialità sembrerebbe infine qualificante laddove ci si preoccupa di individuare i principi a cui il sistema di erogazione delle prestazioni si ispira».

¹⁰⁷ R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: uno nodo costituzionale*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Vita e Pensiero, Milano, 2011, p.61.

massimo) non la soglia (il livello minimo), delle garanzie offerte a tutti i cittadini». ¹⁰⁸

La questione è stata ben affrontata nella sentenza Corte cost., n. 282 del 2002, allorchando si è delineata la definizione dei livelli essenziali. La Corte ha sancito che il legislatore «deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle».

I livelli essenziali di assistenza hanno subito un'evoluzione parallela alla legislazione in materia sanitaria.

Il riferimento preliminare da fare è alla legge n. 833 del 1978, allorchando si è stabilito che a tutti i cittadini devono essere garantiti i livelli delle prestazioni sanitarie. ¹⁰⁹ La definizione, per quanto ancora lontana da quanto si è poi riconosciuto con i provvedimenti legislativi della fine degli anni Novanta, ha contribuito in modo sostanziale al riconoscimento di suddetti livelli prima nella legislazione ordinaria e poi nella Costituzione all'art. 117, co. 2, lett. m).

Per quanto attiene alle riforme degli anni Novanta ci si riferisce al riconoscimento che viene fatto dei livelli essenziali nel d.lgs. n. 502 del 1992 così come modificato dal d.lgs. n. 229 del 1999.

Il legislatore costituzionale ha accolto l'interpretazione della dottrina attribuendo allo Stato la competenza esclusiva nella «determinazione dei

¹⁰⁸ F. TARONI, *Livelli essenziali di assistenza, ipotesi «federali» e futuro del Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Giuffrè, Milano, 2004, p. 344. L'autore precisa come quest'interpretazione è in linea con la legislazione vigente che a differenze «delle dilaganti improprietà di linguaggio, non ha mai qualificato i livelli di assistenza come minimi».

¹⁰⁹ L'art. 3, co.2, della legge n. 833 del 1978, ponendo il riferimento alle prestazioni sanitarie non aveva però qualificato quest'ultime demandando «ottimisticamente il compito di precisarne i connotati e di tracciare il confine tra prestazioni dovute e non alla legge di approvazione del Piano sanitario nazionale», così R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale ?*, in op. cit. p. 57 ss.

livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (Art. 117, co. 2., lett. m) Cost.¹¹⁰ Con la riforma costituzionale si è stabilito che lo Stato garantisca la tutela della salute del cittadino non in relazione al minimo possibile, rispetto alle esigenze di bilancio, ma al livello più elevato secondo le possibilità medicalmente disponibili.¹¹¹

La ratio dei livelli essenziali è dunque strettamente connessa con l'intero impianto della legislazione sui Piani di rientro in quanto lo scopo che si prefiggono è quello di «non condizionare le prestazioni alla disponibilità dei mezzi».¹¹²

Secondo quest'impostazione i livelli essenziali di assistenza non sono da considerare come una struttura rigida bensì come un parametro mutevole nel tempo. La dimostrazione è data dalla recente modifica prevista dall'art. 5 del d.l. n. 158 del 2012, convertito in legge n. 190 del 2012, in cui il legislatore ha saputo cogliere la necessità di intervenire per rimodulare i Lea rispetto alle nuove e più recenti esigenze.¹¹³

¹¹⁰ Sul punto si veda M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione*, in "Pol. dir.", fasc. 3, 2002, pp. 345-360, per l'autore la scelta di inserire in Costituzione il riferimento ai livelli essenziali è legato alla necessità di «porre al riparo dalla discrezionale determinazione delle Regioni alcuni diritti, che non possono essere ridotti ad un livello inferiore a quello stabilito dal legislatore statale. L'implicito presupposto di questa scelta, evidentemente, è il collegamento tra livelli di godimento dei diritti, eguaglianza e cittadinanza, nel senso che la diminuzione della protezione di alcuni diritti oltre una certa soglia è interpretata come rottura del legame sociale che dà vita alla cittadinanza»

¹¹¹ R. BALDUZZI, *I livelli essenziali nel settore della sanità*, in G. BERTI, G.C. DE MARTIN, (a cura di), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici*, Giuffrè, Milano, 2003, p. 247 ss.

¹¹² A. MATTIONI, *Salute, Corti e pubblica amministrazione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Cedam, Padova, 2007, p. 3 ss.

¹¹³ L'articolo 5 del d.l. n. 158 del 2012 ha previsto che si debba provvedere all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza previsti dall'art. 1 del d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992. L'attenzione e la lungimiranza del legislatore, nel caso del provvedimento in esame, risiede nella capacità di aggiornare l'elenco rispetto ad una staticità da che aveva caratterizzato gli anni precedenti rispetto all'introduzione di elementi innovativi di grandissimo pregio, come quella che attiene alla cura delle ludopatie.

2.4. Il modello di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni in materia sanitaria nel tentativo di mettere a pari gli orologi dell'organizzazione e del finanziamento del Sistema sanitario regionale

La modalità di finanziamento del Sistema sanitario nazionale assume una particolare rilevanza in funzione dei Piani di rientro sanitari.

Le modifiche legislative adottate nel corso degli anni Novanta sono il segnale di un cambiamento forte dell'organizzazione dello Stato sociale italiano in un periodo di forte contrazione dell'economia e in presenza di un'inefficiente allocazione delle risorse.¹¹⁴ La revisione del sistema per quanto attiene la gestione delle risorse si è realizzata con l'adozione della legge delega n. 421 del 23 ottobre 1992 da cui sono scaturiti il d.lgs. n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993.¹¹⁵

I due decreti legislativi rappresentano l'introduzione in forma compiuta dei livelli delle prestazioni come ricerca di un punto di equilibrio tra le necessità di una corretta erogazione dell'assistenza sanitaria in attuazione dei principi sanciti dall'articolo 32 Cost. e le risorse disponibili.¹¹⁶

¹¹⁴ Per una verifica del *trend* di aumento della spesa sanitaria dagli anni sessanta fino all'adozione dei decreti legislativi degli anni '90 ed ha sostegno della necessità di questo intervento si veda D. CROCE, *Per una nuova aziendalizzazione del servizio*, in F. A. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Maggioli, Milano, 2012, p. 11 ss.

¹¹⁵ Per questo si veda F. TARONI, *Livelli essenziali di assistenza ipotesi «federali» e futuro del servizio sanitario nazionale* in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza tutela della salute e progetto di "devolution"*, op. cit., p. 339.

¹¹⁶ Art. 13, co. 1, d.lgs. n. 502 del 1992 «Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato». Per un'analisi delle differenze sul finanziamento prima e dopo i provvedimenti del 1992, cfr. M. BRANCA, *L'evoluzione legislativa per la*

Quello che merita di essere messo in evidenza è che il d.lgs. n. 502 del 1992 ha modificato il criterio di finanziamento della spesa sanitaria regionale. I provvedimenti degli anni Novanta hanno perseguito l'obiettivo di contenere l'impiego delle risorse economiche prevedendo, tra l'altro, che le spese sostenute per erogare servizi ulteriori rispetto a quelli previsti dai livelli essenziali non sarebbero state rimborsate dallo Stato alle Regioni.¹¹⁷

Un ulteriore provvedimento di modifica del sistema di finanziamento del sistema sanitario si è avuto con l'adozione del d.lgs. n. 56 del 2000¹¹⁸ in forza della legge delega n. 133 del 1999. Questo può essere letto come la ricerca di mettere a pari gli orologi della storia, tentando di riportare sullo stesso piano l'evoluzione legislativa in tema di organizzazione sanitaria e le sue modalità di finanziamento. Un metodo perseguito attraverso il superamento dei trasferimenti statali e l'avvio di un sistema di finanziamento fondato sulla responsabilizzazione delle Regioni.

Le scelte legislative sono state dettate dalla volontà di ottenere una migliore organizzazione del servizio sanitario così da attuare il diritto costituzionale alla salute.¹¹⁹

Il fallimento di alcune Regioni nell'organizzazione della sanità, pertanto, non può essere attribuito all'insieme delle disposizioni normative

razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, in "Sanità pubblica e privata", n. 1, 1999, p. 178.

¹¹⁷ Un'osservazione critica in senso di possibile modifica al d.lgs. n. 56 del 2000 viene da G. STORNAIUOLO, *Il finanziamento di spesa in materia sanitaria: una proposta di modifica del D.lgs. 56 del 2000 in applicazione dell'articolo 119 del Titolo V della Costituzione*, in "Rivista economica del Mezzogiorno", n. 1, 2005, p. 61 ss.

¹¹⁸ Per una lettura che permette di inquadrare le riforme nell'ottica di ricerca di un miglioramento del sistema attuale si veda A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI, (a cura di) *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, op. cit. p. 263.

¹¹⁹ Sull'idea per cui sussista una conclamata incapacità di alcune regioni di assicurare gli stessi livelli essenziali si segnala F. GRANDI, *L'abbandono dei LEP alle Regioni: il caso dell'interruzione volontaria di gravidanza*, in "Rivista A.I.C.", 13 marzo 2015.

ma alla scarsa capacità di assumere le scelte migliori.¹²⁰ L'esempio che, tra gli altri, mette in evidenza il fallimento degli strumenti previsti dalla legislazione può essere individuato nella valutazione dei dirigenti in ambito sanitario che non è sempre stato caratterizzato da un criterio di efficienza. Il tentativo di una svolta manageriale che è stata realizzata, prima con il d.lgs. n. 502 del 92 e poi confermata dal d.lgs. n. 229 del 99 ispirato al principio di buon andamento della pubblica amministrazione, è stato spesso frustrato dall'interesse sul rapporto fiduciario tra il ceto politico e i nominati.¹²¹ Considerati questi elementi di criticità non si può però sottacere che lo scopo che si era posto il legislatore con l'aziendalizzazione è stato raggiunto e nel suo complesso l'impianto legislativo ha funzionato.¹²²

In seguito alla riforma costituzionale del 2001, il legislatore è intervenuto in altre occasioni per modificare il sistema di finanziamento della sanità regionale al fine di superare le difficoltà esistenti.¹²³

Tra questi interventi va segnalato il tentativo di riforma effettuato con la legge delega n. 42 del 2009. Un provvedimento che è stato ampiamente studiato per le aspettative che aveva generato in funzione di una più efficace applicazione dei principi costituzionali e nell'ottica di un rivisitato rapporto tra regionalismo forte e federalismo fiscale. Com'è noto uno dei decreti attuativi della legge delega ha riguardato proprio la materia

¹²⁰ Sul punto la valutazione è di E. MENICETTI, *L'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale: profili di organizzazione e della dirigenza* in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229 del 99*, Giuffrè, Milano, 1999, pp. 44 ss.

¹²¹ Un provvedimento che però com'è stato evidenziato dalla dottrina si colloca a pieno nel percorso intrapreso dalla legislazione sanitaria degli anni precedenti, cfr. C. DE FIORES, *Federalismo fiscale e Costituzione. Note a margine della legge n. 42/2009*, in Studi in onore di Vincenzo Atripaldi, Vol. I, Jovene, Napoli, 2010, p. 430 ss.

¹²² Cfr. R. BALDUZZI, *I nemici distratti dell'aziendalizzazione*, in "Il bisturi", n. 6, 2006, p. 4 ss.

¹²³ Sono da segnalare il d.l. n. 342 del 4 settembre 2001; la l. n. 448 del 28 dicembre del 2001; la l. n. 289 del 27 dicembre 2002; la l.n. 350 del 24 dicembre 2003.

della sanità, ci si riferisce al decreto n. 68 del 2011.¹²⁴ L'intento delle norme contenute nel decreto era quello di responsabilizzare le Regioni attraverso un sistema che, secondo lo spirito del tempo, venne definito federalista, con un utilizzo, non pienamente corretto della locuzione “federalismo” avendo solamente il legislatore ordinario la possibilità di adottare una legislazione nella direzione di un regionalismo forte.¹²⁵ L'articolo 27, del

¹²⁴ Il d. lgs. n. 68 del 2011 affronta, tra l'altro, l'importante tema dei fabbisogni standard nel settore sanitario. Questo è stato adottato in virtù della legge delega n. 42 del 2009, che all'articolo 2, comma 2, lettera m) ha previsto la necessità di superare il sistema della spesa storica in favore di un sistema di fabbisogno standard e di rispetto dei costi standard previsto. Si è prevista l'introduzione del fabbisogno standard nazionale della spesa sanitaria, da calcolare in rapporto alle esigenze economiche in rapporto al quadro macroeconomico complessivo. Il provvedimento ha confermato il sistema dei tre macro livelli di assistenza: collettiva, distrettuale ed ospedaliera ed ha introdotto il sistema del fabbisogno standard in riferimento alle esigenze sanitarie, introducendo le previsioni inerenti ai costi ed i fabbisogni standard nel settore sanitario. Il principio di costo standard è stato introdotto al fine d'individuare un costo unitario da applicare nei diversi territori. Questo rappresenta il costo da definire in rapporto al fabbisogno standard, rispetto cioè alle prestazioni ed ai servizi pubblici essenziali, in relazione ai fabbisogni da soddisfare, definiti essi stessi standard ed individuati al fine di garantirne l'erogazione su tutto il territorio nazionale in condizione di efficienza e appropriatezza di un *quantum* ideale e necessario per assicurare le prestazioni essenziali. Per quanto riguarda la distribuzione nei confronti delle Regioni, il sistema individuato dall'articolo 27 stabilisce il parametro di distribuzione: il primo compito da svolgere è quello di calcolare il costo medio pro capite delle prestazioni, questo viene fatto attraverso la media della prestazione all'interno delle Regioni virtuose, successivamente si procede al conteggio del fabbisogno nazionale moltiplicando il dato del costo medio ottenuto in precedenza per la popolazione presente in ciascuna Regione italiana. Sulla l. n. 42 del 2009, la sua attuazione e la sanità vedi E. JORIO, *Verso il servizio sanitario federale*, in *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, F. A. ROVERSI MONACO E CARLO BOTTARI, (a cura di), Rimini, Maggioli, 2012, pp. 23 ss. M. FOGLIA, *L'approccio standard nell'ambito dell'attuazione del c.d. federalismo fiscale: tra autonomia, efficienza e tutela dei diritti e delle prestazioni essenziali*, in *Atti Convegno Annuale Gruppo di Pisa, Trapani 8-9 giugno 2012*, p. 12.

¹²⁵ «Se “federalismo” significa poco, “federalismo fiscale” è un'espressione che di per sé significa ancora meno», così R. BIN, *Verso il «federalismo fiscale» o ritorno al 1865 ?*, in “Le Regioni”, n. 4, 2010, pp. 721-726. Per una considerazione su ruolo svolto dal decreto legislativo all'interno di un più ampio percorso teso alla razionalizzazione della spesa si veda G. CAVO, *Il contenimento della spesa sanitaria dalla regionalizzazione al d.lgs. 68 del 2011: un obiettivo raggiunto?* in F. A. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, op. cit., p. 201 ss. S. BARTOLE, *La Corte costituzionale chiude al «federalismo»*, in “Giur. Cost.” n. 6, 2007, p. 4044, effettua sul tema un'interessante

d.lgs. n. 68 del 2011, ha previsto che il fabbisogno nazionale sia determinato in relazione al quadro macroeconomico nel suo complesso dovendo altresì rispettare quelli che sono i vincoli della finanza pubblica. Il sistema prevede l'applicazione su tutto il territorio nazionale di costi e fabbisogni standard derivati dai valori delle Regioni prese in considerazione come riferimento.¹²⁶ Il meccanismo, così descritto, è stato pensato nel tentativo di evitare che l'autonomia possa indurre a realizzare un aumento incontrollato della spesa senza che questo abbia un rapporto con le reali necessità di costo. L'intento perseguito dal d.lgs. n. 68 del 2011 è stato quello di rendere effettivo il sistema dei costi standard in rapporto al rispetto dei livelli essenziali di assistenza.¹²⁷ Il provvedimento non ha dato i risultati auspicati, in quanto il meccanismo previsto non è stata attuato nel funzionamento della ripartizione delle risorse.¹²⁸

Negli anni più recenti, il tentativo da parte del legislatore nella ricerca di un sistema teso a razionalizzare la spesa per migliorare l'erogazione dei

riflessione in ordine all'idea di Supremazia dello Stato in riferimento alla riforma del 2001.

¹²⁶ In conformità a quanto previsto da suddetto articolo il Consiglio dei Ministri, dell'11 dicembre 2012, ha individuato i criteri di qualità dei servizi. Le Regioni benchmark: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Umbria.

¹²⁷ Per un'analisi critica sulla possibilità di garantire il rispetto dei livelli essenziali attraverso la previsione del provvedimento si veda E. JORIO, *Un primo esame del d.lgs. n. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale, nonché sul finanziamento della sanità (cinque dubbi di costituzionalità)*, in "Federalismi", n. 12, 2012. A. MANGIA, *I Diritti sociali tra esigibilità e provvista finanziaria*, 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*, Editoriale scientifica, Napoli, 2013. L'autore prende in considerazione il d.lgs. n. 68 del 2011 valutandolo come la scelta di imboccare una strada intermedia rispetto al pieno finanziamento dei servizi volti a garantire i diritti sociali da parte delle Autonomie locali, sempre nell'ottica di considerare corretta la strada intrapresa dal legislatore di obbligare le Regioni a procurarsi le risorse necessarie sul territorio in caso di sfioramento del fabbisogno programmato, attraverso uno strumento qual è quello dei Piani di rientro.

¹²⁸ Così F. SPANDONARO, *Dal superamento dell'emergenza sanitaria al risanamento*, in "Monitor", n. 37, 2015, p. 42. Sulla questione dei costi standard si veda, M. BORDIGNON, N. DIRINDIN, *Costo standard. Nome nuovo per vecchi metodi*, reperibile in www.lavoce.info.it, 2010.

servizi sanitari, si è concretizzato con l'adozione del d.l. n. 158 del 2012, convertito in legge n. 189 del 2012¹²⁹ che contiene le previsioni finalizzate ad una razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse.¹³⁰ L'intento del legislatore è stato quello di proseguire nella strada di una maggiore ottimizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria in un quadro economico profondamente mutato.¹³¹ Una riforma che ha interessato aspetti fondamentali dell'organizzazione dei servizi sanitari erogati ai cittadini e che hanno una diretta conseguenza sulla voce di spesa delle Regioni. Tra gli aspetti che più sembrano venire in rilievo c'è da segnalare quelli dell'organizzazione dei servizi di cura primaria e la riorganizzazione della collaborazione professionale del medico appartenente al Ssn.¹³² Un altro importante aspetto attiene all'aggiornamento dei Lea che, come già

¹²⁹ Ci si riferisce in particolare alle norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria contenute nel Capo I del decreto: Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie (Art. 1); Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria (Art. 2); Dirigenza sanitaria e governo clinico (Art. 4); Disposizioni in materia di assunzioni del personale del Servizio sanitario nazionale e livelli di spesa (Art. 4 bis.); Disposizioni in materia di edilizia sanitaria, di controlli e prevenzione incendi nelle strutture sanitarie, nonché di ospedali psichiatrici giudiziari (Art. 6); Misure finanziarie e patrimoniali a favore delle regioni (Art. 6 bis.)

¹³⁰ Per una riflessione analitica sulle innovazioni introdotte dal d.l. n. 158 del 2012 tese al superamento di alcuni nodi critici nella gestione della sanità si veda L. DIMASI, *La nuova sanità dopo la riforma Balduzzi. Spunti di riflessione sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale*, in "Sanità pubblica e Privata", n. 2, 2013, p. 12 «organizzazione e gestione del personale, riordino dell'assistenza territoriale attraverso la previsione di nuove strutture di assistenza di tipo aggregativo, introduzione di più adeguati strumenti di governo della spesa farmaceutica, sviluppo della concorrenza del comparto dei generici, interazione tra istituzioni pubbliche, centri di ricerca e imprese private nella promozione e diffusione della ricerca e dell'innovazione».

¹³¹ Così C. DEL GESSO, *La visione sistematica dell'azienda sanitaria pubblica*, Franco Angeli, Milano, 2014, p. 26.

¹³² Per l'approfondimento degli aspetti trattati dalla legge n. 189 del 2012 c'è chi ha inquadrato questo provvedimento come "quarta riforma" della sanità, così E. BORGONOVÌ, R. TARRICONE, *Introduzione*, in E. CANTÙ (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2012, pag. XVII. Per alcune considerazioni più approfondite in merito alle sperimentazioni gestionali e ad altri aspetti interessati dal provvedimento si veda nello stesso volume, G. CAPPELLARO, F. LONGO, A. RICCI, *Le sperimentazioni gestionali nel SSN: rilevazione nazionale e analisi dei modelli emergenti*, p. 393 ss.

si è detto, svolgono un ruolo cruciale, considerato anche la rilevanza costituzionale che hanno assunto dopo il 2001.¹³³

3. La continuità del ruolo delle Regioni nella tutela della salute a seguito della legge costituzionale n. 3 del 2001

Un altro importante profilo da considerare, per ben inquadrare la legislazione sui Piani di rientro nell'evoluzione del quadro normativo e costituzionale in materia sanitaria, è da rintracciare nella riforma del titolo V, adottata con la legge n. 3 del 2001.

La modifica della seconda parte della Costituzione ha inciso, per alcuni aspetti, nella materia di tutela della salute,¹³⁴ per questo non si può prescindere da una più ampia valutazione dei Piani di rientro nel quadro dello Stato regionale.¹³⁵ L'aspetto che più rileva in questo contesto è quello riservato alla competenza tra Stato e Regioni in termini di potestà

¹³³ Sul punto e più in generale su alcune delle modifiche introdotte dal d.l. n. 158 del 2012 si veda E. JORIO, *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2013, p. 42.

¹³⁴ Sui profili in generale della riforma del Titolo V si rimanda all'ampia letteratura presente, ed in particolare per le riflessioni sulla modifica dell'assetto organizzativo dei rapporti tra Stato e le Regioni in seguito all'approvazione della legge Costituzionale n. 3 del 2001, cfr. F. PIZZETTI, *Evitare di mettere vino nuovo in otri vecchi: la XV legislatura e l'attuazione del Titolo V*, in "Le Regioni", n. 5, 2006, p. 867 ss.; G. F. FERRARI, G. PARODI (a cura di), *La revisione costituzionale del titolo V tra nuovo regionalismo e federalismo: problemi applicativi e linee evolutive*, Cedam, Padova, 2003; G. FALCON, *Il nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in "Le Regioni", n. 1, 2001, pp. 3-12.

¹³⁵ Sul riparto di competenze tra Stato e Regioni nella materia di tutela della salute dopo la riforma del Titolo V si veda L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Giuffrè, Milano, 2005, passim. Il nuovo Titolo V della costituzione inoltre riprende alcune espressioni del *Grundgesetz* tedesco, in particolare per quanto riguarda lo studio dei Piani di rientro e su cui poi si tornerà, di particolare importanza è la previsione dell'articolo 120 Costituzione. La previsione cioè che garantisce l'esercizio del potere sostitutivo del Governo per l'unità giuridica ed economica proprio per il rispetto dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali. Il parallelo è con l'articolo 72 della Costituzione tedesca a cui la dottrina più attenta ha dedicato la propria attenzione, tra gli altri si veda E. BALBONI, *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in "Istit. del Federalismo", n. 6, 2001, p. 1107.

legislativa concorrente.¹³⁶ Nello specifico, la modifica della seconda parte della Costituzione ha inciso sull'organizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari. Il riferimento è all'articolo 117, co. 2, lett. m) Cost. che ha riservato allo Stato la potestà legislativa esclusiva nella determinazione dei «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».¹³⁷

Così come la tutela della salute è stata prevista tra le materie di competenza legislativa concorrente ai sensi dell'art. 117, co. 3, Cost. In tal modo, il legislatore costituzionale del 2001, ha recepito l'orientamento della giurisprudenza costituzionale formatasi già a Costituzione invariata.¹³⁸

L'attribuzione allo Stato della competenza per il rispetto dei livelli essenziali rappresenta un «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 substatuali che sta invece a fondamento del nuovo titolo V».¹³⁹

In primo luogo va evidenziato che la riforma della Costituzione del 2001 ha accolto alcuni principi già fissati dalla legislazione ordinaria degli

¹³⁶ In merito ad un'analisi sull'attuazione della tutela della salute mediante la diversificazione dei diversi Sistemi sanitari regionali si veda R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza*, Giuffrè, Milano, 2005, passim.

¹³⁷ A. CELOTTO, *La materia sanitaria nell'ambito delle competenze legislative regionali del nuovo art. 117 Cost.*, in "L'Arco di Giano", n. 32, 2002, pag. 31 ss. L. CUOCOLO, *A rebours, La tutela della salute tra Regioni e Stato*, in "Quad. Reg.", n. 1, 2005, pp. 63-86.

¹³⁸ 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*, cit., in "Le Regioni", n. 6, 2007, p. 1004, «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., pp. 1103-1111.

¹³⁹ Così 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, p. 600.

anni Novanta, lungamente protesa ad una maggiore responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse da parte delle Regioni in materia sanitaria.¹⁴⁰

Del resto è stato chiarito che «la lettera m) dell'art. 117, c. 2, rappresenti la costituzionalizzazione di una nozione già presente nella legislazione ordinaria, in particolare nelle materie sanitaria e sociale (per la prima vedi l'art. 1 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché l'art. 6, comma 1, d.l. 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, nella legge 16 novembre 2001, n. 405; per la seconda gli artt. 2, comma 2 e 22 della legge 8 novembre 2000 n. 328)».¹⁴¹

Il legislatore costituzionale del 2001 ha effettuato una scelta ben precisa che è quella di individuare i livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria, volendo ribadire che il sistema, per quanto regionalizzato, non può prescindere da un'organizzazione ultraregionale.¹⁴² Nel caso in cui una Regione non sia capace di garantire i livelli essenziali non si può ipotizzare che si venga a realizzare un tradimento dei principi costituzionali e dunque il mancato rispetto dei livelli essenziali.¹⁴³

¹⁴⁰ D. MORANA, *Il modello costituzionale sulla tutela della salute e la sua attuazione*, in Id. (a cura di), *La salute nella Costituzione italiana*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 102. Per una lettura della riforma del 2001 nei rapporti tra lo Stato e le Regioni in materia di tutela della salute si veda L. CUOCOLO, *A Rebours, La tutela della salute tra Regioni e Stato*, op. cit., p. 67 «A prima lettura, in realtà, non sembra che i cambiamenti interessino da vicino la sanità, dal momento che la «tutela della salute» viene riservata alla competenza concorrente di Stato e Regioni. Tale prima impressione è però fuorviante, per numerosi motivi».

¹⁴¹ Così R. BALDUZZI, *Note sul concetto di essenziale nella definizione dei lep*, in «Rivista delle politiche sociali», n. 4, 2004, p. 163.

¹⁴² 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*, Giuffrè, Milano, 2002. Appare interessante evidenziare la differenza che sussiste tra i livelli essenziali in sanità e quelli di assistenza sociale. Così 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. DEIAS, *I livelli essenziali di assistenza. Concetti generali, normativa di riferimento, esperienze comparate*, in «Sanità pubblica e privata», n. 1, 2007.

¹⁴³ Di contro in un sistema di regionalismo competitivo una Regione che riesce ad ottimizzare la propria struttura nell'erogazione di prestazioni sanitarie può anche erogare servizi che vadano gli standard previsti, cioè erogare un servizio

In altre parole, il sistema disegnato dal Servizio sanitario nazionale è quello della differenziazione dell'organizzazione ma dell'uniformità dei livelli, in un sistema che vuole garantire la realizzazione di un regionalismo competitivo senza mettere a rischio il rispetto dell'erogazione dei servizi sanitari in modo eguale su tutto il territorio nazionale.¹⁴⁴

Com'è stato evidenziato in dottrina, il legislatore ha scelto volutamente di utilizzare l'aggettivo «essenziali» e non minimi.¹⁴⁵ La legge del 1978 aveva introdotto la necessità di riconoscere dei livelli di prestazioni eguali per tutto il territorio nazionale.¹⁴⁶ L'impostazione scelta

migliore, E. ROSSI, *Principi e diritti nei nuovi Statuti regionali*, in "Rivista di Diritto Costituzionale", n. 10, 2005, p. 62. L'autore sostiene la tesi per cui le Regioni possono, oltre ad aumentare il livello di tutela dei diritti civili e sociali, prevederne di totalmente nuovi che non necessariamente devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. In ordine all'argomento in analisi, la questione sulla limitazione da parte della Corte Costituzionale dell'aumento di tutela nelle Regioni interessate dai Piani di rientro sarà oggetto di particolare analisi più avanti. La ricostruzione delle diverse chiavi di lettura del regionalismo è rintracciabile in W. NOCITO, *Dinamiche del regionalismo italiano ed esigenze unitarie*, Giuffrè, Milano, 2011, p. 30 ss.

¹⁴⁴ Sull'idea dei livelli essenziali come garanzia di un modello di regionalismo competitivo si veda M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, op. cit., pp. 345-359. La necessità è quella di garantire un collante nella differenziazione, 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. 3-4. Sui risultati di un eventuale regionalismo differenziato riflette A. ANZON, *Quale "regionalismo differenziato"?*, in "Ist. del Federalismo", n. 1, 2008, pp. 51-62. Per un'analisi sul rapporto tra competizione e qualità che prende in esame il profilo dell'erogazione dei servizi sanitari si veda G. CLERICO, *La governance della sanità pubblica. La coesistenza fra efficienza e qualità*, Giuffrè, Milano, 2015.

¹⁴⁵ 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., p. 230.

¹⁴⁶ L'articolo 3 della legge n. 833 del 1978 afferma che «Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale. La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini». Tra chi ha ricostruito l'evoluzione rispetto all'introduzione dei livelli essenziali nell'ordinamento si veda anche V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Giuffrè, Milano, 2010, p. 469 ss.

dal legislatore e mantenuta anche con le riforme successive, ed infatti, la necessità di garantire dei livelli delle prestazioni è stata ribadita nel testo del d.lgs. n. 502 del 1992.¹⁴⁷ La presenza dell'aggettivo «essenziali» in riferimento ai livelli di assistenza lo si ritrova sia nella l. n. 449 del 1997 sia nella legge delega. n. 419 del 1998, poi ripreso nel d.lgs. n. 229 del 1999, che ha avuto come obiettivo quello di razionalizzare il sistema.¹⁴⁸

Il successivo recepimento in Costituzione del riferimento ai livelli essenziali è in linea con la tendenza del nuovo Titolo V secondo un modello fortemente autonomistico. Il progetto (appare importante ribadirlo in un'epoca di ipotesi di riforma qual è quella attuale) è quello di uno Stato che sappia ben coniugare il rafforzamento dell'autonomia territoriale con i principi della solidarietà e dell'eguaglianza, capace cioè di sostenere quelle politiche di supporto alle debolezze sociali, in un'ottica di bilanciamento.¹⁴⁹

La riforma dell'articolo 117 Cost. dimostra la volontà del legislatore di intervenire nella materia sanitaria introducendo un modello di programmazione concertata¹⁵⁰ tra lo Stato, le Regioni e le Autonomie

¹⁴⁷ Sul punto è già significativo la rubrica dell'articolo 1, «Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza».

¹⁴⁸ L'aggettivo - essenziali - riferito ai livelli di assistenza è stato introdotto in materia di salute anticipando anche la legislazione, sul punto cfr. R. Balduzzi, *Il Servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assetto normativo (riflessione sulla legge 30 novembre 1998, n. 419)*, in "Quad. reg.", n. 2-3, 1998, p. 941 ss. Se la riforma della fine degli anni Novanta ha cristallizzato il riferimento ai livelli essenziali è però vero che gli interventi legislativi immediatamente precedenti (legge delega n. 419 del 1998 e l. n. 449 del 1997) avevano previsto un riferimento in tal senso anticipando il contenuto della riforma costituzionale, R. Balduzzi, *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazional-regionale*, in "Le Regioni?", n. 4 2005, p. 718, cit. «con riferimento proprio alla materia sanitaria, molti punti di contatto, evidenti già nella legge di delegazione 30 novembre 1998, n. 419, quali la nozione di livelli essenziali e il completamento della regionalizzazione».

¹⁴⁹ In tal senso A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in "Le Regioni?", n. 6, 2003, pp. 1063-1140.

¹⁵⁰ Il rilievo è di A. BANCHERO, *I livelli essenziali delle prestazioni nell'ambito dei servizi alla persona: dalla tutela della salute alla protezione sociale*, in "Quad. Reg.", n. 2, 2008, p. 462.

locali nella consapevolezza che in un servizio assai delicato, qual è la tutela della salute, è la prossimità al territorio che permette la migliore programmazione rispetto alle esigenze.

La riforma costituzionale del 2001 ha mutato il regime di riparto delle competenze e delle funzioni tra lo Stato e le Regioni. Com'è noto, l'articolo 117, co. 2, Cost. individua materie che vengono riservate allo Stato in via esclusiva. Al comma 3 sono elencate le materie di competenza concorrente, da svolgere quindi nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, infine al comma 4 sono previste le materie di competenza residuale in quanto non contemplate al comma 2 e 3 dell'art. 117 Cost.

La conseguenza di quanto affermato sul carattere programmatico affidato allo Stato fa sorgere interrogativi in ordine all'eventuale competenza di questo nella possibilità di intervenire nel caso in cui si realizzi il mancato rispetto da parte della Regione dei suddetti livelli di assistenza.¹⁵¹ A tal proposito la conseguenza è da rintracciare nella possibilità da parte dello Stato di esercitare il potere sostitutivo, così come previsto dall'articolo 120 Cost.

Dopo quindici anni dalla riforma della Costituzione, la valutazione sul riparto di competenze tra lo Stato e le Regioni sembra aver raggiunto un equilibrio, così com'è possibile dedurre dalla riduzione del contenzioso tra lo Stato e le Regioni dinanzi la Corte costituzionale.¹⁵² Le Regioni hanno, in un quadro generale, saputo delineare diversi modelli di sanità

¹⁵¹ Sul punto si avrà modo di riflettere più nei dettagli, in quanto il mancato rispetto da parte di alcune Regioni è alla base dell'adozione del Piano di rientro. Per una riflessione che tenga conto anche della giurisprudenza costituzionale nel rapporto tra le norme di principio e l'attuazione da parte delle Regioni nel riparto tra tutela della salute e l'erogazione dei servizi sanitari si veda 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. 1176-1190.

¹⁵² In tal senso R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative commento alla sentenza n. 438 del 2008* in "Giur. Cost.", fasc. 6, 2008, p. 4946 ss.

regionale, inseriti nel più ampio contesto del Sistema sanitario nazionale raggiungendo, in alcuni casi, livelli di eccellenza nel panorama internazionale.¹⁵³

In conclusione, la riforma del Titolo V, nella parte che attiene alla tutela della salute, nel confermare un'impostazione già prevista dalla legislazione ordinaria con l'insieme delle riforme degli anni Novanta ha rafforzato la competenza regionale per quanto attiene all'organizzazione dei servizi sanitari.¹⁵⁴ Il legislatore costituzionale nel 2001 ha confermato la scelta di affidare alle Regioni la possibilità di organizzare da sé i servizi sanitari sul territorio regionale. Una scelta operata anche alla luce dei buoni risultati ottenuti da alcune realtà regionali già con la legislazione ordinaria.¹⁵⁵ L'impianto è condivisibile perché si è posto con lungimiranza

¹⁵³ Per una riflessione sulle modifiche avviate nelle diverse Regioni in materia si veda R. BALDUZZI, *La legislazione regionale dopo la l. cost. n. 3 del 2001: sanità, commercio, servizi pubblici locali, comunicazione, urbanistica, elezioni regionali, servizi sociali, tributi regionali, istruzione*, in "Le Regioni", n. 5, 2005, p. 720. Sempre sull'attuazione da parte delle Regioni di una differente applicazione dell'autonomia in termini di organizzazione della Sanità regionale dopo la riforma della Costituzione, R. BALDUZZI, *Le "sperimentazioni gestionali" tra devoluzione di competenze e fuoriuscita dal sistema*, in "Quad. Reg.", n. 2, 2004, pp. 529-545. Le valutazioni sono altresì da effettuare anche in ordine alla considerazione dell'applicazione della riforma, A. D'ATENA, *La Consulta parla ... e la riforma del Titolo V entra in vigore (Nota a C. Cost. N. 282/2002)*, in "Giur. Cost.", 2002, p. 2027 ss., P. CARETTI, *Stato, Regioni, Enti locali tra innovazione e continuità. Scritti sulla riforma del Titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2003, p. 106 ss.

¹⁵⁴ Il tutto secondo un'idea che è quella di ventuno sistemi «impegnati, nel loro insieme, a disegnarsi un proprio assetto, dentro un quadro nazionale di cui non si disconosce la legittimazione», R. BALDUZZI, *Quanti sono i sistemi sanitari italiani? Un'introduzione*, in Id. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, Giuffrè, Milano, 2005, p. 22.

¹⁵⁵ Il giudizio per cui il sistema sanitario, fondato su di un'organizzazione regionale, ha dato buoni risultati in termini di attuazione del diritto alla salute, e nell'erogazione dei servizi, è rintracciabile anche nelle considerazioni di attori istituzionali, tra i tanti si veda, M. DAMILIANO, *Romano Prodi, Missione incompiuta*, Laterza, Roma, 2015, p. 142, «Il decentramento regionale ha operato in modo almeno sufficiente nella sanità, meglio in alcune regioni, malissimo in altre, ma tutto sommato il sistema sanitario macroeconomico non è andato fuori controllo, come viene erroneamente descritto, ed è un servizio che ha tenuto anche nel tempo della crisi. Su alcune altre funzioni regionali, invece, è meglio essere maggiormente critici».

il controllo esercitato da parte dello Stato come elemento per controbilanciare la competenza affidata alle Regioni. Una funzione di monitoraggio costante che garantisce il corretto funzionamento del meccanismo, perché permette di intervenire allorquando ci si trovi in presenza di scelte scorrette delle Regioni.¹⁵⁶

4. *L'articolo 32 della Costituzione quale parametro nei giudizi costituzionali sui Piani di rientro*

Uno degli aspetti più problematici dei Piani di rientro sanitari attiene alla loro collocazione nelle fonti del diritto, in violazione tra l'altro del preliminare rapporto tra legge statale e legge regionale in suddetta materia. In alcuni casi la dottrina, considerando che la Corte costituzionale ha giustificato i Piani di rientro prevalentemente in funzione del principio di coordinamento della finanza pubblica, è giunta alla conclusione che la leva finanziaria ha prevalso nell'intervento sul deficit sanitario regionale rispetto al parametro rappresentato dall'articolo 32 Cost.¹⁵⁷

Com'è noto, l'articolo 32 Cost., in quanto parametro nella decisione delle controversie, ha posto delle problematiche in diritto costituzionale, amministrativo, civile e penale rispetto alla natura di norma programmatica o cogente.

Sul punto è da evidenziare che uno degli aspetti di maggiore interesse è quello della diretta applicazione da parte del giudice ordinario dell'articolo 32 Cost.¹⁵⁸ Alcuni arresti della giustizia ordinaria hanno

¹⁵⁶ Così R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in "Quad. Reg.", n. 3, 2008, pp. 1029-1054. In particolare il paragrafo n. 4 dal titolo, *Le funzioni statali in sanità come garanzia istituzionale della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione. Le "coerenze di sistema" alla prova dell'autonomia e delle sue anche problematiche declinazioni.*

¹⁵⁷ In tal senso A. PITINO, *Autonomie e Salute* in A. MORELLI, L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e Autonomie Territoriali*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 300.

¹⁵⁸ In questa sede si tralascia di affrontare la questione nei suoi aspetti più problematici che sono stati approfonditi dalla dottrina più attenta. Il caso recente

utilizzato l'interpretazione dell'articolo 32 Cost. per andare oltre quanto previsto dal legislatore ordinario, considerando la propria decisione come diretta applicazione del principio di tutela della salute anche in presenza di disposizioni legislative in senso contrario, sollevando non poche riserve sul ruolo del giudice come interprete della legge.

La Corte costituzionale ha utilizzato come parametro preponderante l'articolo 117, co. 3, Cost. per giustificare i Piani di rientro nell'ordinamento. Una scelta, quella del Giudice delle leggi, che però sembra essere dettata, soprattutto nel primo periodo di applicazione della disciplina, da una dimensione di tipo processuale. Bisogna, difatti, evidenziare che il contenzioso prevalente nei primi anni di applicazione della disciplina sui Piani di rientro è da rinvenire nel conflitto tra Stato e Regioni per l'adozione di leggi regionali in contrasto con il Piano sottoscritto. Negli anni più recenti con l'aumento dei ricorsi in via incidentale alla Corte costituzionale per questioni aventi ad oggetto il Piano di rientro è invece possibile registrare, in misura sempre maggiore, l'utilizzo del parametro dell'articolo 32 Cost.¹⁵⁹

Il ragionamento effettuato dai giudici è quello per cui da una contrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie si verrebbe a realizzare una limitazione del diritto alla tutela della salute, violando così quanto previsto dall'art. 32 Cost.¹⁶⁰ Aderendo a quest'impostazione di fondo, si torna alla considerazione per cui il Piano di rientro deve trovare

di maggior interesse è quello relativo al caso Stamina, sul punto si veda D. PARIS, *Relazione*, in Atti convegno CEIMS 2014, *in corso di pubblicazione*. Più in generale sulla ricostruzione dell'articolo 32 Cost. come parametro utilizzato dalla giurisprudenza si veda per tutte la questione attinente al danno biologico, di come cioè il rapporto tra articolo 32 Cost. e 2043 c.c. abbia dato origine alla risarcibilità che deriva dal danno biologico. Sul tema G. ALPA, *Danno biologico e diritto alla salute. Un'ipotesi di applicazione diretta dell'art. 32 della Costituzione*, in "Giur. it.", 1976, p. 447 ss. I. P. LIZZA, *Profili costituzionali del danno biologico*, in "Giur. Merito", 1977; T. ARRIGO, *Il danno alla persona*, in G. VISINTINI (a cura di), *Trattato della responsabilità contrattuale*, Vol. 3, Cedam, Padova, 2009, p. 241 ss.

¹⁵⁹ Più in dettaglio infra § II.

¹⁶⁰ Corte cost. n.104 del 2013 e Corte cost. n. 107 del 2009.

nell'articolo 32 Cost. uno dei parametri di riferimento al pari degli altri principi costituzionalmente sanciti.

A sostegno di questa tesi è possibile richiamare la giurisprudenza della Corte costituzionale relativa al Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro in caso di mancato adempimento da parte della Regione degli Accordi sottoscritti ed in particolare nella considerazione per cui gli atti adottati dal Commissario sono illegittimi quando «desivi del diritto alla salute ex art. 32 Cost.».¹⁶¹ L'assunto è che, se il Piano di rientro è finalizzato alla tutela della salute, gli atti del Commissario ad acta non possono avere come conseguenza una limitazione della tutela della salute dei cittadini.¹⁶²

Se dunque si considera il suddetto principio come limite all'attività del legislatore, ancora di più lo si dovrà considerare quale fondamento del Piano di rientro. Il legislatore sia nazionale sia regionale nella predisposizione del Piano di rientro incontra il limite rispetto a quanto previsto in Costituzione in termini di tutela della salute.

La Corte ha stabilito che la nomina del Commissario ad acta deve essere posta al riparo da eventuali interferenze della legislazione regionale perché sussiste la necessità di rispettare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti un diritto fondamentale, qual è quello alla salute. La necessità di garantire la tutela della salute produce come conseguenza che le funzioni amministrative del Commissario «devono essere poste al riparo da ogni

¹⁶¹ Punto in diritto 6.1 della sentenza Corte cost. n. 278 del 2014 in cui la Corte richiama le valutazioni effettuate dal giudice remittente nel proporre la questione.

¹⁶² Rispetto al caso in esame il giudice delle leggi ritiene che quanto stabilito dal Commissario ad acta ha come conseguenza una contrazione dei diritti in materia di tutela della salute nei confronti dei cittadini e per questo vada censurato, punto in diritto 1.2 sentenza Corte cost. n. 278 del 2014. Il rilievo in ordine ad una violazione dell'art. 32 Cost. è posto anche da N. VICECONTE, *Nota a: Corte costituzionale*, 12 dicembre 2014, n. 278, *Gli atti del commissario ad acta in sanità tra «forma» amministrativa e «sostanza» legislativa: la Corte asserisce ma non chiarisce*, "Giur. Cost.", fasc. 6, 2014, pp. 4732-4740.

interferenza degli organi regionali».¹⁶³ L'orientamento del giudice delle leggi considera l'attività del Commissario ad acta come necessaria per la piena attuazione del Piano di rientro che è funzionale a garantire il rispetto dei livelli essenziali e di conseguenza il rispetto del principio sancito dall'art. 32 Cost.¹⁶⁴ L'importanza di queste considerazioni effettuate dal giudice delle leggi risiede nella valutazione che gli atti del Commissario ad acta sono illegittimi perché lesivi «del diritto alla salute ex art. 32 Cost.» in quanto «comunque contrastanti con gli obiettivi posti dal Piano di rientro».

L'utilizzo, da parte del giudice delle leggi, del parametro di tutela della salute contenuto nell'art. 32 Cost. produce la conseguenza che il Piano di rientro non possa, nel bilanciamento con gli altri interessi costituzionali, prevalere sulla tutela della salute.

L'orientamento consolida la tesi per cui lo scopo del Piano di rientro è la piena attuazione del principio di tutela della salute, per cui la riorganizzazione della spesa è un mezzo ma non lo scopo.

Alla luce di quanto esposto, consegue che la legislazione in materia di Piani di rientro va valutata quale strumento attuativo del diritto alla salute ex art. 32 Cost. e non già come semplice mezzo di garanzia dei bilanci pubblici.

In altri termini, pertanto, il Piano di rientro intercetta direttamente il profilo della tutela del diritto fondamentale alla salute nel contesto di una regionalizzazione nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Una considerazione che trova fondamento già dall'interpretazione letterale del testo. Il costituente, nel redigere l'articolo 32 Cost., mostra di aver avuto ben presente, fin da subito, il problema che sussiste tra

¹⁶³ Così si esprime la Corte costituzionale al punto in diritto n. 5 della sentenza Corte cost. n. 278 del 2014. Il giudice delle leggi giunge alla medesima conclusione nella sentenza n. 110 del 2014 in cui richiama, oltre quanto deciso nella sentenza n. 104 del 2013, anche la sentenza n. 78 del 2011 e n. 28 del 2013. Sulla questione del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro si rinvia al § III.

¹⁶⁴ Punto in diritto 2 della sentenza Corte cost. n. 278 del 2014.

l'enunciazione dei diritti e la loro concreta attuazione.¹⁶⁵ Nel testo della Costituzione troviamo una chiara indicazione secondo cui la Repubblica garantisce «cure gratuite agli indigenti». L'interpretazione non lascia spazio a dubbi.¹⁶⁶ E' sì vero che c'è stata un'interpretazione assai estensiva dell'articolo 32 Cost. che, ampliando in alcuni casi in eccesso il ricorso alle cure gratuite, ha contribuito a dare origine ad un sistema che ha fatto crescere la spesa per sostenere il sistema sanitario però, nel riprogrammare gli impegni di spesa, bisogna considerare il bilanciamento degli interessi ed in questo caso il parametro da tenere in considerazione è quello dall'art. 32 Cost. in tema di tutela della salute rispetto alle esigenze di bilancio dello Stato. Come si è detto, questo non vuol dire libertà di spesa, ma l'impiego di risorse secondo priorità.

La questione è stata affrontata anche dalla giurisprudenza amministrativa, tra le altre, nella sentenza n. 157 del 2015 del T.A.R. Piemonte del 29 gennaio 2015.¹⁶⁷ Il Giudice amministrativo, prendendo le mosse dalla giurisprudenza della Corte costituzionale sul nucleo irriducibile del diritto alla salute,¹⁶⁸ ha annullato la delibera della Giunta

¹⁶⁵ V. BALDINI, *Concretizzazione legislativa dei diritti fondamentali e loro tutela giurisdizionale. Quando l'efficacia della Costituzione dipende dalla volontà del legislatore ordinario*, in "Diritto pubblico comparato ed europeo", n. 2, 2014, pp. 621-639.

¹⁶⁶ La giurisprudenza costituzionale ha avuto modo di soffermarsi sulla definizione di indigenza, pur senza spingersi a determinare dei confini non modificabili. Questo, tra le altre, è avvenuto nella sentenza Corte cost. n. 185 del 1998 in cui il Giudice delle leggi definisce "indigenza" quella condizione di insufficienza della disponibilità economica nel poter far fronte alle spese mediche. Il non aver determinato in modo stringente questa definizione permette di adattare la definizione costituzionale al mutare delle condizioni materiali. Rimane però immutabile il criterio per cui l'impossibilità al pagamento delle cure rientri sempre all'interno della definizione data dalla Costituzione.

¹⁶⁷ Il caso è quello della riduzione del servizio per le prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti, questione affrontata dalla giurisprudenza amministrativa in più Regioni interessate dai Piani di rientro.

¹⁶⁸ Cfr. sentenza Corte cost. n. 455 del 1990, Corte cost. n. 267 del 1998, Corte cost. n. 309 del 1999, Corte cost. n. 509 del 2000, Corte cost. n. 432 del 2005, Corte cost. n. 354 del 2008. In relazione alla tutela della salute come diritto fondamentale e primario che obbliga lo Stato ad una sua piena attuazione, si vedano tra l'altro la sentenza Corte cost. n. 88 del 1979, Corte cost. n. 559 del 1987, Corte cost. n. 1011 del 1988, Corte cost. n. 298 del 1990.

regionale perché in contrasto con il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, motivando la propria decisione con la valutazione che quanto previsto dal Piano di rientro sanitario non può intaccare i livelli essenziali perché diversamente si realizzerebbe una violazione dell'articolo 32 Cost. Nella sentenza appena citata il T.A.R. ha evidenziato la necessità non soltanto di porre l'attenzione sullo stanziamento di risorse ma anche sulla loro allocazione ed utilizzazione.¹⁶⁹

Le scelte effettuate durante la stesura dei Piani di rientro e quelle assunte da parte delle Giunte regionali non possono prescindere dall'allocazione delle risorse secondo un criterio che rispetti i livelli essenziali. In particolare, le Giunte regionali non devono interpretare l'applicazione del Piano come uno strumento per derogare al rispetto dell'articolo 32 Cost. in forza di un'esigenza di risanamento del bilancio e del rispetto dei vincoli stabiliti con lo Stato.

La giurisprudenza amministrativa conferma la tesi secondo cui la legislazione sui Piani di rientro non può essere letta in un'ottica di riduzione della spesa facendo solo leva sul principio del coordinamento della finanza pubblica, ma deve sempre essere accompagnata dalla considerazione che l'obiettivo ultimo da perseguire è la riorganizzazione della sanità nelle Regioni che hanno dimostrato una cattiva gestione, così da giungere ad una piena attuazione della previsione costituzionale in materia di tutela della salute.

In una considerazione generale, è possibile ritenere che il contesto economico in cui ci si muove è quello di un radicale mutamento, che impone una trasformazione delle politiche finanziarie non solo per il presente ma anche per il futuro al fine di elaborare gli strumenti migliori per rendere effettivo il principio sancito dall'articolo 32 Cost. Il Sistema sanitario nazionale «deve quindi affrontare con determinazione un difficile e prolungato presente che intreccia una diversa domanda, nuove

¹⁶⁹ Corte cost. n. 36 del 2013.

vulnerabilità e antichi problemi». ¹⁷⁰ Una considerazione strettamente connessa a quanto già ipotizzato dalla dottrina in termini di bilanciamento dei diritti rispetto alle condizioni di bilancio. ¹⁷¹

Se dunque l'Accordo del Piano di rientro ha come scopo ultimo quello di riorganizzare la spesa è necessario considerare che quest'obiettivo non può prescindere da un pieno bilanciamento con l'art. 32 Cost. ¹⁷² Se così non fosse e se si escludesse a priori dalla valutazione questo parametro, o lo considerassimo come marginale, si incorrerebbe nel rischio di valutare come prioritaria nel bilanciamento l'esigenza del pareggio di bilancio, ed in virtù del principio di coordinamento della finanza pubblica si finirebbe con il giustificare una riorganizzazione della spesa sbilanciata verso una riduzione più che ad un miglioramento dell'allocazione delle risorse disponibili.

5. Una prima conclusione

La ricostruzione dei provvedimenti legislativi che hanno interessato l'evoluzione dell'organizzazione sanitaria dimostra come l'articolo 32 Cost. rappresenta l'inizio di una grande rivoluzione che in termini sociali ancor prima che legislativi è stata compiuta nel nostro Paese. La

¹⁷⁰ Così F. TARONI, *Sopravvivere alla crisi? Politiche e istituzioni sanitarie in Italia*, in "Sistema salute", n. 57, 2013, p. 66.

¹⁷¹ Si veda D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in "Rivista A.I.C." Nel rapporto sulla tutela dei diritti in ambito sanitario si consideri anche il superamento della riflessione tra livelli essenziali e livelli minimi. Per tutti R. BALDUZZI, *livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, op. cit.

¹⁷² La Corte costituzionale ha statuito sia il legislatore ordinario a determinare quelli che sono i limiti e le modalità di attuazione della tutela della salute. Questo, tra le altre nella sentenza Corte cost. n. 81 del 1966, Corte cost. n. 112 del 1975, Corte cost. n. 142 del 1982, Corte cost. n. 226 del 1983, Corte cost. n. 1011 del 1988. Sul tema del bilanciamento degli interessi, in particolare in funzione degli accordi sul *Fiscal Compact*, si tornerà più avanti per comprendere il ruolo che può assumere il Piano di rientro proprio negli aspetti relativi agli obblighi di pareggio di bilancio.

Costituzione italiana è stata la prima a sancire in modo così deciso il valore da attribuire alla tutela della salute ed è rimasta l'unico esempio per molti anni nel panorama dei Paesi dell'Unione Europea.

L'interpretazione dell'articolo 32 Cost. è caratterizzata da un'evoluzione che spesso ha registrato opinioni contrastanti.

I provvedimenti legislativi più rilevanti che si sono ripercorsi in questa prima parte della trattazione mostrano la tendenza a coniugare il principio di autonomia (ex art. 5 Cost.) con l'esigenza di migliorare l'erogazione dei servizi sanitari.¹⁷³

La riforma del 1978 ha certamente dato avvio ad un nuovo modo di intendere l'assistenza sanitaria, realizzando un sistema «universalista» di assistenza sanitaria implicitamente accolto dalla Costituzione del 1948.

Nella ricostruzione delle modifiche legislative si è posto l'accento sulle scelte che hanno attribuito alle Regioni un grado di responsabilità sempre maggiore nell'organizzazione della sanità. Un'evoluzione che ha trovato nella riforma del Titolo V per un verso, la traduzione in punto di arrivo di scelte operate dal legislatore costituzionale e per altro verso il punto di partenza per un nuovo assetto nei rapporti tra lo Stato e le Regioni.

In tale contesto, vanno quindi letti gli interventi legislativi più recenti in materia di organizzazione sanitaria. Del resto l'utilizzazione smodata delle risorse pubbliche, da parte di alcune Regioni, non ha affatto garantito il rispetto dei livelli essenziali. Ne consegue che non è l'aumento della spesa in sanità a rappresentare lo strumento per la piena realizzazione del minimum essenziale di assistenza.

Piuttosto tale obiettivo può essere raggiunto, come dimostra l'esperienza di alcune Regioni, attraverso un'efficiente organizzazione

¹⁷³ Sull'importanza dell'art. 5 Cost. in relazione al principio di autonomia si veda, per tutti, C. ESPOSITO, *Autonomia e decentramento amministrativo nell'art. 5 della Costituzione*, in Id, *La Costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1954, p. 72.

sanitaria, che poggia le proprie basi a sua volta su una ragionevole utilizzazione delle risorse disponibili.

Il Piano di rientro, dunque, costituisce lo strumento normativo attraverso cui si mira a razionalizzare l'uso delle risorse al fine di rendere efficiente l'organizzazione sanitaria nel precipuo obiettivo di garantire la tutela dei livelli essenziali di assistenza.

Invero, se da una parte c'è stata la volontà del legislatore di garantire a tutti un elevato livello di assistenza e contemporaneamente gestire al meglio le risorse disponibili, dall'altra non sempre lo scopo è stato raggiunto. Le scelte legislative non hanno prodotto costantemente gli effetti sperati, ed in alcuni casi quanto deciso ha determinato un aumento della spesa incompatibile con il quadro economico generale, senza rendere efficiente l'erogazione dei servizi sanitari.

Di conseguenza il Piano di rientro costituisce lo strumento attraverso cui realizzare il preminente obiettivo di garantire i livelli essenziali di assistenza. Per un verso razionalizzando l'utilizzazione delle risorse disponibili e, per altro verso, incentivando forme di efficiente organizzazione sanitaria.

Il Piano di rientro, per quanto possieda elementi di eccezionalità, non può essere letto come la dimostrazione di un fallimento della legislazione in materia di organizzazione sanitaria.¹⁷⁴

¹⁷⁴ Così, a chi pone la domanda se il Piano di rientro da strumento straordinario possa diventare uno strumento ordinario, la risposta sembra poter essere in senso affermativo. La questione è posta da C. CUCCURULLO, *Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di rientro*, in C. CUCCURULLO, F. LEGA, F. FERRÈ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi 2012, Cergas, Milano, 2012, p. 219 ss. In particolare, in riferimento alla legislazione concorrente, questa viene identificata da parte della dottrina, come la causa del mancato funzionamento del rapporto tra Stato e Regioni. Come se l'inefficienza delle Regioni possa essere inquadrata mediante un'analisi che non tenga conto dei complessi processi sottostanti. Per una riflessione sul tema si veda R. BIN, *Ricchi solo di idee sbagliate: i costi dell'antipolitica*, in "Le Regioni", n. 3, 2012, pp. 440-454.

Nella ricostruzione della legislazione in materia sanitaria, si è cercato di fornire una risposta ragionata da cui emerge con chiarezza la ferma volontà di dare origine ad un sistema di regionalismo forte ma allo stesso tempo solidale in cui il piano di rientro non può essere interpretato come un corpo estraneo. Sarebbe così sbagliato inquadrare il Piano di rientro come un istituto capace di porre rimedio ad una situazione emergenziale in attesa di raggiungere l'obiettivo di una riforma generale del sistema.

Non è condivisibile la tesi per cui la legislazione sui Piani di rientro sia la dimostrazione di un fallimento dell'impianto legislativo nel suo insieme. Il rispetto da parte di molte Regioni dei livelli essenziali di assistenza è invece la conferma che l'impianto legislativo, che è stato realizzato a seguito della legge n. 833 del 1978 e delle successive modifiche e riforme, ha permesso di ottenere un'ottima erogazione dei servizi. I positivi risultati ottenuti da parte di alcuni Sistemi sanitari regionali dimostrano che l'impianto delineato in Costituzione sulla competenza concorrente in tema di sanità non necessita di essere stravolto e che è possibile, con questo quadro normativo, raggiungere livelli di eccellenza nel pieno rispetto di quanto previsto dall'articolo 32 Cost.

Il Piano di rientro, quale strumento d'attuazione di un regionalismo responsabile in materia di organizzazione sanitaria e di razionale allocazione delle risorse economiche, potrebbe assurgere a modello per l'individuazione di ulteriori forme di sintesi tra interessi unitari e ragioni dell'autonomia in altri ambiti materiali caratterizzati da esigenze collidenti di Stato e Regioni.¹⁷⁵

Dall'analisi dell'applicazione dell'istituto nell'ordinamento emerge come sussiste uno stretto rapporto che rimane costante tra l'applicazione dei Piani di rientro e l'autonomia così com'è riconosciuta dall'articolo 5 Cost. Il Costituente ha espressamente voluto sancire attraverso il principio

¹⁷⁵ Il tema è strettamente connesso al principio della sussidiarietà, su cui si tornerà nel corso della trattazione, cfr. G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in "Diritto Pubblico", n. 1, 2002, pp. 85-98.

autonomistico l'unità «partendo dalle collettività di base» per risalire al livello superiore per raggiungere un disegno autonomistico ma che fosse sempre caratterizzato da responsabilità condivise.¹⁷⁶

L'autonomia è un mezzo per addivenire alla piena realizzazione dell'eguaglianza sostanziale nel territorio della Repubblica, ma questo è possibile solo se c'è una responsabilità condivisa dei territori a cui l'autonomia è garantita.¹⁷⁷ Se così non fosse il principio autonomista non sarebbe un valore nella misura in cui rappresenterebbe la causa del mancato raggiungimento dell'eguaglianza. Il Piano di rientro rappresenta, quindi, uno degli strumenti di tutela del diritto alla salute e per il raggiungimento dell'eguaglianza sostanziale.

La tesi è dunque quella di considerare non la legislazione sui Piani di rientro quasi alla stregua di una presa d'atto del fallimento dell'esperienza regionale. Tale legislazione deve essere, piuttosto valutata come strumento per la piena realizzazione del progetto dei costituenti, che nell'impianto regionale hanno visto non una mera scelta di decentramento

¹⁷⁶ M. MASSA, *Intervista, Il regionalismo visto da Giorgio Pastori*, in "Diritti Regionali", Fasc. 1, 2006. L'idea di un riscatto sociale che passa attraverso l'autonomia responsabile è chiaro anche in Luigi Sturzo, cfr. A. PIRAINO, *L'autonomismo federale di Luigi Sturzo, dirigente dell'Anci*, in *federalismi*, 14 ottobre 2015. D. GRANARA, *Il principio autonomistico nella Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2013, p. 53 ss. In una ricostruzione di come l'art. 5 Cost. si collochi a cavallo tra principi fondamentali ed attuazione dei diritti inviolabili, con una chiave di lettura assai interessante qual è quella dei limiti di fronte al diritto comunitario, si veda P. ZUDDAS, *L'influenza del diritto dell'Unione Europea sul riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni*, Cedam, Padova, 2010, p. 191 ss.

¹⁷⁷ La riflessione per cui l'istituto dei Piani di rientro è da leggere in stretta connessione con i valori dell'autonomia, sanciti dall'art. 5, permette di comprendere come solamente un'autonomia piena e responsabile garantisce la realizzazione delle libertà e dei principi sanciti in Costituzione, per un superamento della visione «individualistica». Il ragionamento è strettamente connesso alle riflessioni che si sono effettuate sul punto, G. BERTI, *art. 5*, in G. BRANCA (a cura di) *Commentario alla Costituzione, Principi Fondamentali*, Zanichelli, Bologna, 1975, p. 277. U. ALLEGRETTI, *Autonomia regionale e unità nazionale*, in "Le Regioni", n. 1, 1995, p. 11.

amministrativo, bensì la necessità di realizzare un sistema caratterizzato da Regioni capaci di esprimere a pieno l'autonomia legislativa e politica.¹⁷⁸

¹⁷⁸ F. CUOCOLO, *Vent'anni di autonomia regionale fra concentrazione e decentramento*, in Id. (a cura di), *Le Regioni. Bilancio di vent'anni*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1991, passim.

CAPITOLO II

La disciplina dei Piani di rientro sanitari: la collocazione nel sistema delle fonti e la potestà legislativa regionale

Sommario: - **1.** *L'introduzione dei Piani di rientro nell'ordinamento: una ricostruzione ragionata* - **1.1.** *L'evoluzione degli Accordi tra Stato e Regioni in rapporto ai Piani di rientro* - **1.2.** *L'introduzione nella legislazione ordinaria delle disposizioni a fondamento dell'Accordo tra lo Stato e la Regione* - **1.3.** *Lo sviluppo, nella direzione di una sempre maggiore incisività, in termini finanziari, dei Piani di rientro nell'ordinamento* - **1.4.** *Il rafforzamento della previsione legislativa sui Piani di rientro ed il riconoscimento di questi come atti vincolanti per l'ordinamento regionale* - **1.5.** *Il processo di consolidamento della legislazione e il problema della responsabilità politica per il deficit* - **2.** *Le costanti rinvenibili negli Accordi sottoscritti dalle diverse Regioni e la possibile definizione di uno schema tipo* - **2.1.** *L'attuazione della legislazione sui Piani di rientro da parte di alcune Regioni, mediante la sottoscrizione degli Accordi e le differenze di maggior rilievo* - **2.2.** *Le peculiarità degli Accordi sottoscritti dalle Regioni con lo Stato e gli effetti sul Sistema sanitario regionale* - **3.** *La vincolatività del Piano di rientro sanitario nel quadro del "nuovo" Titolo V della Costituzione* - **3.1.** *L'interpretazione dei Piani di rientro nella giurisprudenza costituzionale e la sua evoluzione rispetto alle modifiche legislative intervenute* - **3.2.** *Il principio di coordinamento della finanza pubblica e autonomia politica regionale: brevi osservazioni critiche* - **3.3.** *L'Accordo tra lo Stato e le Regioni come norma interposta nel giudizio di costituzionalità* - **4.** *Il mancato rispetto dell'Accordo da parte dello Stato e il peculiare caso delle Regioni a Statuto speciale* - **5.** *Alcune considerazioni di sintesi*

1. L'introduzione dei Piani di rientro nell'ordinamento: una ricostruzione ragionata

Negli anni Novanta il legislatore aveva dettato un'apposita procedura per il riequilibrio economico e gestionale in materia sanitaria, ribadendo la necessità per le Regioni di partecipare al risanamento del deficit di bilancio, valutando la necessità di intervenire per una riduzione della spesa coinvolgendo le Regioni nel risanamento.¹⁷⁹

A riprova della necessità di intervenire per la riduzione del deficit, l'esperienza ha dimostrato che la maggiore spesa sanitaria non è indice di un'elevata qualità nell'erogazione delle prestazioni.¹⁸⁰ Invero, dall'analisi dei dati si evidenzia che, in alcune Regioni, ad una spesa pro-capite molto elevata si è registrato un livello di prestazione molto basso. L'esperienza empirica delle Regioni, interessate dai Piani di rientro, dimostra che i provvedimenti ordinari, previsti dalla legislazione, non sono stati sufficienti a contrastare l'impiego scorretto delle risorse da parte di alcune

¹⁷⁹ La previsione è quella contenuta nell'art. 28, l. n. 448 del 23 dicembre 1998, che è stata «ripresa con maggiore precisione lessicale dall'art. 19-ter del d. lgs. n. 502 del 1992, nel testo introdotto dal d.lgs. n. 229 del 1999, la cui rubrica portava il titolo assai significativo di “Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale», così, R. BALDUZZI, *Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema*, in “Monitor”, n. 27, 2011, p. 3. Sul punto anche G. CARPANI, *I Piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, op. cit., p. 26. Si veda anche R. BALDUZZI, A. DE TURA, *Spunti per una manutenzione straordinaria del SSN*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Santarcangelo di Romagna Maggioli, 2013, p. 94, «Per la prima volta infatti si è parlato di federalismo sanitario ormai tredici anni fa, con la riforma del 1999, da dove parte tutto il percorso dei Piani di rientro e che porta fino a oggi».

¹⁸⁰ Così O. SPATARO, A. PIRAINO, *Specialità e asimmetrie: la Regione Sicilia*, Astrid online, 2012, p. 13. Sul punto anche G. PITRUZZELLA, *Sanità e Regioni*, in “Le Regioni”, n. 6, 2009, p. 1178. G. CLERICO, *La "governance" della dinamica di crescita della spesa sanitaria pubblica (II parte)*, in “Tendenze nuove”, n. 5, 2013, pp. 473-492. Si veda, *Monitoraggio della spesa sanitaria*, rapporto Ministero dell'Economia e delle Finanze, in Dipartimento Ragioniera generale dello Stato, n. 1, 2014.

Regioni. Per questo motivo è stato necessario introdurre una legislazione maggiormente strutturata capace di avere un più forte grado di incisività.¹⁸¹

Il legislatore, per la prima volta con la legge finanziaria del 2005, ha introdotto la legislazione per consentire la sottoscrizione di Accordi strutturati e vincolanti per le Regioni con un particolare deficit sanitario.¹⁸² L'obiettivo è stato quello di concedere alle Regioni la possibilità di elaborare un programma «di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento» del Servizio sanitario regionale, ulteriormente affinato nel tempo dal *conditor iuris*. Alle previsioni legislative ha fatto seguito la giurisprudenza della Corte che ha ritenuto, in più occasioni, i Piani di rientro conformi a Costituzione, giungendo a dichiarare l'illegittimità delle leggi regionali adottate in contrasto con i Piani predisposti.

Una delle peculiarità dell'istituto in esame risiede nella consapevolezza che la legislazione sui Piani di rientro è stata caratterizzata da interventi legislativi che si sono succeduti nel tempo, senza che si sia mai proceduto ad un intervento sistematico.

Si propone la tesi di suddividere in quattro fasi la legislazione sui Piani di rientro. La prima, rappresentata dalla legge finanziaria n. 311 del 2004; la seconda che contiene le previsioni contenute nelle leggi finanziarie dal 2006 fino al 2009; la terza che è identificabile con la legge finanziaria per il 2010, ed infine una quarta è rappresentata dagli atti legislativi più recenti, che coincidono con un consolidamento della legislazione

¹⁸¹ In particolare all'articolo 1, co. 180, l. n. 311 del 30 dicembre 2004.

¹⁸² La previsione contenuta nella legge finanziaria 2005 è stata confermata dall'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, dalle successive leggi finanziarie per il 2006 e per il 2007. Articolo 4, co. 1, e 2 del d. l. n. 159 del 2007, convertito con modifiche dalla legge n. 222 del 2007. Altre disposizioni sono da rintracciare nel d.l. n. 154 del 2008 (convertito con modifiche dalla legge n. 189 del 2008), poi modificato con l'art. 6-bis, del d.l. n. 185 del 2008; nella l. n. 191 del 23 dicembre 2009, (finanziaria 2010), dal patto per la salute per il 2010-2012. Nella l. n. 220 del 2010, (legge di stabilità per il 2011). Nel d.l. n. 98 del 2011, convertito con modifiche dalla l. 15 luglio 2011, n. 111. Nel d.l. n. 138 del 2011, convertito con modifiche dalla l. n. 148 del 14 settembre 2011. Infine nel patto per la salute 2014.

precedente e con l'arricchimento mediante alcune innovazioni risultato dell'esperienza maturata dall'applicazione nelle Regioni.

Se il dato di partenza è rappresentato dalle disposizioni legislative, sono però i conseguenti Accordi sottoscritti tra lo Stato e le Regioni che rappresentano l'incidenza dello strumento nell'ordinamento. Il contenuto del Piano di rientro, che è un atto amministrativo, è il dato giuridico di riferimento, dato che la legislazione rinvia a questo per la definizione concreta dello strumento.

Le Regioni, che sono state interessate dalla necessità di sottoscrivere un Piano di rientro, hanno elaborato proposte diverse tra loro sulla base del quadro di riferimento di ciascun Sistema sanitario regionale, ed anche l'attuazione del Piano è caratterizzata da differenze che attengono alle strutture regionali. Per questi motivi, nell'indagare la materia dei Piani di rientro sanitari, bisogna considerare, oltre alla legislazione dello Stato che li ha previsti, l'applicazione che si è realizzata mediante la sottoscrizione degli Accordi da parte delle Regioni interessate e la verifica di un miglioramento delle prestazioni sanitarie.

1.1. L'evoluzione degli Accordi tra Stato e Regioni in rapporto ai Piani di rientro

Lo studio sull'inquadramento dei Piani di rientro, nel sistema delle fonti, risente anche delle altre modalità di raccordo tra lo Stato e le Regioni in materia di Sanità. Il Piano di rientro, se da una parte rappresenta un vincolo giuridico per la Regione dall'altra è uno strumento di connessione con lo Stato. Un metodo, quello del dialogo tra lo Stato e le Regioni, già sperimentato nell'ordinamento. In particolare ci si riferisce ai Patti per la salute che sono stati sottoscritti sia prima dell'entrata in vigore della legislazione sui Piani di rientro, sia dopo la loro applicazione in alcune Regioni.

Il Patto per la salute, secondo la definizione del Ministero, è da considerarsi come un «Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema».

Il Patto è un'Intesa, tra lo Stato e le Regioni, sugli obiettivi che ci si prefigge in tema di organizzazione sanitaria. Lo scopo è quello di addivenire ad un Accordo che rappresenti un'intesa organica su differenti aspetti dell'organizzazione della sanità regionale. Il primo è stato sottoscritto, in sede di Conferenza permanente, il 3 agosto del 2000.¹⁸³

La premessa contenuta nell'accordo del 2000 è la constatazione di una mancanza di strumenti normativi idonei ad adottare scelte capaci di permettere la riduzione del debito sanitario.¹⁸⁴ Per questo è possibile considerare che, dal combinato disposto delle due disposizioni, si può ricavare il fondamento giuridico della realizzazione di un Accordo, sottoscritto in sede di Conferenza permanente, che ha posto le basi per quelli che poi saranno i successivi, e più strutturati, Accordi rappresentati dai Piani di rientro sanitari.

Il contenuto del primo Accordo è stato successivamente confermato e consolidato nell'Accordo del 22 marzo del 2001 e poi dell'8 agosto del 2001.¹⁸⁵ Alcuni commentatori hanno considerato la sottoscrizione di questi come «l'anno zero» nei rapporti tra le Regioni e lo Stato in materia di sanità.¹⁸⁶ Una valutazione argomentata dalla constatazione che, dal momento dell'Accordo, e per gli anni avvenire è

¹⁸³ Per completezza si segnala che l'Accordo è stipulato anche in forza dell'articolo 23 della l. n. 448 del 1998. Si veda, repertorio atti della Conferenza, n. 1004.

¹⁸⁴ B. VITIELLO, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni*, in "Istit. del Federalismo", n. 6, 2006, p. 964.

¹⁸⁵ S. PARILLA, *Le risorse del servizio sanitario: dell'accordo del 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005*, in "Ragusan", n. 23, 2006, pp. 70-79.

¹⁸⁶ Così S. CALZOLAIO, *Il mondo dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in "Federalismi", n. 23, 2014, pp. 1-61.

stato profondamente modificato il carattere del finanziamento dello Stato nei confronti delle Regioni in materia di sanità.

Il d.l. n. 347 del 2001, convertito in legge n. 405 del 16 novembre 2001, è succeduto a suddetti Accordi ed in questo è possibile rinvenire la loro copertura legislativa. Nell'evoluzione del rapporto tra Stato e Regioni si è addivenuti, in via preliminare, ad individuare gli aspetti salienti degli obiettivi da raggiungere ed i mezzi attraverso cui farlo. Solo successivamente lo Stato è intervenuto per dare seguito a quanto deciso preliminarmente con le Regioni in sede di Conferenza.

Un procedimento che si vuole evidenziare perché rappresenta un *modus operandi* di particolare interesse che ha assunto una rilevanza peculiare nel consolidamento, in forma strutturata, del dialogo tra Regione e Stato che è alla base della sottoscrizione del Piano di rientro.

L'art. 4 del d. l. n. 347 del 2001, che ha fatto seguito al primo Patto per la salute, disciplina i disavanzi finanziari realizzati fino al 2001 ed accertati fino a quella data. Il legislatore, con questa previsione, ha sancito che il disavanzo finanziario realizzato fino al 2001, deve essere coperto dalle Regioni attraverso gli strumenti impositivi di competenza regionale.¹⁸⁷ Diversamente, la previsione di suddetto decreto, che è succeduta al patto per la salute, ha rappresentato un cambiamento rispetto al contenuto del d.lgs. n. 56 del 2000. Se con quest'ultimo provvedimento il legislatore si era prefissato l'obiettivo di giungere alla realizzazione di un sistema di forte responsabilizzazione del sistema di finanziamento regionale, con l'Accordo contenuto nel Patto per la salute, poi

¹⁸⁷ Il decreto legge fa riferimento ad una serie di strumenti che vengono previsti anche nei Piani di rientro, in particolare si veda art. 4, co. 3, lett. a), in cui si prevedono le «Misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa; variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

consolidatosi con il decreto legge del 2001, si è stabilito di intervenire nel ripiano del debito realizzatosi in materia sanitaria.

Con il Patto per la salute, dunque con un Accordo, si è addivenuti nel 2001 alla decisione di superare la previsione dettata dal d.lgs. n. 56 del 2000 e rivedere il sistema di trasferimento delle risorse. Nel Patto per la salute si è così optato per un sistema premiale, legando il trasferimento delle risorse al raggiungimento di risultati soddisfacenti da parte delle Regioni. L'assunzione di decisioni, che hanno influito in modo determinante nei rapporti tra lo Stato e le Regioni, in una materia di competenza dello Stato, e d'importanza rilevante qual è quella del finanziamento della sanità regionale, ha visto come protagonista lo strumento pattizio in cui anche le Regioni hanno avuto un ruolo determinante nell'assunzione delle decisioni. Dopo essere preliminarmente addivenuti ad una condivisione degli obiettivi con le Regioni lo Stato ha provveduto ad adottare la legislazione consequenziale all'attuazione di quanto previsto. Lo strumento dei Patti per la salute è stato utilizzato sia prima, sia dopo l'adozione della legislazione e la successiva sottoscrizione dei Piani di rientro. Un elemento caratterizzante è rappresentato dal fatto che nei Patti per la salute è possibile rinvenire i riferimenti al contenuto, nel merito, dei Piani di rientro.¹⁸⁸ I patti per la salute hanno così rappresentato, nel corso degli anni, uno strumento valido di condivisione delle scelte tra lo Stato e le Regioni, svolgendo prima un ruolo di anticipazione della legislazione sui Piani di rientro, e poi continuando ad avere una funzione di rilievo in quanto strumento per addivenire ad una risoluzione condivisa, di questioni controverse,

¹⁸⁸ Contra, per un'analisi che considera il Patto per la salute come non soddisfacente le necessità che derivano dal raggiungimento degli obiettivi per le Regioni si veda E. JORIO, *Un patto per la salute (e la finanziaria 2010) non propriamente compatibile con l'esordio del federalismo*, in "Ragiusan", n. 26, 2009, p. 12, «Tutto questo porta ad interrogarsi sull'opportunità di dar credito alla procedura concertativa frequentata sino ad oggi, al fine di garantire l'uniformità reale delle prestazioni e il rispetto dell'autonomia delle Regioni, spesso violata dai compromessi della politica esplicitati all'interno dei lavori delle conferenze rappresentative».

nell'attuazione del Piano di rientro; dimostrando di essere uno strumento giuridico efficace di attuazione del principio di leale collaborazione.

Se, in chiave ricostruttiva, si analizzano i Patti per la salute sottoscritti negli ultimi dieci anni, è possibile registrare che i primi effettuano un riferimento generico ai Piani di rientro, descrivendo gli obiettivi da raggiungere attraverso l'adozione del Piano.¹⁸⁹ 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 che, nei Patti per la Salute, si è effettuata in ordine a suddetti Piani.¹⁹⁰

¹⁸⁹ Il riferimento ai Piani di rientro nei Patti per la salute, assume un ruolo diverso con il succedersi degli anni. I primi riferimenti al Piano di rientro hanno un carattere programmatico. Il Patto sottoscritto il 28 settembre 2006 stabilisce che «Il Governo si impegna a prevedere in sede di approvazione del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie, un fondo transitorio che, insieme con misure di affiancamento, sostenga tali Regioni in un percorso di rientro in grado di portare all'azzeramento dei loro disavanzi entro l'anno 2010». Al punto 3, rubricato «Ulteriore concorso transitorio dello Stato alle Regioni in difficoltà economico-finanziaria», è possibile rintracciare un riferimento di tipo programmatico.

¹⁹⁰ Nel testo dei Patti per la salute, stipulati dopo l'entrata in vigore della legislazione sui Piani di rientro, sussiste un costante riferimento alla presenza dei Piani ed al loro contenuto. Con delle differenze, in relazione all'evoluzione dei Piani di rientro nell'ordinamento. Nel patto per la salute 2010-2012 la premessa all'accordo è quella per cui «Per le regioni interessate dai Piani di rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani», il patto per la salute ha altresì previsto dei tempi diversi di attuazione degli obiettivi fissati differenziando quelli per le Regioni a Statuto speciale. «A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011». Vista la condizione particolare in cui versano le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, nel Patto della salute, si prevede espressamente che «Le regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale». Nel patto si riprendono anche alcuni passaggi degli obblighi che derivano dai Piani di rientro, un esempio è rappresentato dalla previsione per cui «Per la Regione sottoposta al Piano di rientro resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle aliquote IRAP e addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. 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

1.2. L'introduzione nella legislazione ordinaria delle disposizioni a fondamento dell'Accordo tra lo Stato e la Regione

Gli Accordi, che prendono il nome di Piani di rientro, trovano il proprio fondamento giuridico nella legislazione che permette allo Stato ed alle Regioni di sottoscriverli e che li rende successivamente vincolanti per l'ordinamento.¹⁹¹

Il riferimento, in ordine alla vincolatività della legislazione sui Piani di rientro, dopo quanto previsto alla fine degli anni Novanta, è da rintracciare nell'articolo 1, co. 180, della legge finanziaria del 2005 (l. n. 311 del 30 dicembre 2004).¹⁹²

alla piena attuazione del piano di rientro». Così come il Patto per la salute non si pone in contrasto con quanto stabilito dalla legislazione e dal contenuto dei Piani di rientro, ad esempio per quanto attiene al commissariamento la disciplina prevede che, «Per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della legge attuativa della presente Intesa restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale». A dimostrazione della forte integrazione tra il Patto per la Salute, ed il programma che prende il nome di Piano di rientro, è da evidenziare come l'articolo 14 del suddetto Patto è rubricato «Piani di rientro per le Regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio». Anche il più recente Patto per la salute 2014-2016 contiene al suo interno delle previsioni in ordine alla legislazione sui Piani di rientro di cui si riferirà in particolare in merito alla nomina del Commissario ad acta.

¹⁹¹ Il riferimento è alle più recenti previsioni legislative, considerando la precedente previsione contenuta nell'art. 19-ter del d.lgs. n. 502 del 1992, così come modificato dal d.lgs. n. 229 del 1999.

¹⁹² L'articolo 1, co. 180, stabilisce che «La Regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, nonché in caso di mancato adempimento per gli anni 2004 e precedenti 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 è condizione necessaria per la riattribuzione alla Regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla

In ordine agli obblighi che sorgono in capo alle Regioni, in forza dell'art. 1, co. 180, il legislatore ha anzitutto previsto che la Regione interessata svolga una verifica in ordine alla possibilità di predisporre il programma di riordino finanziario. La previsione assume un rilievo significativo perché la forte vincolatività che deriva dall'adozione del Piano di rientro è eventuale e solo conseguente ad un mancato intervento da parte della Regione.¹⁹³ Il metodo individuato dal legislatore rientra in un'ottica di leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni, soprattutto se si considera che la legislazione ha fatto seguito all'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-regioni del 23 marzo 2005.¹⁹⁴

Secondo la previsione legislativa le Regioni, interessate da una condizione di deficit, predispongono un un processo di analisi,

verifica della effettiva attuazione del programma». La previsione dell'art. 1, co. 180, ha subito successive modifiche, tra le quali quelle contenute nell'articolo 4 del d.l. 14 marzo 2005 n. 35, all'articolo 1, co. 308, della l. 23 dicembre 2005, n. 266, all'articolo 4, co. 2-bis, del d.l. 1 ottobre 2007, n. 159.

¹⁹³ Quest'obbligo si realizza mediante un monitoraggio trimestrale che la Regione dovrà compiere per verificare l'eventuale condizione di mancato equilibrio economico (art. 1, co. 174), «Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la Regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzi un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la Regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la Regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della Regione, in 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, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti».

¹⁹⁴ L'Intesa, raggiunta in sede di Conferenza Stato-regioni, atto rep. n. 2271 del 23 marzo 2005, contiene le modalità attraverso cui le Regioni adottano ed attuano il Piano di rientro. È necessario considerare che all'Intesa del 2005 ha fatto seguito quella raggiunta in sede di Conferenza Stato-regioni, Atto rep. n. 2648 del 2006.

individuando i motivi che lo hanno prodotto, senza che in questa prima fase lo Stato eserciti un ruolo determinante. Il procedimento ha come presupposto che la competenza nella gestione, e dunque sulle scelte da assumere, possa individuare, in dettaglio, i profili di maggiore criticità ed adottare, di conseguenza, le scelte più idonee alla loro risoluzione.¹⁹⁵

In un'ottica di piena attuazione dei principi costituzionali, in tema di autonomia, sarebbe da considerare irrazionale un procedimento che avesse come unico protagonista lo Stato, riducendo gli spazi di autonomia, senza la possibilità per le Regioni di assumere le scelte che possono essere considerate più opportune per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.¹⁹⁶

In quest'ottica il legislatore ha previsto, correttamente, un sistema contraddistinto da fasi differenti, così da permettere alla Regione interessata di poter adottare, ove possibile, i provvedimenti necessari per risolvere i profili di maggiore criticità in relazione alla gestione della sanità regionale. Solamente nel caso in cui la Regione non è in grado, in modo autonomo, di provvedere ad assumere le scelte idonee per realizzare una condizione di equilibrio è previsto un intervento da parte dello Stato.

La questione è assai rilevante sotto il profilo dello studio sistematico dell'impianto costituzionale della Repubblica delle autonomie, perché attiene al rispetto del principio sancito nell'articolo 5 Cost. e che è stato confermato con la riforma del 2001.¹⁹⁷

¹⁹⁵ Un parallelo sembra potersi effettuare con i più recenti provvedimenti in materia di anticorruzione (l. n. 190 del 2012 e d. l. 90 del 2014) in cui si è previsto di adottare un sistema di analisi da parte della stessa amministrazione e finalizzato ad individuare preventivamente gli ambiti in cui potrebbe essere maggiormente probabile la presenza del fenomeno corruttivo.

¹⁹⁶ In tema di concretizzazione dei diritti, con specifico riferimento ai diritti fondamentali ed alla tesi della concretizzazione del diritto all'autonomia si veda V. BALDINI, *La concretizzazione dei diritti fondamentali*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2015, p. 65 ss.

¹⁹⁷ In tal senso C. Tubertini, *Stato, Regioni e Tutela della Salute*, in A. PIOGGIA, L. VANDELLI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale. Regioni ed enti locali dopo la riforma del titolo V*, Il Mulino, Bologna, 2006, p. 209 ss.

In altre parole, non è irrilevante che il procedimento scelto dal legislatore sia diviso in due fasi per cui, in un primo momento spetta alle Regioni verificare i motivi del mancato rispetto degli obiettivi previsti e tentare l'individuazione dei metodi più idonei per risolvere e superare le suddette criticità.¹⁹⁸

Il legislatore ha sancito¹⁹⁹ che, in assenza di provvedimenti volti a modificare la condizione esistente, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffidi la Regione. Nel caso in cui la Regione interessata non provveda entro i successivi 30 giorni²⁰⁰ il Presidente della Giunta regionale, in 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».²⁰¹

Tutto quanto ciò premesso, in riferimento alla possibilità per la Regione interessata dal deficit sanitario di addivenire ad una soluzione rispetto alla propria condizione, fa poi seguito la disposizione vincolante prevista dall'art. 1, co. 180.²⁰²

¹⁹⁸ Come si è già avuto modo di segnalare, il filo rosso che collega la legislazione sui Piani di rientro sanitari alla valorizzazione dell'autonomia regionale trova nell'articolo 5 Cost. la sua origine, in un'accezione confermata dalla riforma del V Cost. La tesi, che si propone, a fondamento dell'inquadramento dogmatico dei Piani di rientro nell'ordinamento, è quella per cui la riforma del Titolo V, con una rinnovata competenza legislativa in favore delle Regioni è il risultato del pieno compimento dell'articolo 5 Cost. che caratterizza la Repubblica. Per una ricostruzione ragionata di quest'interpretazione cfr. F. 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*, Giappichelli, Torino, 2007, p. 3, ss.

¹⁹⁹ Per la prima volta nella legge finanziaria per il 2005 l. n. 311 del 2004, art. 1, co.174.

²⁰⁰ Il termine individuato dalla legge è il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

²⁰¹ Ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive».

²⁰² La previsione è dunque quella per cui le Regioni, interessate da quanto previsto all'articolo 1, co. 174, sono obbligate ad elaborare un programma operativo teso alla riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario

Secondo la previsione legislativa il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze concordano, con la Regione interessata, un programma che è il piano operativo dell'Accordo sottoscritto, al fine di garantire l'equilibrio economico nel pieno rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

L'Accordo non è solo finalizzato al raggiungimento del futuro obiettivo di equilibrio economico, perché si prevede espressamente che la sottoscrizione da parte della Regione interessata è condizione essenziale affinché questa possa godere del maggiore finanziamento da parte dello Stato. La previsione, per cui si prevede che lo Stato subordini il trasferimento del finanziamento alla verifica puntuale dell'attuazione del programma da parte della Regione, assume un valore cruciale nella ricostruzione dell'istituto, perché mette in evidenza il rapporto tra lo Stato e la Regione nella sottoscrizione del Piano.²⁰³

Già dalle prime considerazioni sulla legislazione dei Piani di rientro, si comprende come questa rappresenti anche un tavolo di prova per il Titolo V, nella sua formulazione dopo la riforma del 2001. Se da una parte lo Stato deve garantire il rispetto dei principi costituzionali, e dall'altra le Regioni hanno il compito di fondare la propria vita politico-istituzionale sul principio di autonomia, è necessario un luogo di controllo e verifica rispetto alle diverse esigenze, così da poter risolvere le eventuali criticità

regionale solamente nel caso in cui non riescano a risolvere la condizione di deficit.

²⁰³ Questa considerazione deve essere associata al fatto che gli Accordi, che sono stati stipulati, trovano fondamento nella previsione dell'art. 8, co. 6, della legge n. 131 del 2003 per cui è compito dello Stato addivenire alla stipula di intese finalizzate ad armonizzare la legislazione statale e regionale. «Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; in tale caso è esclusa l'applicazione dei commi 3 e 4 dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Nelle materie di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione non possono essere adottati gli atti di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e all'articolo 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112».

che sorgono tra le parti. La previsione contenuta nella l. n. 311 del 2004, assume un'importanza ancora maggiore nell'ottica di un confronto costante tra le Regioni interessate dal Piano di rientro e lo Stato. La legge, così come poi confermato nei singoli Piani di rientro, stipulati tra lo Stato ed alcune Regioni, ha previsto un monitoraggio in merito alla loro attuazione, che rappresenta la concreta attuazione di quanto previsto dalla legge.²⁰⁴

Il metodo utilizzato è quello della ricerca di una condivisione tra lo Stato e la Regione al fine di definire, almeno nei suoi aspetti salienti, gli obiettivi da raggiungere. L'importanza di verificare il raggiungimento degli scopi si comprende solo se si considera che, così come previsto dal legislatore, lo Stato procederà all'erogazione di un maggiore finanziamento nei confronti della Regione, nel caso in cui questa ha rispettato gli obiettivi che si era prefissata in sede di Accordo.

Un esempio per tutti, al fine di comprendere il meccanismo del maggior finanziamento, è possibile da rinvenire nella previsione contenuta, già dal primo anno di adozione dei Piani, in cui lo Stato si impegna in un maggiore trasferimento di risorse a fronte degli obiettivi raggiunti.²⁰⁵ Il legislatore ha collegato il maggiore impegno della Regione al raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza, con l'aumento del trasferimento di risorse finanziarie. Lo strumento cerca di coniugare la necessità di una riduzione del deficit con quella di tutela della salute.²⁰⁶ Il

²⁰⁴ Il monitoraggio, rispetto all'attuazione di quanto previsto negli Accordi, è espressamente previsto anche nell'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, che ha definito alcuni contenuti del Piano di rientro. Più nello specifico si è previsto che gli obiettivi stabiliti devono essere sottoposti a verifica, al fine di attestarne l'effettivo conseguimento. Per raggiungere questo scopo si è deciso di ricorrere all'istituzione di un comitato con il compito di procedere alla verifica permanente dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. L'Intesa è stata stipulata ai sensi dell'art. 8, co. 6, della legge n. 131 del 5 giugno 2003, e in attuazione dell'art. 1., co. 173, della legge n. 311 del 30 dicembre 2004.

²⁰⁵ Il riferimento è all'art. 1, co. 164, l. n. 311 del 30 dicembre 2004, che ha previsto un incremento per una somma pari a 1000 milioni di euro.

²⁰⁶ Nel primo anno di riferimento il totale delle risorse finanziarie stanziato è stata ripartita tra le Regioni secondo i criteri stabiliti con decreto del Ministero della

punto cruciale, della previsione legislativa, è quindi che la Regione, interessata dalla ripartizione di questa maggiore somma di denaro, debba stipulare «specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo».²⁰⁷

Il legislatore individua la strada del raggiungimento dell'equilibrio finanziario attraverso sia un maggiore impegno da parte della Regione interessata, sia con un maggiore trasferimento di risorse statali. Di contro, non è possibile ipotizzare che la Regione, interessata da una situazione di particolare deficit, possa farvi fronte senza l'intervento dello Stato. Per questo motivo il Piano di rientro diviene uno strumento necessario poiché in alternativa lo Stato dovrebbe trasferire le risorse necessarie alla Regione per il prosieguo dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, senza la garanzia di un miglioramento dell'organizzazione in materia.

1.3. Lo sviluppo, nella direzione di una sempre maggiore incisività in termini finanziari, dei Piani di rientro nell'ordinamento

Se alle preliminari disposizioni legislative, della fine degli anni Novanta, ne hanno fatto seguito più incisive e di maggiore dettaglio (previste per la prima volta nella l. n. 311 del 2004) è necessario considerare che ai primi, ed anche per questo motivo, parziali interventi, i

salute, del Ministero dell'economia e delle finanze di intesa con la Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

²⁰⁷ Inoltre la previsione di cui all'articolo 1, co. 279, prevede che il maggior finanziamento è subordinato alla condizione che le Regioni abbiano avuto nel periodo 2001-2005 un disavanzo pari o superiore al 5 per cento o in alternativa che, nell'anno 2005, il disavanzo abbia avuto un incremento del duecento per cento rispetto al 2001.

provvedimenti successivi hanno affinato la previsione legislativa originaria, apportando, con il trascorrere degli anni, le innovazioni necessarie.²⁰⁸

Il percorso è caratterizzato da un consolidamento progressivo del carattere vincolante degli Accordi sottoscritti da parte delle Regioni interessate, avendo come riferimento sia le previsioni legislative precedenti sia gli accordi come le intese tra lo Stato e le Regioni.²⁰⁹

Il legislatore, nel prevedere una sempre maggiore incisività e vincolatività, ha prestato particolare attenzione alla necessità di connettere la riduzione del deficit all'efficiente funzionamento del Sistema sanitario nella Regione interessata dal Piano di rientro. La previsione contenuta all'art. 1, co. 274, l. n. 266 del 2006 è di particolare interesse, in quanto il legislatore pone in capo alla Regione l'obbligo che l'Accordo, per il Piano di rientro, sia adeguato al corretto funzionamento dell'organizzazione sanitaria regionale, riconducendo tale impegno alle previsioni costituzionali in materia di finanza pubblica ed ai vincoli che si possono desumere dai Trattati comunitari.²¹⁰

²⁰⁸ L'inizio della legislazione in tema di vincolatività per le Regioni si rintraccia nella legge finanziaria per il 2005. L'articolo 1, co. 281, l. n. 266 del 2005, ha previsto che l'accesso per le Regioni al concorso da parte dello Stato delle somme necessarie è subordinato alla condizione che le stesse abbiano fatto registrare nel periodo tra il 2001 ed il 2005 un disavanzo superiore o almeno pari al 5 per cento di disavanzo della spesa sanitaria.

²⁰⁹ Nel testo della legge finanziaria per il 2006 è possibile rinvenire una sostanziale conferma dell'impostazione di quanto previsto nella legge finanziaria per il 2005. In particolare si fa riferimento all'articolo 1, co. 274 co. 279, co. 280, co. 281²⁰⁹, della legge n. 266 del 23 dicembre 2005. L'art. 1, co. 274, richiama l'Intesa «Stato-regioni del 23 marzo 2005» finalizzata a «garantire l'equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima Intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di Piani di rientro». L'articolo 1, co. 274, prosegue con la previsione per cui il mancato rispetto degli obiettivi sanciti comporta «la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali; b) l'obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311».

²¹⁰ In tal senso, nell'ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, si esprime l'art. 1, co. 274.

Il riferimento alla necessità di rispettare i livelli essenziali non è di secondaria importanza, perché pone in evidenza che la previsione dell'attuazione del Piano di rientro non può derogare al rispetto di suddetti livelli per raggiungere lo scopo di una riduzione del deficit sanitario.²¹¹

Il legislatore non ha voluto ricondurre il profilo dell'assistenza e della salute in termini generali, ma lo ha sancito espressamente, questo riporta ancora una volta l'obiettivo della tutela della salute al centro dell'Istituto in esame.

La legislazione che disciplina il Piano di rientro si pone in deroga rispetto a quanto sancito in precedenza. Il d.l. n. 347 del 2001 aveva, infatti, stabilito che i disavanzi sanitari dovessero essere coperti dalle Regioni mediante gli strumenti in loro possesso.²¹² Il legislatore ha invece predisposto l'onere di concorrere alla spesa da parte dello Stato, che subordina la possibilità di erogare le somme necessarie alla sottoscrizione del Piano di rientro. In sede di Conferenza permanente lo Stato aveva già indicato che è necessario addivenire all'Accordo al fine di poter erogare le somme previste.²¹³

²¹¹ Condizionato al raggiungimento di quest'obiettivo lo Stato ha sancito che 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 riferimento è all'art. 1, co. 279, l. n. 266 del 23 dicembre 2005. Il legislatore ha previsto, nel caso in specie, il contributo per ripianare il debito degli anni immediatamente precedenti (2002, 2003, 2004).

²¹² Così come previsto, dall'articolo 279, lo Stato provvede a ripianare il disavanzo esistente in deroga a quanto stabilito dall'art. 4, co. 3, del d.l. n. 347 del 2001, modificato dalla l. n. 405 del 2001, che «Gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati, nel rispetto dell'accordo Stato-regioni 2001, 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'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; c) altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusi l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

²¹³ L'articolo 1, co. 280, l. n. 266 del 23 dicembre 2005, ha così espressamente previsto la necessità di addivenire ad un accordo che preveda l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica

L'elemento di condivisione tra lo Stato e le Regioni, rispetto alla vincolatività ed al controllo nella sottoscrizione del Piano di rientro, trova una delle sue massime espressioni nella previsione del monitoraggio dell'Accordo. Questo controllo è esercitato dal Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS).²¹⁴

ambulatoriale e di assistenza ospedaliera in particolare prevedendo che «i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni». In subordine, nel caso in cui non fossero stabiliti i termini «nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula dell'Intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311». Inoltre il legislatore ha statuito che «fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonché in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, co. 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le prestazioni di cui all'elenco previsto dalla lettera a), con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati nonché delle misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente; d) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta; e) l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005; f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005».

²¹⁴ 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, p. 345.

L'obiettivo è quello di monitorare l'attuazione del Piano per scongiurare il rischio di una mancata esecuzione da parte delle Regioni.²¹⁵ Il SiVeAS si deve avvalere delle valutazioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR) già previsto in precedenza,²¹⁶ del Sistema di garanzia,²¹⁷ dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e del Comitato, istituito ai sensi dell'articolo 9, dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.²¹⁸

La progressiva evoluzione della legislazione, nella direzione di una sempre maggiore vincolatività (in particolare nelle previsioni contenute nelle leggi finanziarie che si sono susseguite dal 2004 in avanti), è la dimostrazione della tesi che il legislatore ha apportato nel corso degli anni delle modifiche alla legislazione sui Piani di rientro per valorizzare l'esperienza empirica realizzata nell'attuazione degli Accordi.

²¹⁵ Un mancato rispetto si potrebbe avere anche da parte della Giunta regionale, vista la competenza di quest'ultima ad adottare gli atti necessari.

²¹⁶ Così come previsto all'articolo 2, del d.l. n. 528, del 29 agosto 1984, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'articolo 4, della l. n. 37, del 1 febbraio 1989, ed a cui sono ricondotte le attività di cui all'articolo 1, co. 172, della l. n. 311 del 30 dicembre 2004.

²¹⁷ Il sistema di garanzia a cui fa riferimento la legge n. 266 del 2005 è quello di cui all'articolo 9, del d.lgs. n. 56 del 18 febbraio 2000, in cui si è previsto che «Al fine di consentire la tempestiva attivazione di procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ogni Regione, nonché di permettere la verifica del rispetto delle garanzie di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e delle compatibilità finanziarie di cui all'articolo 1, comma 3, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, definisce con uno o più decreti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, un sistema di garanzia del raggiungimento in ciascuna Regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale».

²¹⁸ Per un'analisi del sistema SiVeAS messo a confronto con le altre fonti informative, M. CONTICELLI, *Privato e Pubblico nel Servizio Sanitario*, Giuffrè, Milano, 2012, p. 75. Più in generale, dato che il sistema SiVeAS si è avvalso della collaborazione di alcuni centri universitari, è possibile ricavare le informazioni sul controllo anche dal risultato delle ricerche del CERGAS dell'Università Bocconi e dell'Osservatorio dell'Università Cattolica.

Alla verifica dell'effettivo adempimento di quanto sancito nell'Accordo, ed al rinnovato impegno da parte dello Stato nel trasferimento di maggiori risorse, ha fatto seguito anche un obbligo in capo alle Regioni rispetto alla necessità di aumentare la pressione fiscale per i cittadini residenti, in particolare mediante un aumento delle aliquote I.r.p.e.f. e I.r.a.p.²¹⁹ L'impianto previsto responsabilizza gli organi di rappresentanza politica, attraverso un incentivo al reperimento delle risorse, interrompendo il meccanismo di un continuo trasferimento di risorse dall'amministrazione centrale a quella locale che produce, in assenza di un utilizzo efficiente, una mancata responsabilizzazione della classe dirigente locale.²²⁰

²¹⁹ La legge finanziaria per il 2007, approvata con legge n. 296 del 27 dicembre 2006, ha previsto (articolo 1, co. 796, lettera b) la conferma dell'impianto delineato nella legge finanziaria precedente in tema di Piani di rientro. La modifica che appare meritevole di segnalazione è da ricondurre all'istituzione di un fondo triennale (2007-2009) per le Regioni interessate dal disavanzo sanitario. La previsione della citata lettera b) stabilisce che si istituisce un fondo provvisorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009. Come già nella previsione precedente, l'utilizzo del fondo è subordinato alla sottoscrizione da parte della Regione interessata dell'Accordo così come previsto dall'articolo 1, co. 180, della legge n. 311 del 2004. Dunque, rispetto alla legge finanziaria per il 2006, nella legge finanziaria per il 2007 si è posto un riferimento specifico all'istituzione di un fondo di garanzia da destinare alle Regioni in maggiore difficoltà e che hanno dovuto fare ricorso alla sottoscrizione del Piano di rientro. Quello che si vuole porre in evidenza è che il punto di svolta è da ricondurre alla considerazione che il trasferimento dei fondi da parte dello Stato deve coincidere con una maggiore responsabilizzazione della Regione. L'aumento della pressione fiscale per i cittadini residenti nelle Regioni interessate dai Piani di rientro attraverso un aumento di I.R.A.P. e I.R.P.E.F. è previsto in particolare, oltre che dalla l. n. 311 del 2004, anche nell'art. 2, co. 79, l. 191 del 2009 e nell'art. 6 del d.lgs. n. 68 del 2011.

²²⁰ Un fenomeno che si realizza nella pubblica amministrazione. Con *soft budget constraint* si intende quel fenomeno studiato dalla scienza economica ed applicato alla pubblica amministrazione. 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*, Donzelli editore, Roma, 2012, p. 236. Più in generale per una valutazione sul fenomeno del *soft budget constraint* si veda G. E. SKOOG, *Soft budget constraint. The Emergence, Persistence and Logic of an Institution*, Boston, 2000. Per un'analisi del fenomeno J. JIN, H. ZOU, *Soft-Budget Constraints and Local Government in China*, in J. A. RODDEN, G.S. ESKELAND, J. LITVACK (a cura di), *Fiscal decentralization and the challenge of hard budget constraints*, p. 289 ss. D. Hardy (a

La stipula dell'Accordo rappresenta una condizione essenziale per accedere, da parte delle Regioni, al maggiore finanziamento previsto dallo Stato.²²¹ La disposizione che prevede l'obbligo, per le Regioni interessate dal Piano di rientro, di eliminare ogni provvedimento legislativo regionale in contrasto con l'Accordo sottoscritto interessa, in modo non secondario, l'inquadramento dell'istituto nei parametri costituzionali.²²² In particolare se si considera che tale obbligo è riferito sia per l'adozione dei nuovi provvedimenti sia per quelli esistenti.

La Regione che, in seguito alla sottoscrizione del Piano di rientro, è stata interessata da un trasferimento di risorse da parte dello Stato ha un obbligo di restituzione, secondo le modalità previste.²²³ L'obiettivo perseguito è quello di intervenire sull'organizzazione dei servizi sanitari per impedire un aumento dell'indebitamento ma anche per ridurre il debito già esistente, ed è per quest'ultimo motivo che lo Stato ha previsto uno specifico trasferimento di risorse.²²⁴

cura di), *Soft Budget Constraints, Firm Commitments and the Social Safety Net, Working Papers*, International Monetary fund, 1998.

²²¹ La medesima legge, secondo quanto previsto dall'articolo 1, co. 278 e co. 281, prevede il controllo da parte dello Stato al fine di erogare il finanziamento. In riferimento all'attività di affiancamento al fine di raggiungere lo scopo del controllo sul rispetto degli obiettivi si veda, M.G. LA FALCE, *L'attività di affiancamento delle Regioni in materia socio-sanitaria: i Piani di rientro*, in E. BALBONI (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Jovene, Napoli, 2008, p. 650 ss. Come già previsto dalla precedente legge finanziaria lo Stato ha costituito un fondo, subordinando la possibilità di utilizzarlo alla condizione che la Regione, interessata da un forte deficit, raggiunga con lo Stato un Accordo. La previsione è rimasta costante nei diversi interventi da parte del legislatore. Nelle leggi finanziarie per il 2005 e per il 2006 alla limitata autonomia imposta alle Regioni in materia di gestione delle risorse per l'erogazione dei servizi sanitari lo Stato contrappone la possibilità di erogare un maggiore o minore finanziamento da attribuire alle Regioni che presentano una particolare condizione di deficit finanziario.

²²² Il riferimento è alla l. n. 224 del 24 dicembre 2007.

²²³ La restituzione deve avvenire in un periodo non superiore a 30 anni e gli importi in oggetto devono essere inseriti in apposite voci del bilancio.

²²⁴ Articolo 1, co. 46, l. n. 244 del 24 dicembre 2007. Il legislatore ha previsto che in attuazione degli Accordi sottoscritti con le Regioni interessate lo Stato «E' autorizzato ad anticipare alle predette regioni, nei limiti di un ammontare complessivamente non superiore a 9.100 milioni di euro, la liquidità necessaria

Appare in tal senso indubbia l'importanza di aver previsto il trasferimento delle somme necessarie alle Regioni interessate dal disavanzo non solo per erogare le prestazioni sanitarie, così da garantire il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza, ma anche per estinguere gli eventuali debiti contratti in precedenza.

Il tema dell'indebitamento, come limite sia agli obiettivi previsti dalla Costituzione in tema di tutela della salute, sia di garanzia dell'equilibrio economico, si rintraccia altresì nella previsione per cui lo Stato ha il compito, anche per tramite di un apposito consulente, di verificare l'effettiva estinzione da parte delle Regioni del debito che queste hanno contratto con i creditori privati.²²⁵ In questo quadro s'inserisce la disposizione per cui le Regioni hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente la documentazione da cui risulta il pagamento del debito al Ministero dell'Economia e delle finanze ed al Ministero della Salute.²²⁶

per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31 dicembre 2005, determinata in base ai procedimenti indicati nei singoli piani e comunque al netto delle somme già erogate a titolo di ripiano dei disavanzi».

²²⁵ All'art. 1, co. 48, l. n. 244 del 24 dicembre 2007 il legislatore ha previsto che lo Stato, anche mediante un apposito consulente (un «advisor», secondo la previsione del legislatore) procede al controllo.

²²⁶ La previsione è contenuta all'art. 1, co. 49, che ha confermato quanto già previsto in forza dell'articolo 1, co. 180, della legge n. 311 del 30 dicembre 2004 in cui si prevede che le Regioni che non hanno rispettato il patto di stabilità interno in uno degli anni precedenti al 2007 possano accedere al fondo per il finanziamento integrativo in favore del Servizio sanitario nazionale. In un'ottica di controllo si inserisce altresì la previsione contenuta all'art. 1, co. 353, l. n. 244 del 2007, con particolare riferimento alla spesa sanitaria. Il legislatore ha previsto che l'accesso agli importi aggiuntivi da parte dello Stato è consentito nell'ambito farmaceutico solo nel rispetto di alcune condizioni elencate dallo stesso legislatore. Il superamento del tetto del 13 per cento della spesa farmaceutica è condizionato alla verifica dell'effettivo conseguimento delle misure adottate per il contenimento della spesa farmaceutica nell'anno 2007. In particolare per «le regioni che hanno sottoscritto un accordo con lo Stato ai sensi dell'articolo 1, co. 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, negli importi programmati nei Piani di rientro di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico. La verifica del conseguimento degli effetti finanziari delle misure adottate dalle regioni è effettuata dal predetto Tavolo di verifica degli adempimenti, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia italiana del farmaco». Quanto fin qui detto in riferimento alla spesa

Il quadro che si delinea è quello di un controllo deciso che lo Stato esercita sulla Regione interessata da una condizione di deficit sanitario.

Da questa prima descrizione della legislazione sui Piani di rientro, in particolare con riferimento al sistema per cui il finanziamento da parte dello Stato è subordinato alla sottoscrizione da parte della Regione, sembrerebbe potersi condividere la tesi di un sistema «bastone e carota».²²⁷ Tuttavia, appare opportuno distinguere le diverse fasi della legislazione sui Piani di rientro. In una prima fase il ruolo dello Stato è stato di supportare le Regioni a superare la propria condizione di deficit in ambito sanitario. Il legislatore ha ipotizzato, con i primi interventi legislativi, un sostegno per le Regioni in deficit senza esercitare una particolare ingerenza nella competenza di queste rispetto all'organizzazione dei servizi. In una fase successiva (rispetto alla legge finanziaria del 2010) si rinviene un carattere di maggiore vincolatività, al fine di garantire un risultato efficace dello strumento adottato.

1.4. Il rafforzamento della previsione legislativa sui Piani di rientro ed il riconoscimento di questi come atti vincolanti per l'ordinamento regionale

L'evoluzione della legislazione sui Piani di rientro è andata nella direzione costante di determinare una vincolatività, sempre maggiore, in

farmaceutica convenzionata. Diversamente per la spesa farmaceutica non convenzionata il superamento della soglia del 3 per cento è condizionato «alla verifica dell'idoneità e della congruità del processo attuativo dei Piani di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera adottati dalle regioni». La previsione del comma 353 si completa prevedendo che suddetta verifica deve essere effettuata congiuntamente da due soggetti differenti che sono il «Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvalgono del supporto tecnico dell'Agenzia italiana del farmaco».

²²⁷ Così N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio* in (a cura di) S. MANGIAMELLI, *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e la sua riforma, Atti delle giornate di studio, Roma, 20-21-22 ottobre*, Vol. II, Giuffrè, Milano, 2011.

capo alle Regioni che hanno dovuto sottoscrivere l'Accordo. In quest'evoluzione è da segnalare la l. n. 191 del 23 dicembre 2009,²²⁸ che è immediatamente successiva all'Accordo a cui si è addivenuti in sede di Conferenza Stato-regioni il 3 dicembre del 2009.²²⁹

Con l'Intesa del 2009 lo Stato e le Regioni hanno confermato quanto già stabilito nei precedenti Accordi,²³⁰ in particolare con riferimento al carattere vincolante che assume il Piano di rientro, ed hanno delineato nuovi profili che permettono di considerare l'Intesa del 2009 come vincolante per scelte assunte dal legislatore.²³¹ La l. n. 191 del 2009 riassume, per un verso l'esperienza che si è realizzata con l'applicazione dei primi anni della legislazione sui Piani di rientro per altro verso recepisce quanto concordato in sede di Conferenza Stato-regioni. Il suddetto

²²⁸ Legge finanziaria per il 2010.

²²⁹ Documento della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Rep. n. 243 del 3 dicembre 2009.

²³⁰ Nell'Intesa del 2009 sono contenuti dei riferimenti importanti sia alla questione delle cure transregionali sia rispetto alla nomina del Commissario ad acta. A riguardo una delle più importanti innovazioni apportate dall'Intesa del 2009 rispetto a quanto già previsto in precedenza si trova al punto 5 in ordine alla nomina del Commissario ad acta in caso di mancato rispetto da parte delle Regioni interessate dagli Accordi. Il percorso individuato dalle parti prevede che il Governo valuti l'adeguatezza del Piano proposto dalle Regioni. Il *punctum crucis* è da ricondurre al ruolo del Governo che deve valutare l'adeguatezza del Piano rispetto agli obiettivi per la Regione. Una valutazione che è necessaria a verificare la congruità o meno delle misure previste. In quest'ultima ipotesi «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». In questo è da ravvisare il punto di svolta cruciale della vicenda dei Piani di rientro in funzione al rapporto tra lo Stato e le Regioni.

Cfr. infra § III.

²³¹ Il punto di partenza di quello che può essere considerato come una verifica della legislazione sui Piani di rientro è che le Regioni e lo Stato, nel dicembre del 2009, prevede che le parti debbano rispettare gli obblighi assunti in precedenza, sia con l'Intesa stipulata il 23 marzo del 2005 sia dalla successiva legislazione in tema di Piani di rientro. Nello specifico «gli obblighi posti a carico delle regioni, nel settore sanitario, con l'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima Intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di Piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali».

provvedimento legislativo ha così lo scopo di valorizzare, sia i risultati positivi che sono scaturiti nei primi anni di applicazione della legislazione, sia di trovare una soluzione alle inefficienze che sono emerse dall'applicazione di quello che è un nuovo istituto nel panorama giuridico.

Nell'Intesa (e quindi in accordo tra lo Stato e le Regioni) e poi nella successiva previsione legislativa, si rinviene un riferimento al diverso ruolo che assume lo Stato nel rapporto con le Regioni interessate dal Piano di rientro.

Con il provvedimento del 2009 si registra un aumento della vincolatività, che coincide con un maggiore grado di conseguenze previste per il mancato rispetto da parte delle Regioni degli impegni assunti. Suddetta Intesa ha previsto una conseguenza di particolare rilievo, rispetto alla vita istituzionale della Regione, per la mancata adozione (o approvazione) del Piano. Ci si riferisce alla previsione dell'immediata «sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio», alla decadenza in via automatica dei «direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente».

Alle conseguenze di tipo politico ed amministrativo, in caso di mancato rispetto del Piano di rientro fanno, dunque, seguito gli effetti economici per le Regioni che non hanno adottato le misure previste. Il mancato rispetto del patto stipulato con il Governo determina il mancato trasferimento di fondi, generando un aumento della pressione fiscale e dunque rappresenta una forma indiretta di sanzione per l'amministrazione regionale inefficiente.²³²

²³² Art. 1, co. 79, lett. b), l. n. 191 del 23 dicembre 2009. La previsione è quella per cui «sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 6, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti».

Il ruolo assunto dalla l. n. 191 del 2009 è dunque da considerare determinante nel percorso evolutivo della legislazione sui Piani di rientro, in quanto il legislatore ha valorizzato l'esperienza prodotta nei primi anni di applicazione ed ha adottato un provvedimento maggiormente articolato e strutturato.²³³ Questo sia per quanto attiene alle modalità di sottoscrizione da parte delle Regioni interessate, sia per le conseguenze in caso di mancato rispetto dell'Accordo.²³⁴

La valutazione sul contenuto del Piano è effettuata dal Consiglio dei Ministri in uno stretto rapporto che intercorre tra l'attività svolta dalla Giunta regionale e quella del Governo.²³⁵ Nel caso in cui il Consiglio dei Ministri effettui una valutazione positiva, in ordine al Piano presentato dalla Regione, questo è approvato ed è immediatamente esecutivo.

Nel caso in cui il Piano di rientro o non sia stato presentato o non è ritenuto soddisfacente dallo Stato, per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, e per il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza, si provvede con la nomina del Commissario ad acta.²³⁶

²³³ Le disposizioni rispetto ai Piani di rientro sono contenute nell'articolo 1 dal comma 77 al comma 98, ed ai commi 88 bis, 196, 196 bis, 222, 222 bis e 222 quater. Il legislatore è intervenuto al fine di adottare una legislazione maggiormente strutturata. Il dato da cui prendere le mosse è da individuarsi nell'articolo 1, co. 77, della legge che statuisce in modo chiaro che una Regione può considerarsi in deficit economico in materia sanitaria. Il «disavanzo strutturale» viene considerato tale quando lo è «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». Il Piano deve garantire il raggiungimento del pareggio di bilancio ma non può prevedere una contrazione nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

²³⁴ Per un commento ad alcune parti dell'articolato si veda A. DONATI, *La manovra correttiva 2010*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2010, p. 209.

²³⁵ L'articolo 1, co. 79, della suddetta legge, prevede difatti che il Consiglio dei Ministri decide «su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni».

²³⁶ dell'articolo 1, co. 79, è quella per cui «Il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina Commissario ad acta».

Il profilo dell'Accordo è quindi da attribuire a quella fase in cui tra lo Stato e la Regione si tenta di addivenire ad un programma condiviso. Un diverso profilo deve invece attribuirsi alla fase in cui lo Stato si sostituisce alla Regione inadempiente.

Il mancato conseguimento di un Accordo, e dunque la mancata sottoscrizione da parte della Regione, genera in capo allo Stato la possibilità di esercitare la propria competenza ad assumere le scelte in modo unilaterale. Non è quindi possibile attribuire in modo preminente il carattere di - accordo - alla legislazione sui Piani di rientro, senza considerare che le Regioni interessate, se non raggiungono gli obiettivi previsti, sono soggette ad un intervento diretto da parte dello Stato.²³⁷

La previsione legislativa non lascia spazio a interpretazioni in senso differente. Se la Regione non propone un Piano di rientro, che lo Stato reputa idoneo, si procede con la nomina del Commissario ad acta, così come si addivene alla medesima conseguenza se la Regione non adotta il Piano. In entrambi i casi ne deriva un intervento da parte dello Stato che si sostituisce alla Regione nella gestione dell'organizzazione della sanità regionale.²³⁸

²³⁷ Sul carattere collaborativo in ordine all'approvazione del Piano di rientro merita di essere segnalato che con la legge finanziaria del 2010 si modificano altresì i caratteri in merito al procedimento da seguire nel senso di una maggiore procedimentalizzazione. In particolare sul fronte della compartecipazione è di notevole importanza il ruolo riservato alla Conferenza, così come previsto dall'articolo 1, co. 79, «Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, decorsi i termini di cui al comma 78, accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la Regione».

²³⁸ Di contro le disposizioni della legge finanziaria per il 2010 sembrano indicare un carattere esclusivamente bilaterale del Piano di rientro. Il successivo art. 1, co. 81, dispone che con una cadenza triennale si svolga il monitoraggio del Piano, fermo restando «la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti». Diversamente da quest'ultima previsione le modalità con cui il Piano viene approvato e le regole di azione da parte dello Stato nel sostituirsi alla Regione nel caso in cui questo

L'elemento di una maggiore vincolatività per il legislatore regionale, a seguito della sottoscrizione del Piano di rientro, si deduce, tra l'altro, dalla previsione per cui la Regione è obbligata a rimuovere i provvedimenti legislativi che sono di ostacolo alla piena attuazione di quanto stabilito nell'Accordo.²³⁹

Il legislatore ha affidato il controllo di eventuali incongruenze al Commissario. Nel caso in cui questo riscontri provvedimenti legislativi contrari all'attuazione del Piano di rientro, li trasmette al Consiglio regionale, con l'indicazione dei profili in contrasto con il suddetto Piano ed il Consiglio provvede a modificare la legislazione.²⁴⁰ Il legislatore, probabilmente conscio della possibilità di un mancato adeguamento, da parte degli organi regionali, ha contestualmente previsto le modalità con cui farvi fronte. La previsione si completa sancendo che: nel caso in cui la Regione non provveda ad «apportare le necessarie modifiche legislative», il Consiglio dei Ministri interviene con le misure necessarie, in attuazione dell'articolo 120 Cost., al fine di eliminare i predetti ostacoli.

Il carattere di forte discontinuità, con il sistema precedente, e l'evoluzione nella direzione di una maggiore incisività dello strumento, è rappresentata dalla considerazione che gli elementi individuati dal Piano di rientro sono vincolanti per la Regione che è «obbligata» a rimuovere i

non venga sottoscritto induce a riflettere sulla natura di questo rapporto al principio di leale collaborazione. Una valutazione che sembra trovare ulteriore conferma in quanto previsto dal comma 82 in cui si afferma che «L'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso».

²³⁹ In primo luogo si fa riferimento all'articolo 1, co. 80, il quale afferma che «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».

²⁴⁰ La legge finanziaria prevede che «Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga».

provvedimenti legislativi e non può adottarne di nuovi quando questi siano di ostacolo all'attuazione del Piano di rientro.²⁴¹

In conclusione è possibile considerare che vi è stato un crescendo nella vincolatività giuridica esercitata dal Piano di rientro nel sistema delle fonti e che l'intervento legislativo del 2009 ha rappresentato uno spartiacque, tra una fase di maggiore dialogo tra lo Stato e le Regioni interessate dai Piani di rientro, ed una in cui invece è subentrato un carattere maggiormente vincolante per le Regioni che presentano un forte disavanzo.

La legge finanziaria per il 2010 ha previsto non solo una maggiore vincolatività per le Regioni, ma ha altresì introdotto quelle misure tese a garantire l'applicazione del Piano di rientro, ponendolo al riparo da eventuali atti adottati dalle Regioni, nella gestione dell'amministrazione sanitaria, in contrasto con quanto sottoscritto nell'Accordo.²⁴²

²⁴¹ Il riferimento si rintraccia all'articolo 1, co. 95 in cui si prevede 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».

²⁴² Un esempio può essere rintracciato nell'articolo 1, co. 89, che sancisce che «per un periodo di due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori e i tesoreri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti». Una previsione quella sulla limitazione alla possibilità di effettuare un'esecuzione forzata per le Asl delle Regioni interessate dai Piani di rientro, riproposta nelle successive leggi finanziarie ed infine dichiarata incostituzionale dalla Corte. La pronuncia della Corte costituzionale n. 186 del 2013 ha un carattere innovativo nella complessa questione del risanamento del deficit sanitario regionale attraverso la sottoscrizione del Piano di rientro. Nel caso in specie la Corte ha agito ponendo un limite alla temporanea sospensione delle azioni esecutive nei confronti delle ASL di Regioni che hanno adottato questo strumento. La Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo «1, comma 51, della legge 13 dicembre 2010, n. 220 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge di stabilità 2011), sia nel testo risultante a seguito delle modificazioni già introdotte dall'art. 17, comma 4, lettera e), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, sia nel testo, attualmente vigente, risultante a seguito delle modificazioni introdotte dall'art. 6-bis, comma 2, lettere a) e b), del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre

1.5. Il processo di consolidamento della legislazione e il problema della responsabilità politica per il deficit

Il legislatore, pur non adottando una disciplina strutturata e prediligendo l'inserimento delle disposizioni in materia di Piani di rientro nelle diverse leggi finanziarie, succedutesi dopo il 2004, ha però garantito una struttura stabile e un'evoluzione costante nella direzione di una vincolatività forte.²⁴³

Quest'impostazione del legislatore, che non ha previsto l'adozione di provvedimenti strutturati nel tempo, ha determinato la necessità di intervenire con la decretazione d'urgenza, soprattutto in alcuni momenti di criticità economica.

2012, n. 189» sul punto sia concesso rinviare ad A. PATANÈ, *Illegittimo il divieto di esecuzione forzata nelle Regioni che hanno sottoscritto il Piano di Rientro del deficit sanitario regionale. Annotazione a Corte costituzionale n. 186/2013*, in "OPAL", n. 3, 2013.

²⁴³ Se le leggi finanziarie successive al 2005 sono state caratterizzate da provvedimenti legislativi che in larga parte hanno ripreso quanto sancito dal primo intervento in tema di Piani di rientro, dopo il 2010 si è riproposto in termini generali quanto sancito dal legislatore nello schema adottato con la legge finanziaria per il 2010. Il riferimento è alla l. n. 220 del 13 dicembre del 2010. La legge contiene un riferimento ai Piani di rientro all'articolo 1, co. 50 e 51, entrambi si riferiscono a disposizioni di carattere economico in ordine alla gestione del finanziamento da parte dello Stato nei confronti delle Regioni che hanno sottoscritto negli anni precedenti il Piano di rientro. Il legislatore con la successiva l. n. 183 del 12 novembre 2011 non ha introdotto modifiche di particolare valore alla legislazione sui Piani di rientro ed ha confermato la previsione in ordine al finanziamento di alcuni profili strettamente connessi con la legislazione sui Piani di rientro e dunque attinenti alla sola attività di erogazione delle risorse necessarie per le Regioni interessate. In particolare l'art. 22, co. 7 prevede che per «l'anno 2012 ciascuna Regione, conformemente al proprio ordinamento, può disporre la deduzione dalla base imponibile dell'imposta regionale sulle attività produttive delle somme erogate ai lavoratori dipendenti del settore privato in attuazione di quanto previsto da contratti collettivi aziendali o territoriali di produttività di cui all'articolo 26 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111. Gli effetti finanziari derivanti dagli interventi di cui al presente comma sono esclusivamente a carico del bilancio della Regione. Restano fermi gli automatismi fiscali previsti dalla vigente legislazione nel settore sanitario nei casi di squilibrio economico, nonché le disposizioni in materia di applicazione di incrementi delle aliquote fiscali per le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari».

In tal senso, un caso di particolare valore è rappresentato dal provvedimento volto a superare il divieto di finanziamento da parte dello Stato. Com'è noto, all'indomani della riforma costituzionale del 2001, l'impianto legislativo aveva previsto una rimodulazione dei trasferimenti nei confronti delle Regioni. Il legislatore è quindi intervenuto prevedendo la possibilità per lo Stato di erogare il finanziamento per le Regioni.²⁴⁴ La necessità di adottare il decreto legge deriva dall'eccezionalità della situazione e quindi dall'esigenza di derogare al limite precedentemente imposto.²⁴⁵

L'importante disciplina del finanziamento alle Regioni non rappresenta l'unico caso in cui il legislatore è intervenuto con la decretazione d'urgenza; un altro caso significativo è rappresentato dalla disciplina del Commissario ad acta, ed anche in questo caso il legislatore ha dovuto significativamente integrare quanto previsto in materia²⁴⁶ Il

²⁴⁴ Il riferimento è al d. l. n. 23 del 20 marzo 2007 in cui si è previsto che in deroga a quanto già stabilito con l'articolo 4, co. 3, del d. l. n. 347 del 2001 lo Stato concorre a ripianare i disavanzi del Servizio sanitario nazionale e dunque a contribuire alle Regioni in deficit Convertito con modificazioni dalla legge n. 64 del 17 maggio 2007.

²⁴⁵ Secondo la previsione del d.l. n. 23 del 2007 si prevede in modo esplicito la possibilità per lo Stato di trasferire i fondi necessari alle Regioni al fine di ottenere il finanziamento necessario per ridurre il deficit regionale e superare l'obiettivo posto con il Piano di rientro.

²⁴⁶ Il riferimento è al d. l. n. 159 del 2007 il cui articolo 4 è significativamente rubricato «Commissari ad acta per le Regioni inadempienti». Il decreto legge prevede che nel caso in cui dal monitoraggio dei Piani di rientro delle singole Regioni interessate dovesse emergere «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 (...) 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». Vista la complessità dell'argomento della nomina dei Commissari ad acta a seguito del mancato rispetto del Piano di rientro, si rinvia ad una trattazione più completa nel § III. Si segnala solo il d. l. n. 98 del 2011 che ha regolamentato la situazione di un eventuale contrasto tra la legge regionale ed i Piani di rientro. Il legislatore ha così previsto che se in corso di attuazione

legislatore ha anche tentato di introdurre delle sanzioni nei confronti dei rappresentanti politici al fine di rafforzare la responsabilizzazione che caratterizza la legislazione sui Piani di rientro.²⁴⁷

Nello specifico ci si riferisce alla «responsabilità politica del presidente della Giunta Regionale».²⁴⁸ Il legislatore aveva ipotizzato che in caso di grave dissesto finanziario può essere disposto lo scioglimento del Consiglio regionale e la rimozione del Presidente della Giunta. L'ipotesi era quella per cui il Presidente della Regione, sarebbe stato dichiarato «incandidabile» per le cariche elettive a livello locale, regionale, nazionale ed europeo per un periodo di tempo di dieci anni. La Corte costituzionale è però intervenuta, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'art. 2, co. 2, co. 3 e co. 5, del d.lgs. n. 149 del 2011,²⁴⁹ limitando l'ipotesi sanzionatoria di responsabilità politica.

del piano o dei programmi operativi gli organi di attuazione del piano dovessero riscontrare degli ostacoli che derivano da «*provvedimenti legislativi regionali*» li trasmettono al Consiglio regionale che entro i successivi «*sessanta giorni*» dovrà apportare le necessarie modifiche (art. 17, co. 4, lett. a) del d.l. 98 del 2011). Sul punto E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in «Le Regioni», n. 3, 2012, p. 462 ss. La tesi è quella per cui l'intervento è succeduto alla sentenza del «TAR per l'Abruzzo del 17 maggio 2011 che ha annullato tre delibere del Commissario ad acta per la Sanita in Abruzzo di approvazione del cronoprogramma operativo 2010 per la prosecuzione del piano di rientro».

²⁴⁷ Il d.lgs. n. 149 del 2011 è stato adottato con l'obiettivo di responsabilizzazione di chi assume l'incarico politico della Regione e di sanzionare chi ha assunto le decisioni che hanno poi comportato la necessità di adottare le misure del Piano di rientro ed eventualmente a premiare chi ha invece posto in essere decisioni di ottimizzazione del sistema.

²⁴⁸ Così è rubricato l'art. 2 del d.l. n. 149 del 2011 che aveva come obiettivo quello di prevedere le sanzioni nei confronti degli attori politici delle scelte assunte.

²⁴⁹ Sentenza Corte cost. n. 219 del 19 luglio 2013. Sul punto F. LOSURDO, *Coordinamento della finanza pubblica e tutela della salute nella «legislazione della crisi» (nota a Corte cost., sent. n. 104 del 2013)*, in «Osservatorio A.I.C.», ottobre, 2013. Punto in diritto n. 14.7 «La Costituzione ha attribuito al Capo dello Stato e al Governo, l'uno rappresentante dell'unità nazionale e l'altro garante dell'indirizzo politico generale, il compito di valutare il grado di responsabilità implicato dalla violazione di legge, giacché anche da esso si desume l'ampiezza e la gravità dell'inadempimento. Inoltre, essa assicura la piena tutela delle istanze regionali, affidando a questa Corte la risoluzione di eventuali conflitti tra Stato e Regione che possano insorgere in sede di applicazione dell'art. 126 Cost. In questo

Venuta meno la vincolatività giuridica, rimane la volontà di incidere nella responsabilità politica di chi ha assunto le scelte che hanno prodotto il deficit regionale.

Non è possibile non considerare che il legislatore, con questa decisione, ha perseguito l'obiettivo di ricondurre la riduzione del deficit ad una corretta gestione dei servizi, cosicché si possa addivenire al pieno rispetto del diritto di tutela della salute. A tal proposito si pensi alla disposizione per cui il blocco delle assunzioni, generalmente previsto, può essere derogato in relazione alla necessità di garantire i livelli essenziali di assistenza, ma solo qualora sia accertato un parziale raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano di rientro.²⁵⁰

Nel prevedere, tra le Regioni in Piano di rientro, una differenziazione tra quelle che hanno o meno raggiunto gli obiettivi previsti, si dimostra la capacità dello strumento di adattarsi alle esigenze delle Regioni. Il legislatore, anche con questa previsione, conferma che

contesto, non vi è spazio per un intervento dell'organo della giurisdizione contabile. Detto ciò, e venendo alle censure, il comma 2 della norma impugnata, nella parte in cui prevede questo intervento, senza tuttavia specificarne presupposti, natura e tempi di svolgimento, viola anche per tale profilo l'art. 126 Cost. e il principio di ragionevolezza, la lesione del quale senz'altro qui ridonda sulle attribuzioni costituzionali della Regione. Questa Corte ha già affermato che l'esercizio del potere sanzionatorio in oggetto risponde alla necessità costituzionale di un "immediato allontanamento" dalla carica della persona che la occupa (sentenza n. 12 del 2006). In effetti, la situazione non sarebbe davvero "eccezionale" (sentenza n. 50 del 1959), e tale da giustificare un "atto di penetrante ingerenza" (sentenza n. 81 del 1979) nell'autonomia regionale, se essa fosse compatibile con i tempi occorrenti alla definizione del giudizio contabile, che sono per necessità ben altri rispetto ai tempi della politica. In queste condizioni, l'organo di governo della Regione viene assoggettato ad un procedimento sanzionatorio, di per sé contraddittorio rispetto all'urgenza del decidere, e comunque dai tratti così indefiniti, da rendere incerte le prospettive di esercizio della carica, in danno dell'autonomia regionale».

²⁵⁰ Il riferimento è al d.l. n. 158 del 2012, che all'articolo 4-bis sancisce che il blocco delle assunzioni sancisce la possibilità di deroga rispetto al blocco delle assunzioni previsto dall'articolo 1, co. 174, della legge n. 311 del 2004 e successive modificazioni. Il legislatore è intervenuto sancendo che il blocco «può essere disapplicato nel limite del 15 per cento in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza».

l'istituto è strumentale al raggiungimento del diritto alla tutela della salute e che quindi le decisioni devono essere assunte nel pieno bilanciamento con gli altri principi costituzionalmente previsti, in particolare quello di tutela della salute.

Allo stesso tempo l'obiettivo di una riduzione della pressione fiscale perseguito dallo Stato attraverso il blocco dell'aumento della tassazione locale, trova un'eccezione in quelle Regioni interessate dal deficit sanitario e che hanno sottoscritto il Piano di rientro. Il legislatore ha quindi più volte introdotto disposizioni legislative finalizzate a collegare il maggiore sforzo dello Stato con una condivisione di responsabilità dei territori interessati, provando a collegare ai fallimenti gestionali delle conseguenze sanzionatorie per la politica regionale.²⁵¹

2. Le costanti rinvenibili negli Accordi sottoscritti dalle diverse Regioni e la possibile definizione di uno schema tipo

Dall'analisi dei diversi Accordi sottoscritti tra lo Stato e le Regioni è possibile rinvenire alcune costanti che permettono di definire uno schema tipo del Piano di rientro. Se le diverse Regioni, interessate dal deficit, predispongono autonomamente il Piano da sottoporre allo Stato, rispetto alle proprie esigenze, è però possibile rinvenire alcune costanti che accomunano i diversi Accordi sottoscritti.

²⁵¹ Da ultimo, l'art. 1, co. 26 della l. n. 208 del 28 dicembre 2015 (legge finanziaria per il 2016), nel quale si è stabilito che «Al fine di contenere il livello complessivo della pressione tributaria, in coerenza con gli equilibri generali di finanza pubblica, per l'anno 2016 è sospesa l'efficacia delle leggi regionali e delle deliberazioni degli enti locali nella parte in cui prevedono aumenti dei tributi e delle addizionali attribuiti alle regioni e agli enti locali con legge dello Stato rispetto ai livelli di aliquote o tariffe applicabili per l'anno 2015» Alla previsione generale si aggiunge però che «Sono fatte salve, per il settore sanitario, le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e all'articolo 2, commi 79, 80, 83 e 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nonché la possibilità di effettuare manovre fiscali incrementative ai fini dell'accesso alle anticipazioni di liquidità di cui agli articoli 2 e 3 del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, e successivi rifinanziamenti»

La sottoscrizione tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione interessata avviene in virtù dell'assunzione di responsabilità del Presidente della Regione con i Ministri competenti. La Regione assume l'impegno di dare seguito, con un successivo atto della Giunta regionale, alle decisioni preliminarmente stipulate nell'Accordo con i suddetti Ministeri. E' significativo che il riferimento al raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza è costante nel preambolo di tutti gli Accordi, questo a dimostrazione che l'impegno assunto dalla Regione nell'Accordo è quello di rendere conforme il Sistema sanitario regionale a quanto previsto dal Piano sanitario nazionale.²⁵²

La Regione, per tramite del Presidente della Giunta, realizza un'assunzione di responsabilità politica (all'interno del quadro dell'autonomia costituzionalmente garantita alle Regioni) riconoscendo la condizione di deficit. L'analisi effettuata dalla Regione nella redazione del Piano dimostra che lo strumento, in quanto applicabile a realtà diverse sul territorio, necessita di uno studio preliminare, che soltanto la Regione può effettuare.

La verifica da parte della Regione, rispetto alla condizione esistente, attiene a due diversi profili: quello normativo, con riferimento alle disposizioni statali e regionali presenti al momento della predisposizione del Piano, e quello tecnico, in ordine alla valutazione del Sistema regionale di assistenza, in cui troverà applicazione l'Accordo.²⁵³

²⁵² Nel caso della Regione Liguria, che rappresenta un caso positivo, dato il raggiungimento dell'obiettivo previsto dal Piano di rientro, si è previsto, in modo esplicito, la necessità di garantire i livelli essenziali, ponendo un riferimento alle risorse programmate in quest'ambito. In particolare, il Piano di rientro prevede la necessità di ricondurre la programmazione sanitaria al mutamento dei contesti socio economici e demografici.

²⁵³ Un'indagine che è suddivisa in funzione dei diversi ambiti di applicazione dell'assistenza sanitaria a livello regionale: Il sistema delle cure domiciliari, l'integrazione sociosanitaria, la spesa farmaceutica, costi del personale. L'analisi analitica predisposta dal legislatore al fine di redigere il Piano di rientro tiene altresì conto dell'applicazione, sul territorio, delle politiche sanitarie ed è per

Dalla valutazione rispetto ai motivi che hanno prodotto il deficit nelle diverse Regioni è possibile rinvenire le costanti di maggiore criticità presenti nel sistema sanitario. La legislazione prevede che, una volta fatta questa verifica, si devono predisporre gli elementi in ordine agli obiettivi da raggiungere e agli interventi, secondo un cronoprogramma, da realizzare. Da ultimo, il Piano di rientro, considera gli effetti che si realizzano e le conseguenze prodotte.

Se dunque si prende in considerazione lo schema tipo del Piano di rientro, è possibile riscontrare che le costanti che si rinvergono rappresentano i profili di maggiore criticità delle diverse Regioni nella gestione del Sistema sanitario regionale.²⁵⁴ Dalla lettura dei diversi Piani di rientro si deduce che sussistono degli elementi di malfunzionamento comune alle diverse regioni interessate dal deficit e di conseguenza è possibile rinvenire elementi comuni per la risoluzione di suddette problematiche nei diversi Accordi sottoscritti.

Sono quattro le direttrici che accomunano tutti i Piani di rientro rispetto alla predisposizione delle misure per la riduzione del deficit regionale in materia sanitaria. Il primo, e probabilmente più corposo riferimento che i Piani di rientro effettuano, è quello alla riorganizzazione della rete ospedaliera, soprattutto in ordine al binomio tra offerta pubblica e gestione delle strutture private accreditate. Un altro elemento costante, nella valutazione sulla riorganizzazione della sanità regionale, è da rinvenire nella spesa farmaceutica e nella spesa per i beni ed i servizi. Da ultimo, ma non per questo meno importante, una parte essenziale nella rimodulazione della spesa è dedicato alla gestione del personale.

questo che si valuta nella predisposizione del Piano di rientro, come questo possa incidere sulla popolazione. In altri termini, di come il contesto demografico si è modificato e muterà nel futuro, così da predisporre le azioni più idonee rispetto al contesto.

²⁵⁴ Nello studio si prendono le mosse dalla situazione della popolazione in ordine alla domanda sanitaria e socio sanitaria; al quadro epidemiologico: stato di salute e bisogni. In merito all'offerta del livello di assistenza ospedaliera e all'offerta del livello di assistenza distrettuale socio sanitaria.

2.1. L'attuazione della legislazione sui Piani di rientro da parte di alcune Regioni mediante la sottoscrizione degli Accordi e le differenze di maggiore rilievo

Le Regioni che, dalla l. n. 311 del 2004 ad oggi, sono state interessate dalla sottoscrizione del Piano di rientro sono 10 (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia). L'applicazione della legislazione sui Piani di rientro non è stata uguale in tutte le Regioni, ma si è caratterizzata da differenze nelle modalità con cui raggiungere il comune obiettivo del riequilibrio di bilancio e della garanzia di un grado elevato nelle prestazioni sanitarie.

Le Regioni, interessate dal deficit, hanno sottoscritto gli Accordi che si differenziano tra loro in funzione delle esigenze presenti nei diversi territori. In tal senso la legislazione sui Piani di rientro rappresenta solo il “contenitore”, all'interno del quale si collocano, le disposizioni con i differenti profili che attengono alle esigenze di ogni singola Regione.

Se la condizione di deficit economico accomuna le diverse Regioni che sottoscrivono il Piano di rientro, è però necessario considerare che sono differenti i motivi che hanno prodotto il deficit. Per questo motivo sono diversi anche le modalità con cui intervenire per garantire l'equilibrio economico, ed una corretta erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il valore aggiunto, rispetto alla legislazione sui Piani di rientro, è da rintracciare proprio nella sottoscrizione degli Accordi che è stata caratterizzata da profili diversi e che permette di adattare le previsioni alle condizioni di partenza dei diversi Sistemi sanitari regionali.

La Regione Lazio è stata la prima a stipulare l'Accordo il 28 febbraio 2007,²⁵⁵ avendo come obiettivo il raggiungimento della fine del Piano per

²⁵⁵ Come già descritto in termini generali per lo schema di Accordo, alla sottoscrizione da parte del presidente della Giunta regionale ha fatto seguito l'approvazione con delibera n. 149 del 6 marzo del 2007 da parte della Giunta regionale. Nel caso del Lazio per la prima volta, così come previsto dalla

il 2009.²⁵⁶ Alle scelte di tipo programmatico, e dunque strutturale, sulla riduzione del deficit, l'elemento di maggiore incisività è da ricondurre ad una netta contrazione della spesa.²⁵⁷ Il Lazio ha rappresentato, anche per la peculiarità del deficit, la prima a dover fare ricorso alla sottoscrizione del Piano di rientro, a cui hanno fatto seguito l'Abruzzo²⁵⁸ e la Liguria.

Le difficoltà incontrate dal Lazio, nella risoluzione del Piano di rientro, e nella sua conclusione, sono da rintracciare nella considerazione che il deficit di questa è, insieme alla Campania, tra i più elevati a livello nazionale, rappresentando una parte cospicua del deficit in materia

disciplina, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha diffidato la Regione ad assumere le decisioni necessarie ed in mancanza ha adottato la procedura prevista. Così come previsto dall'art. 4 del d.l. 159 del 2007 il Presidente del Consiglio dei Ministri, con nota del 30 ottobre del 2007, ha diffidato la Regione ad assumere le decisioni necessarie a raggiungere gli obiettivi prefissati nel Piano sottoscritto. In attuazione dell'articolo 13, co. 14, e dell'articolo 2, co. 88, della legge del 23 dicembre 2009 n. 191 la Regione ha redatto il Programma operativo per il 2010. In suddetto Programma operativo si da atto di voler proseguire nella prosecuzione del Piano di rientro. Quest'ultimo Programma operativo è scaduto il 31 dicembre del 2010, alla data di fine vigenze del Piano di rientro è stato trasmesso con Decreto Commissariale n. 113 del 2010 il Programma Operativo per il 2011-2012. Alla scadenza di questo la Regione ha poi trasmesso il Programma Operativo per il 2013-2015 adottato con decreto commissariale n. 314 del 2013 e successivamente è stato oggetto di modifiche con decreto commissariale n. 247 del 2014.

²⁵⁶ In particolare nel primo Piano di rientro sottoscritto dalla Regione Lazio si rinvencono diverse linee di intervento tutte strettamente riconducibili ad una diversa organizzazione delle prestazioni a cui dovrebbe conseguire una decisa riduzione dei costi. In particolare, ci si riferisce alla ridefinizione della rete e dei servizi ospedalieri, alla riorganizzazione dell'assistenza medico territoriale ed al costo delle prestazioni direttamente gestite dal Sistema sanitario regionale.

²⁵⁷ Dalla lettura del Piano di rientro della Regione Lazio si rinviene una politica decisionale volta alla riduzione di quelle spese che non rappresentano un valore aggiunto immediato per le prestazioni sanitarie. In tal senso si rinviene una rimodulazione decisa rispetto all'erogazione dei farmaci, con un netto risparmio per la Regione. Una rimodulazione dei posti letto e la fissazione di un tetto di spesa per i soggetti che erogano le prestazioni.

²⁵⁸ La Regione Abruzzo ha sottoscritto l'Accordo il 6 marzo del 2007. La prima verifica rispetto agli obiettivi che erano stati assunti nel Piano, con durata triennale (2007-2009) è stata fatta il 22 luglio del 2008 nel corso della quale si è preso atto del mancato rispetto degli obiettivi prefissati e di conseguenza si è proceduto ad adottare una diffida così come previsto dall'articolo 4 del d.l. n. 159 del 1 ottobre 2007.

sanitaria.²⁵⁹ Secondo le valutazioni effettuate dalla Corte dei Conti, e dalla gestione commissariale, il forte deficit del Lazio deve essere ricondotto, in buona parte, ad una scorretta gestione dell'organizzazione della sanità come conseguenza di un cattivo rapporto di parte del management pubblico con gli operatori imprenditoriali nel settore della sanità.²⁶⁰ Un ulteriore elemento, che caratterizza la situazione strutturale del deficit nel Lazio, è legato ad un'organizzazione non corretta della rete ospedaliera, a ad una mancata integrazione di questa con i servizi socio sanitari e ad una scorretta allocazione delle risorse umane a disposizione del sistema regionale.²⁶¹

La Regione Liguria rappresenta un caso di studio, perché il Piano di rientro è stato funzionale ad un riassetto del bilancio sanitario regionale, al punto da riportare il Sistema sanitario in una condizione di equilibrio. La Regione ha stipulato il primo Accordo il 6 marzo 2007, obbligandosi ad adottare i provvedimenti necessari a ristabilire l'equilibrio finanziario garantendo i livelli essenziali di assistenza.²⁶² Il percorso compiuto da questa Regione è caratterizzato da una stretta attinenza tra i provvedimenti

²⁵⁹ A titolo esemplificativo si deve considerare che, secondo l'Osservatorio per il debito della Regione Lazio, il debito del Lazio e della Campania rappresentano il sessantotto per cento del debito nazionale in ambito sanitario.

²⁶⁰ Come rilevato dalla relazione del sub commissario Gianni Giorgi, del dicembre del 2013, parte degli elementi critici, nella gestione della sanità regionale, sono da ricondurre, ad uno «strapotere delle logiche politiche e clientelari su quelle tecniche e manageriali». Questo, in una condizione di assenza di strategie strutturali e in assenza di un sistema di programmazione.

²⁶¹ Si veda la requisitoria del procuratore regionale del Lazio della Corte dei Conti, nel Giudizio di parificazione del rendiconto generale per l'esercizio finanziario del 2014.

²⁶² Il punto 1.2.3 del Piano di rientro è rubricato «Ricognizione dei provvedimenti regionali adottati in attuazione degli accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni rilevanti ai fini dell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza». La Regione evidenzia che «Per garantire che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sia efficace, appropriata ed omogenea sul territorio nazionale, nell'ambito delle risorse programmate, occorre rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con il mutare dei contesti socio-economici, tecnologici e soprattutto demografico-epidemiologici e della conseguente domanda di assistenza territoriale scaturita in particolare dalla cronicità, di cui il SSN non si è fatto ancora sufficientemente carico in alcune zone del Paese».

assunti e le prescrizioni previste dal Piano di rientro nei diversi anni. Un profilo messo in evidenza dalla verifica annuale realizzata dai Tavoli tecnici che hanno dimostrato la capacità di superare la condizione esistente. Il Piano di rientro della Liguria ha previsto la riorganizzazione della rete di prevenzione e del sistema di assistenza fondato sull'integrazione del sistema socio-sanitario.²⁶³ La Liguria ha concluso il programma del Piano di rientro, riportando la Regione in una condizione di equilibrio. Questo dimostra che l'applicazione corretta del Piano di rientro, garantisce il raggiungimento degli obiettivi prefissati a riprova dell'efficacia dello strumento.

Anche l'Abruzzo è stata tra le prime Regioni a dover sottoscrivere il Piano di rientro con lo Stato e sta attualmente completando il percorso di riorganizzazione della sanità regionale.²⁶⁴ Questa è una di quelle Regioni dove, più che in altre è evidente il rapporto tra l'attuazione del Piano di rientro e la giustizia amministrativa. In particolare questo viene in evidenza con uno dei profili che più di altri hanno interessato l'attuazione dell'Accordo, quello cioè della riorganizzazione della rete ospedaliera. Nello specifico il T.A.R. per la Regione Abruzzo è intervenuto annullando le decisioni del Commissario ad acta sulla trasformazione di alcuni presidi

²⁶³ In un'ottica di divisione delle materie tra Stato e Regioni l'esempio della Liguria che ha raggiunto l'obiettivo prefissato di una riduzione del deficit, considerando essenziale l'elemento dell'integrazione socio assistenziale rappresenta una conferma della giustezza delle scelte assunte nell'evoluzione della legislazione in materia sanitaria e del legislatore costituzionale, in particolare si veda l'Accordo del 6 marzo 2007, p. 24.

²⁶⁴ In virtù dell'articolo 13, co. 14, del Patto per la salute del 3 dicembre del 2009 e dell'articolo 2, co. 88, della l. n. 191 del 2009, la Regione Abruzzo ha stilato il Programma Operativo 2010, mostrando l'intenzione di proseguire nel Piano di rientro siglato nel 2007 con durata triennale. In attuazione di quanto previsto dall'art. 2, co. 88, della già citata legge il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro per la Regione Abruzzo ha approvato il Programma operativo per il 2011-2012. Il 25 luglio del 2013 si è tenuta un'altra riunione del Comitato e del Tavolo tecnico a cui ha fatto seguito l'adozione del Programma operativo 2013-2015, adottato con Decreto commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013. Quest'ultimo Programma operativo è poi stato oggetto di un'ulteriore modifica integrativa adottata con decreto commissariale n. 112 del 30 dicembre del 2013.

ospedalieri, non ritenuti dal commissario necessari nella riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli obiettivi previsti dal Piano di rientro.²⁶⁵

Il legislatore nell'introdurre la disciplina sui Piani di rientro è consapevole della condizione di grave deficit finanziario di alcune Regioni in ordine al Servizio sanitario regionale. Una situazione di difficoltà economica, non solo consolidata nel tempo, ma anche largamente diffusa, soprattutto nelle regioni meridionali, caratterizzate storicamente da una scarsa capacità gestionale della cosa pubblica. La dimostrazione di ciò è data dal fatto che la sottoscrizione del Piano di rientro è stata effettuata da più Regioni in un arco temporale assai ristretto e che tra queste ci sono tutte le Regioni meridionali e le due Regioni insulari.

Nel 2007, infatti, sono avvenute all'Accordo anche la Campania,²⁶⁶ il Molise,²⁶⁷ la Sardegna²⁶⁸ e la Sicilia.²⁶⁹ Tra queste la Sardegna è riuscita a concludere il processo di riduzione del deficit mediante il programma previsto con il Piano di rientro permettendo alla Regione di concludere nel 2009 la procedura prevista nell'Accordo.²⁷⁰ Diversamente la

²⁶⁵ In particolare ci si riferisce alle sentenze T.A.R. per l'Abruzzo n. 263 del 2011 e n. 292 del 2011 che hanno annullato le delibere del Commissario ad acta n. 44 del 2010 e n. 45 del 2010. Il T.A.R. nell'argomentare la propria decisione ha ritenuto la carenza di competenza del Commissario ad acta nella misura in cui non è sua competenza quella di incidere così in dettaglio rispetto al Piano di rientro, come nel caso di disporre la chiusura o meno di una struttura ospedaliera. Sul punto della giurisprudenza amministrativa del Commissario ad acta, si veda infra § III.

²⁶⁶ La Regione Campania ha sottoscritto l'Accordo il 13 marzo del 2007.

²⁶⁷ La Regione Molise ha sottoscritto l'Accordo il 27 marzo del 2007.

²⁶⁸ L'Accordo è stato sottoscritto il 31 luglio del 2007 ed ha avuto durata triennale.

²⁶⁹ La Regione Sicilia è avvenuta ad un Accordo il 31 luglio del 2007.

²⁷⁰ La prima verifica da parte del Tavolo tecnico e del Comitato si è tenuta il 21 maggio del 2008 in cui è stato dato parere favorevole in ordine alla verifica semestrale che è stata svolta per l'anno precedente. La successiva verifica per il 2009 da parte del Comitato e del Tavolo tecnico ha stabilito che non si è riusciti a portare a termine gli impegni assunti e che dunque il risultato della verifica è da considerarsi negativo rispetto al triennio precedente. da segnalare che nel dicembre 2015 la Regione ha nuovamente sottoscritto un Piano di rientro per il triennio 2016-2018 che si può rinvenire nella G.R. n. 63/24 del 15 dicembre 2015.

Campania,²⁷¹ il Molise²⁷² e la Sicilia,²⁷³ non sono riuscite a rispettare quanto previsto nel Piano di rientro, ponendole nella condizione di non poter valutare concluso il processo di riduzione del deficit.

²⁷¹ A seguito dell'adozione del Piano di rientro il Presidente del Consiglio dei Ministri ha nominato il 28 luglio del 2009, il Presidente *pro tempore* per la Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro. Il Programma Operativo per il 2011-2012 è stato approvato con Decreto del Commissario n. 45 del 2012 e poi successivamente rivisto con Decreto del Commissario n. 53 del 2012. Successivamente la Regione con Decreto n. 153 del 2012 ha approvato il Programma Operativo per il 2013-2015 che a sua volta è stato oggetto di modifica con i due successivi Decreti del Commissario n. 24 e n. 82 del 2013. In seguito con il Decreto n. 108 del 2014 del 10 novembre 2014 si è approvato il Programma Operativo per il 2013-2015.

²⁷² Nella riunione di verifica del luglio del 2009 è stato nominato il Presidente della Regione *pro tempore* quale Commissario ad acta. In virtù dell'art. 13, co. 14, e dell'art. 2, co. 88, legge n. 191 del 23 dicembre 2009 si è provveduto ad inviare il Programma Operativo 2010 per dare prosecuzione al Piano di Rientro del 2007-2009. Nella verifica dell'8 luglio 2010 il Tavolo e il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza hanno registrato una grave condizione finanziaria che ha determinato un ritardo nell'attuazione di quanto previsto dall'Accordo sottoscritto. Il Tavolo tecnico si è riunito il 29 ottobre del 2010 stabilendo la necessità di applicare l'aumento delle aliquote I.R.A.P. e I.R.P.E.F. mancando le condizioni per non applicare quanto previsto dall'articolo 2 co. 2 bis del d.l. n. 125 del 2010 e dell'art. 2 co. 86 della legge n. 191 del 2009. La condizione registrata nella riunione del 2010 è stata confermata nella successiva riunione del 20 luglio del 2011. Con Decreto Commissariale n. 80 del 26 settembre 2011 è stato approvato il Programma Operativo per il 2011-2012. con Decreto Commissariale n. 21 del 4 giugno 2014 si è proceduto all'adozione del Programma Operativo per il 2013-2015.

²⁷³ All'esito della verifica per il controllo dell'attuazione del Piano di rientro (del 2 aprile del 2009) si è ritenuto che non si fosse in presenza delle condizioni previste per effettuare la diffida nei confronti della Regione da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri. La verifica effettuata nel 2009 ha mostrato che i provvedimenti assunti da parte della Regione avevano soddisfatto i requisiti richiesti e si è così optato per un rinvio della procedura di valutazione. Al termine del periodo di vigenza del Piano per il 2007-2009 la Giunta della Regione Sicilia ha deciso, in attuazione, dell'art. 11, co. 1, del d.l. n. 78 del 31 maggio del 2010 ed in osservanza al Piano di rientro sottoscritto per il 2007-2009, di procedere ad un successivo programma per gli anni 2010 e 2011. Il Programma Operativo per il 2010-2012 è stato approvato con Decreto Commissariale n. 3254 del 2010. Così come previsto dalle disposizioni legislative al Piano di rientro ha fatto seguito il Programma Operativo che è stato sottoposto a verifica il 13 luglio del 2011 nel corso della riunione tenutasi tra il Tavolo tecnico ed il Comitato. La Regione Siciliana ha scelto di proseguire ancora nel programma finalizzato al risanamento del deficit sanitario. Con il decreto commissariale n. 476 del 26 marzo del 2013 la Regione ha approvato il Programma Operativo per il 2013-2015 che è stato ritenuto efficace e meritevole di approvazione nella riunione del Comitato e del

La constatazione sul mancato rispetto di quanto previsto nel Piano non è di secondaria importanza se si prende in considerazione che quanto sottoscritto originariamente, aveva previsto la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e la riduzione del deficit con l'ipotesi di concludere nel corso del triennio. Il mancato riconoscimento della conclusione del programma è quindi da attribuire o ad una mancata corretta stesura del Piano di rientro o ad un'inefficiente applicazione di quanto previsto e quindi ad una scarsa capacità da parte della Regione di procedere all'attuazione dell'Accordo sottoscritto. Ciò non è la dimostrazione dell'inefficienza dello strumento, bensì la più probabile dimostrazione dell'incapacità politico amministrativa che si palesa financo nella mancata attuazione di un accordo finalizzato a risolvere le inefficienze causate in precedenza. La dimostrazione di quest'affermazione è data dal mancato rispetto, di quanto previsto nel Piano di rientro sottoscritto da parte delle Regioni che non sono riuscite a concludere il Piano di rientro.

In dettaglio, dal monitoraggio formale e dalla verifica di quanto previsto nell'Accordo, è possibile registrare un'omogeneità di problematiche per queste tre Regioni che non sono riuscite a raggiungere gli obiettivi.

Alcuni dati, che emergono dal monitoraggio formale, sono esemplificativi dei motivi del mancato raggiungimento degli obiettivi. Ad esempio è significativo che in riferimento alla razionalizzazione della rete ospedaliera, che è uno degli aspetti decisivi, si è spesso fatto ricorso ad atti di tipo programmatico, non riuscendo a concretizzare la chiusura o la riconversione delle strutture non necessarie nella riorganizzazione territoriale.²⁷⁴ La medesima difficoltà, in merito al rispetto del

Tavolo che si è tenuta il 15 aprile 2014 a cui ha fatto seguito il Decreto Assessoriale n. 678 del 2014 che ha approvato la versione definitiva del Programma Operativo per il 2013-2015.

²⁷⁴ In particolare ci si riferisce al risultato del monitoraggio formale per gli anni della Regione Campania dal 2007 al 2013, compresi quindi i risultati del prosieguo del Piano di rientro dopo il primo triennio; per gli stessi anni al monitoraggio

cronoprogramma di quanto previsto nel Piano di rientro, lo si riscontra anche per l'attuazione della riorganizzazione del sistema di accreditamento per le strutture private, che rappresenta un altro degli aspetti di maggiore criticità per la sostenibilità del sistema, soprattutto in funzione di quel delicato rapporto tra pubblico e privato in presenza di una non eccellente organizzazione nell'erogazione delle prestazioni da parte della rete ospedaliera.

Le ultime Regioni, in ordine di tempo, che hanno sottoscritto il Piano di rientro sono la Calabria,²⁷⁵ il Piemonte²⁷⁶ e la Puglia.²⁷⁷ Anche se queste tre Regioni hanno sottoscritto l'Accordo in un secondo tempo, ed in un periodo coevo tra loro, è necessario effettuare dei distinguo per il

formale per il Molise il Tavolo tecnico ha messo in evidenza una riorganizzazione dei posti letto non coerentemente distribuita nel territorio regionale. L'unica parziale eccezione tra queste Regioni per quanto attiene alla riorganizzazione della rete ospedaliera è da segnalare per la Sicilia che ha parzialmente raggiunto gli obiettivi prefissati. Dal monitoraggio formale è possibile rinvenire un apprezzamento per la riorganizzazione del sistema dei pediatri di libera scelta, dell'istituzione dei presidi territoriali di assistenza, la sottoscrizione di diversi accordi finalizzati alla gestione dei soggetti non autosufficienti.

²⁷⁵ La Regione Calabria è addivenuta ad un Accordo il 17 dicembre 2009.

²⁷⁶ La Regione Piemonte ha siglato il 29 luglio del 2010 l'Accordo per il Piano di rientro.

²⁷⁷ La Regione Puglia ha sottoscritto il Piano di rientro il 30 novembre del 2010. Nella riunione di verifica che si è tenuta il 28 settembre del 2011 il Tavolo tecnico ed il Comitato hanno considerato che si è realizzato quanto previsto dall'articolo 5, co. 1, lettera b) dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Puglia ed i Ministeri competenti. La riunione del Tavolo tecnico e del Comitato si è tenuta il 4 aprile del 2013 ed ha valutato la necessità di procedere ad una diffida così come previsto dall'articolo 174 della legge n. 311 del 2004. La Regione Puglia ha inviato il 26 aprile del 2013 la bozza del Programma Operativo per il 2013-2015 ed il 12 settembre la Regione ha chiesto l'accesso per il Programma Operativo per il 2013-2015, con la conseguente decisione assunta il 4 aprile del 2014. Il Tavolo tecnico ed il Comitato hanno valutato il documento inviato dalla Regione contenente il Programma Operativo per il 2013-2015 in modo positivo, considerando di poter procedere con il recepimento definitivo dello stesso. Il Programma Operativo per il 2013-2015 della Regione Puglia è stato approvato con DGR n. 1403 del 7 luglio del 2014, così come previsto dall'articolo 15, co. 20, del d.l. n. 95 del 2012 convertito in legge n. 135 del 2012.

diverso tipo di obiettivi predisposti e per la diversità dei Sistemi sanitari regionali in questione.²⁷⁸

La prima differenza si rinviene nel risultato del monitoraggio formale nelle tre diverse Regioni rispetto al conseguimento o meno dei risultati previsti nel Piano di rientro. Per la Calabria è stato necessario fare ricorso alla nomina del Commissario ad Acta, un provvedimento che invece non è stato necessario per le altre due Regioni.²⁷⁹

Non è certo di secondaria importanza la condizione di partenza, rispetto al disavanzo presente al momento della sottoscrizione del Piano di rientro.²⁸⁰ Proprio nel caso della Regione Calabria, uno degli elementi di maggiore difficoltà è da ricondurre alla difficoltà di determinare con certezza l'ammontare del debito, anche per un'inefficace attività di controllo da parte dei revisori dei conti delle aziende sanitarie e per l'indeterminatezza dei dati.²⁸¹ La Corte dei Conti, sezione controllo, della Regione Calabria ha evidenziato che uno degli elementi di maggiore difficoltà nell'elaborazione di politiche di risanamento è da individuare nella condizione che non sussiste una corrispondenza tra i dati presenti nei bilanci e l'effettiva situazione economica. Questa situazione, unita ad un generale mancato rispetto delle disposizioni normative in materia di

²⁷⁸ Nella "Relazione sullo stato della sanità nella Regione Calabria" redatta dalla Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi regionali del 14 luglio 2014, p. 9, si rinviene la considerazione per la Regione Calabria che «Il Piano di rientro avrebbe dovuto essere attuato nel 2008, ma è stato sottoscritto solo nel dicembre 2009».

²⁷⁹ Da ultimo il resoconto della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza che si è tenuta in data 8 aprile 2015 ha considerato che in termini generali risultano rispetto agli anni 2011, 2012 e 2013 delle forti inadempienze rispetto agli adempimenti da effettuare. Più nello specifico si registra «il ritardo con cui le aziende del SSR della Regione Calabria provvedono al pagamento dei propri debiti pur in presenza delle relative risorse».

²⁸⁰ Nel caso delle tre Regioni in esame, la Calabria per l'anno 2011 ha registrato un disavanzo non di 35.488 milioni di euro, a differenza del Piemonte che ha invece un avanzo pari a 5.250 milioni di euro.

²⁸¹ Sul punto si è ampiamente spesa l'attività di verifica della Sezione controllo della Corte dei Conti, nella deliberazione n. 450 del 2009 la Corte registra la mancata coincidenza dell'importo dei debiti riportati nei diversi prospetti.

affidamento di appalti pubblici, genera un'ulteriore condizione di difficoltà rispetto all'elaborazione delle politiche per il risanamento. In termini generali, si registra un sistema inefficiente di controllo, che produce una difficoltà ad ottenere un quadro esaustivo della condizione economica di partenza.²⁸²

La Regione Piemonte a conclusione del percorso effettuato in seguito alla sottoscrizione, per la prima volta, del Piano di rientro nel 2010²⁸³ è riuscita a raggiungere la quasi totalità dei risultati previsti²⁸⁴ e questo ha permesso di prevedere la conclusione e la non necessità di procedere, per il successivo triennio, alla sottoscrizione di un nuovo Piano.²⁸⁵ Dalle verifiche conclusive sembra potersi affermare che seppure

²⁸² Più in generale si vedano le delibere della Corte dei Conti n. 220 del 2009, n. 59 del 2009, 487 del 2009, n. 219 del 2009.

²⁸³ Con il D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto del 2010 la Regione Piemonte ha recepito l'Accordo sottoscritto. Il Programma del Piano è stato inviato il 30 settembre del 2010 dalla Regione ed è stato sottoposto a verifica nella riunione del 7 febbraio del 2011. Nella successiva riunione tenutasi l'11 aprile del 2011 il Tavolo tecnico ed il Comitato hanno ritenuto che il provvedimento adottato con DGR n. 44-165 del 2011 non era coerente con quanto stabilito dal Tavolo tecnico e dal Comitato nella riunione del 7 febbraio del 2011. La conseguenza della mancata corrispondenza tra l'atto adottato e l'Accordo sottoscritto è stato di considerare la risoluzione dell'Accordo. Nella riunione del 13 luglio del 2011 il Tavolo tecnico ed il Comitato hanno invece verificato la conformità all'Accordo del DGR n. 49-1985 del 2011. Nella riunione del 4 aprile del 2014 del Tavolo tecnico e del Comitato si è evidenziata una condizione di mancata attuazione del Piano di rientro in quanto è emerso un mancato conferimento di risorse al Sistema sanitario regionale. La Regione il 10 settembre del 2013 ha presentato una bozza del Programma Operativo del 2013-2015 e poi con D.G.R. n. 25-6992 del 30 dicembre 2013 ha proceduto all'approvazione definitiva del Programma Operativo per il 2013-2015. L'approvazione del Programma Operativo è stata effettuata in attuazione dell'articolo 15 co. 20 del d.l. n. 95 del 2012 convertito in legge n. 135 del 2012 che prevede la prosecuzione del Piano di rientro attraverso la stesura del Programma Operativo. Il Programma Operativo della Regione Piemonte è stato ritenuto in modo positivo dal Tavolo tecnico e dal Comitato, considerato che sono state condivise le considerazioni effettuate nella riunione precedente del 13 novembre 2013.

²⁸⁴ Dal monitoraggio formale effettuato dal Ministero emerge che la Regione Piemonte, rispetto al programma operativo per il 2013-2015, ha raggiunto la quasi totalità degli obiettivi indicati nel programma e che le prescrizioni non recepite sono di carattere marginale.

²⁸⁵ Si veda l'ultima verifica trimestrale dell'autunno del 2015.

non si è riusciti a raggiungere una riduzione in ordine a tutte le voci di spesa preventivate è però possibile considerare quasi raggiunto l'obiettivo complessivo del risultato economico e dunque di una riduzione della spesa.²⁸⁶

2.2. Le peculiarità degli Accordi sottoscritti dalle Regioni con lo Stato e gli effetti sul Sistema sanitario regionale

La ricostruzione degli Accordi sottoscritti da alcune Regioni in forza della legislazione sui Piani di rientro, ed i provvedimenti amministrativi che ne sono susseguiti, permettono di porre l'accento sulla possibilità di adattare lo strumento alle esigenze di ciascuna Regione. Questo si evince anche dalla differenza temporale con cui si è addivenuti alla sottoscrizione dei Piani. La legislazione ha previsto uno strumento che, potendosi differenziare nella sua applicazione in relazione ai differenti Accordi sottoscritti tra una Regione e lo Stato, dimostra l'efficienza di un modello giuridico innovativo nei rapporti tra lo Stato e le Regioni. Uno strumento che, per i motivi enunciati, potrebbe essere utilizzato in altre materie, oltre a quella sanitaria.

Da ciò è possibile constatare una differenza di risultato tale per cui alcune Regioni hanno concluso il percorso avviato o lo stanno per concludere ed altre non sono invece riuscite ad ottenere un miglioramento tangibile. Una differenza di risultati che lascia intendere come, rispetto alla previsione legislativa, è la capacità di incisività dell'Accordo che genera le conseguenze concrete in capo alla Regione.²⁸⁷

La Corte dei Conti ha rilevato che uno dei profili, che più di altri, è riuscito a garantire il raggiungimento degli obiettivi contenuti negli

²⁸⁶ Sul punto si veda, Giudizio di parificazione del rendiconto generale della regione Piemonte per l'esercizio finanziario 2014, del 20 ottobre 2015, p. 14.

²⁸⁷ In merito al dato per cui si addivene ad una riduzione del deficit nelle Regioni interessate dai Piani di rientro si veda la Deliberazione della Corte dei Conti n. 29/SEZAUT/2014/FRG.

Accordi sui Piani di rientro è da ricondurre al monitoraggio che è stato costantemente effettuato e che è il frutto della capacità della Regione nella redazione del programma. Il monitoraggio costante nel raggiungimento degli obiettivi, da parte del Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, ed il Tavolo tecnico, ha permesso che non si addivenisse ad un controllo eccessivamente diluito nel tempo, producendo una verifica dei risultati ottenuti sia in termini formali sia in termini sostanziali.²⁸⁸ Se attraverso il monitoraggio formale si è potuto verificare il rispetto da parte delle Regioni di quanto previsto nell'accordo, si è invece fatto ricorso al monitoraggio sostanziale per avere un riscontro sulle conseguenze dell'applicazione del Piano di rientro e dunque di un miglioramento nell'erogazione dei servizi sanitari.

Questo tipo di monitoraggio ha permesso di verificare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e più in generale l'equilibrio economico e finanziario del settore sanitario, ma con una particolare attenzione alle reali conseguenze prodotte nell'erogazione dei servizi. La necessità è quella di comprendere l'impatto sulle condizioni sanitarie e socio sanitarie a livello regionale, dopo l'attuazione del Piano di rientro. Lo strumento giuridico in esame, realizza efficacemente la sua funzione allorquando riesce a

²⁸⁸ In riferimento al contenimento della spesa ed in rapporto al contenimento del costo e dell'erogazione dei servizi sanitari è necessario effettuare una verifica in ordine ai risultati ed alle conseguenze che scaturiscono dal Piano di rientro. Come già evidenziato uno degli strumenti utilizzati dal legislatore per studiare le conseguenze che si sono avute con i provvedimenti del Piano è quello dell'attività di analisi svolta dal Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS). In particolare dai dati che vengono proposti da quest'organismo è possibile trarre alcune considerazioni sul raggiungimento degli obiettivi economici che ci si è posti reperibili in www.salute.gov.it, sul punto si veda C. CISLAGHI, E. DI VIRGILIO, I. MORANDI, G. TAVINI, *Come determinare e ripartire il fabbisogno: bisogni, consumi, costi*, in "Monitor", n. 22, 2009, p. 49 ss. In merito agli effetti del Piano di rientro sull'erogazione dei servizi Socio sanitari si veda E. PAVOLINI, *Le dinamiche dell'integrazione socio sanitaria in Italia*, in M. BRONZINI (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale, pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Edizioni Scientifiche, Napoli, 2011, p. 80 ss.

garantire un miglioramento nell'erogazione dei servizi sanitari e quindi un raggiungimento degli obiettivi prefissati.²⁸⁹

Il sistema del monitoraggio formale permette una verifica costante, da parte dello Stato, sull'effettiva adozione dei provvedimenti legislativi ed amministrativi da parte delle Regioni. La verifica permette di individuare e correggere eventuali incongruenze tra quanto previsto nel Piano di rientro e gli atti assunti dalle Regioni.²⁹⁰ In quest'eventualità il Ministero chiede alla Regione di provvedere con la stesura di un nuovo Programma operativo, in attuazione del Piano di rientro sottoscritto.

Secondo questo schema è la Regione che ha il compito di predisporre il Piano di rientro e proporre le modalità attraverso cui raggiungere gli obiettivi previsti. Il Comitato permanente ed il coordinamento dei Tavoli tecnici garantisce il successivo rispetto degli Accordi sottoscritti e verifica l'attuazione da parte della Regione interessata. In tal senso il Governo, e più nello specifico i Ministeri della Salute e dell'Economia, possono ritenere il programma operativo non congruo. Lo Stato, quindi, ha un potere discrezionale sulla valutazione del Piano, con la conseguente possibilità di accettare o rifiutare l'Accordo; il

²⁸⁹ Il monitoraggio sostanziale è stato effettuato dal Ministero della Salute in ordine all'applicazione del Piano di rientro con riferimento all'assistenza ospedaliera, territoriale e farmaceutica. I risultati sono stati resi pubblici dal Ministero della salute e sono reperibili anche al sito internet www.salute.gov.it.

²⁹⁰ In merito ai risultati ottenuti con la sottoscrizione dei diversi Piani di rientro da parte delle Regioni interessate da un deficit finanziario si vedano, tra l'altro, le relazioni della Corte dei Conti nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza pubblica in cui si prendono in esame i risultati ottenuti dalle Regioni per il tramite dell'adozione dei Piani di rientro. In particolare nel Rapporto per il 2014 si prendono in esame i risultati prodotti dai Piani di rientro nell'ordinamento dopo dieci anni dall'entrata in vigore della legislazione addivenendo all'interessante conclusione per cui «per quanto i risultati ottenuti siano positivi al fine di raggiungere un effettivo pareggio del bilancio sarebbe necessario «un aumento della produttività totale dei fattori, elevando in misura consistente il livello del prodotto potenziale, consentirebbe di avvicinare il pareggio limitando l'intensità della correzione di finanza pubblica. Nell'insieme, dunque, gli esercizi condotti confermano l'esigenza di adottare politiche capaci di sospingere un generalizzato aumento del grado di efficienza del sistema produttivo»

tutto in un sistema di collaborazione e cooperazione tra lo Stato e la Regione.

In virtù del monitoraggio sostanziale, che è stato realizzato dal Ministero, è possibile verificare le conseguenze che l'applicazione del Piano di rientro ha prodotto sul Sistema sanitario regionale²⁹¹ e segnalare le eventuali disuguaglianze rispetto a quanto sottoscritto dalla Regione. Il risultato di maggiore interesse è il generale miglioramento, nell'erogazione dei servizi, che si registra nelle Regioni interessate dai Piani di rientro. Dal monitoraggio sostanziale si evince che in tutte le Regioni, che hanno sottoscritto il Piano di rientro, si può rilevare un miglioramento dei servizi sanitari erogati. Questo permette di considerare proficuo il percorso avviato attraverso la sottoscrizione dell'Accordo.

In particolare, il monitoraggio sostanziale si è concentrato sulla verifica del rispetto dei livelli essenziali di assistenza, sul raggiungimento dell'equilibrio economico e finanziario nel settore sanitario e sulle conseguenze, nella Regione interessata, rispetto alle condizioni sanitarie e socio sanitarie in termini generali. Più in dettaglio, i dati relativi al monitoraggio sostanziale in quelle Regioni in Piano di rientro è stato a sua volta suddiviso in due grandi aree tematiche: l'analisi ospedaliera e quella territoriale.²⁹²

In ordine al primo profilo, quello dell'ospedalizzazione e del numero di ricoveri ospedalieri inappropriati, che producono come risultato un aumento della spesa, senza che vi corrisponda un miglioramento del servizio, è possibile registrare un generale raggiungimento del risultato.²⁹³

²⁹¹ Le valutazioni sono il frutto dei dati che al momento della redazione del presente studio sono stati resi noti dal Ministero della salute e che in parte è possibile rinvenire al sito internet www.slute.gov.it.

²⁹² In particolare i dati elaborati sono quelli che si riferiscono al periodo che va fino al 2012 e contengono anche gli elementi di analisi per la spesa farmaceutica.

²⁹³ In tal senso, per fare alcuni esempi, la Regione Abruzzo ha registrato un decremento del ricovero ospedaliero ed il tempo di permanenza in ospedale in occasione di attività operatoria è solo lievemente al di sopra della media. Anche per la Regione Molise il dato è quello di una forte diminuzione del ricorso ai

Un dato che per quelle Regioni che hanno quasi raggiunto la conclusione del Piano di rientro è nettamente positivo e quindi gli indicatori di assistenza ospedaliera (appropriatezza ed efficienza) rispondono ai criteri su base nazionale.²⁹⁴ Di contro, per quelle Regioni che non hanno rispettato formalmente quanto previsto dal Piano di rientro anche i dati sul monitoraggio sostanziale dimostrano un mancato raggiungimento dei risultati previsti.²⁹⁵

Questo dimostra che allorquando le Regioni hanno rispettato gli impegni assunti con la sottoscrizione del Piano di rientro hanno ottenuto il raggiungimento degli obiettivi e si è registrato un aumento dell'assistenza sanitaria territoriale soprattutto per i soggetti con maggiori difficoltà.²⁹⁶

3. La vincolatività del Piano di rientro sanitario nel quadro del "nuovo" Titolo V della Costituzione

La Regione addiviene ad un Accordo con lo Stato quando si trova in una condizione di deficit finanziario tale per cui non è possibile, per gli organi della Regione, assumere una scelta differente, rispetto alla sottoscrizione del Piano di rientro. Prendendo le mosse da questa

ricoveri ospedalieri. La Regione Sicilia, pur non avendo raggiunto una riduzione dei costi tali da poter ipotizzare la fine del Piano di rientro ha garantito alcuni dei risultati previsti dal Piano di rientro tale per cui risulta un deciso decremento dell'utilizzo dei posti letto in ospedale tale per cui il dato complessivo è solo di poco al di sopra della media nazionale. Per quanto attiene al periodo di degenza preoperatoria risulta una pianificazione «sostanzialmente in linea con il valore medio nazionale».

²⁹⁴ Si veda il caso della Regione Piemonte, così come risulta dai dati per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza nelle Regioni in Piano di rientro del Ministero della Salute.

²⁹⁵ Sempre con riferimento all'assistenza ospedaliera la Regione Calabria ha dimostrato che per quanto attiene al percorso dei ricoveri il dato «si mantiene al di sopra del valore medio nazionale».

²⁹⁶ Il riferimento è ad un aumento degli anziani assistiti a domicilio ed in strutture assistenziale registrato in Sicilia, Molise. Nelle altre Regioni interessate dai Piani di rientro l'assistenza territoriale, con particolare riferimento all'assistenza degli anziani, è rimasta al di sotto delle attese previste e dei programmi effettuati in sede di sottoscrizione del Piano di rientro.

considerazione è necessario effettuare una valutazione in ordine all'autonomia della Regione rispetto alla possibilità, o meno, di sottoscrivere l'Accordo con lo Stato. Questo non tanto con riferimento alla natura concordata, ma in ordine all'autonomia, in capo alle Regioni, di sottoscrivere o meno un Accordo.

La Giunta regionale, quando sottoscrive l'Accordo, è in una condizione in cui il deficit finanziario, in materia sanitaria, non permette di assumere decisioni che prescindano da un contributo finanziario da parte dello Stato. La Regione è sostanzialmente nell'incapacità economica di sostenere, con le proprie finanze, il Sistema sanitario regionale. Per questo motivo non è condivisibile un'eventuale lettura della violazione del principio di leale collaborazione, da parte della Regione, per il solo mancato rispetto dell'Accordo.

Non appare corretta l'interpretazione che considera le leggi regionali in violazione della Costituzione in virtù del principio di leale collaborazione ritenendo la sottoscrizione dell'Accordo sufficiente a generare un vincolo di questo tipo. Questo perché se le Regioni fossero nella condizione di scegliere tra la sottoscrizione del Piano (non certo caratterizzato da pochi vincoli) e la possibilità di far fronte, con le proprie finanze, alla risoluzione del deficit finanziario, è presumibile che alcune, tra quelle interessate dal deficit avrebbero assunto una decisione differente, rispetto a quella effettuata. La scelta della sottoscrizione appare, di fatto, obbligata, e non sembra possibile attribuire alla decisione della giunta regionale, di sottoscrivere l'Accordo, un carattere, di per sé, vincolante che comporti un'immediata violazione del principio costituzionale di leale collaborazione.

La Giunta regionale, quando assume la decisione di concordare un Piano di rientro con lo Stato si trova in una situazione finanziaria tale per cui non ha ampi margini di scelta poiché l'alternativa è la mancata erogazione del finanziamento integrativo ordinario, che non

permetterebbe alla Regione di garantire la sostenibilità del Sistema sanitario regionale.²⁹⁷

La riforma costituzionale del 2001 ha rappresentato un momento di trasformazione, con delle novità importanti in riferimento alla materia oggetto del presente studio. In particolare sono due i profili che vengono in evidenza: il primo attiene all'organizzazione ed alla competenza in materia sanitaria, il secondo è da ricondurre alla potestà legislativa ed al principio di coordinamento della finanza pubblica.

Tenuto conto del funzionamento dell'istituto dei Piani di rientro è rilevante l'importanza del rapporto tra quest'istituto ed il mutato quadro costituzionale a seguito alla riforma del Titolo V.²⁹⁸ Sulle questioni che attengono alla tutela della salute ed all'organizzazione sanitaria, si è già riferito che la riforma costituzionale non ha introdotto delle novità dirompenti, rispetto al regime precedente alla riforma costituzionale del 2001. Il legislatore è piuttosto andato nella direzione di confermare, in Costituzione, quanto previsto dalle riforme legislative e dall'interpretazione effettuata dalla giurisprudenza e dalla dottrina rispetto al riparto di competenza tra lo Stato e le Regioni.²⁹⁹ La scelta del legislatore costituzionale, di confermare quanto già deciso in tema di autonomia regionale, rispetto alla materia sanitaria, non interagisce in modo determinante con la materia dei Piani di rientro sanitari. Di diverso tenore è invece il ragionamento che deve essere effettuato nel rapporto tra la riforma del 2001 ed il riparto di competenze, con particolare riferimento al principio di coordinamento della finanza pubblica. In questo secondo

²⁹⁷ S. CALZOLAIO, *Il mondo dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, op. cit., p. 30.

²⁹⁸ La considerazione prende le mosse a partire dalla tesi per cui la riforma del Titolo V pone la questione di un nuovo modo di governare il territorio, F. PIZZETTI, *Le nuove esigenze di governance in un sistema policentrico «esplosivo»* in, "Le Regioni", n. 6, 2001, p. 1153 ss.

²⁹⁹ Ci si riferisce alle importanti riforme legislative del 1993 e 1999, di cui si è già riferito e che hanno trovato ampia conferma in Costituzione circa la competenza e l'organizzazione sanitaria.

caso, l'interazione tra i Piani di rientro e la riforma costituzionale del 2001 è, di certo, più stringente.

La scelta di un'organizzazione sanitaria differenziata tra le Regioni era ben chiara sia al legislatore sia ai commentatori più attenti all'indomani dell'approvazione della riforma.³⁰⁰ La dottrina, con riferimento alla riforma del Titolo V, si è interrogata sulle diverse competenze, tra Stato e Regioni, con riferimento alla materia di tutela della salute.³⁰¹ La scelta che è stata compiuta dal legislatore è riconducibile alla conferma dello schema fondato su di un sistema di governo multilivello in cui siano garantiti i livelli essenziali di assistenza, così come previsto dall'articolo 117 Cost.³⁰²

La riforma del Titolo V, pur confermando quanto già previsto dalla legislazione in merito all'organizzazione regionale della sanità, ha integrato la previsione precedente. Ci si riferisce, in particolare, alla competenza

³⁰⁰ G. CARPANI, *L'irreversibile esclusività del rapporto di lavoro dei medici del Ssn: cronaca di una "modifica" annunciata (le modifiche indotte in sede di conversione al decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81)*, in "Sanità pubblica e privata", n. 6, 2004, p. 600, «Il sistema sanitario subirà profonde modifiche; sarà sempre più organizzato a livello regionale e in modo particolare verranno applicati modelli di gestione diversi da Regione a Regione».

³⁰¹ La difficoltà che anche la giurisprudenza della Corte costituzionale sembra aver incontrato è quella di definire i confini della materia riconducibili alla tutela della salute. Tra le altre si veda Corte Cost. n. 353 del 2003, dove la Corte costituzionale ha optato per l'adozione del metodo storico, «A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V della Costituzione, la disciplina de qua è da ricondurre, come già detto, nell'ambito della competenza concorrente in materia di "professioni", di cui all'art. 117, terzo comma, della Costituzione. I relativi principi fondamentali, non essendone stati, fino ad ora, formulati dei nuovi, sono pertanto da considerare quelli, secondo la giurisprudenza di questa Corte». Sul punto anche la sentenza Corte Cost. n. 201 del 2003 e n. 282 del 2002. Sulla sentenza 282 del 2002 si veda A. D'ATENA, *La Consulta parla ... e la riforma del Titolo V entra in vigore* in "Giur. Cost", fasc. 3, 2002, pp. 2027 ss; D. MORANA, *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza 282/2002 della Corte costituzionale, nota a Corte cost., sent. n. 282/2002*, in "Giurisprudenza costituzionale", 2002, pp. 2034-2042. In senso difforme sent. Corte Cost. n. 438 del 2008, sul punto si veda R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in "Giur. Cost.", n. 6, 2008. Sulla questione dei livelli essenziali di assistenza infra cap. I, par. 4.

³⁰² B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensione della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di) *Cittadinanza, Corti e Salute*, op. cit., p. 219.

legislativa che, con la riforma del Titolo V, in tema di tutela della salute diviene pienamente concorrente.³⁰³

Sarebbe, dunque, un errore considerare la regionalizzazione della sanità come una conseguenza della riforma del Titolo V e che eventuali inefficienze, da parte di alcuni Sistemi sanitari regionali, possano trovare origine in questa riforma.

La Costituzione, nella sua formulazione attuale, riconduce la materia di tutela della salute alla potestà legislativa concorrente. La giurisprudenza e l'interpretazione della legislazione ordinaria, si erano già ampliamenti spesi nella direzione di superare i limiti angusti «dell'assistenza sanitaria e ospedaliera» e quindi di ottenere un sistema fondato su di un'organizzazione sanitaria di duplice livello.³⁰⁴ La riforma del Titolo V ha confermato un'impostazione di assistenza sanitaria fondata su di un Sistema sanitario nazionale, formato dall'insieme dei diversi Sistemi sanitari regionali che si pongono tra loro in un rapporto di stretta collaborazione e dialogo, in senso orizzontale e verticale.³⁰⁵ L'argomento della legislazione sui Piani di rientro deve, quindi, essere inquadrato con specifico riferimento alle modifiche apportate in tema di potestà legislativa.³⁰⁶ Il sistema, così come delineato dall'impianto originale della

³⁰³ Per una riflessione in tal senso A. MATTIONI, *La competenza legislativa concorrente in materia di sanità. Un'interazione tra indirizzo politico di maggioranza e indirizzo politico-costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di) *La Sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, op. cit., p. 194.

³⁰⁴ 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)*, in "Quad. Reg.", 2004, p. 13.

³⁰⁵ F. PALLANTE, *Federalismo e diritti sociali*, in E. VITALE (a cura di), *Quale federalismo?*, Giappichelli, Torino, 2011, p. 72 ss.

³⁰⁶ La riforma del 2001 è stata oggetto di molteplici riflessioni rispetto alle competenze legislative, tra gli altri si veda, A. PIOGGIA, L. VANDELLI, *La Repubblica delle Autonomie nella giurisprudenza costituzionale: Regioni ed Enti locali dopo la riforma del Titolo V*, Il Mulino, Bologna, 2006; S. MANGIAMELI, *Lecture sul regionalismo italiano: il Titolo V tra attuazione e riforma della riforma*, Giappichelli, Torino, 2011; G. FALCON, *Il nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, Le Regioni, n. 1, 2001. F. SORRENTINO, *Le fonti del diritto italiano*, Cedam, Roma, 2009, pag. 270 ss.; R. BIN, *Le potestà legislative regionali dalla Bassanini ad oggi*, in A. RUGGERI, G. SILVESTRI (a cura di), *Le fonti di diritto regionale alla ricerca di una nuova*

Costituzione e rimasto in vigore fino al 2001, era fondato su una legislazione statale.

Com'è noto, la materia della potestà legislativa ha subito una modifica sostanziale con il nuovo testo dell'articolo 117 della Costituzione. In questo, rispetto alla versione precedente, si realizza un riparto di competenza tra lo Stato e le Regioni nella funzione legislativa di rango primario.³⁰⁷ Con la maggiore capacità legislativa, riconosciuta alle Regioni, si è avviato un processo che garantisce a queste la possibilità di determinare scelte di rilievo, nel quadro dell'organizzazione costituzionale.³⁰⁸

Più nello specifico, il potere legislativo delle Regioni, dopo la riforma del 2001, ha cambiato le sue caratteristiche, con conseguenze rilevanti nella materia in esame, soprattutto se si considera che nel passaggio dal vecchio al nuovo regime la legislazione ordinaria in tema di organizzazione sanitaria non ha subito modifiche radicali.³⁰⁹

Il legislatore ha invertito il criterio di competenza realizzando, com'è noto, un sistema ripartito tra le materie di competenza dello Stato, quelle di competenza concorrente e quelle residuali, in un sistema caratterizzato dalla «sussidiarietà» delle fonti.³¹⁰ Per questi motivi, ogni considerazione sulla legislazione dei Piani di rientro non può prescindere dalla riforma

identità, Giuffrè, Milano, 2001. Con riferimento alle competenze prima della riforma si veda L. PALADIN, *Le fonti del diritto italiano*, Il Mulino, Bologna 1996.

³⁰⁷ La questione è affrontata in modo puntuale, rispetto all'importanza delle modifiche intervenute, in G. FALCON, *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della parte seconda della Costituzione*, in "Le Regioni", n. 6, 2001, p. 1248.

³⁰⁸ F. LEOTTA, *La competenza legislativa nei sistemi autonomisti. Dalla crisi della sovranità statale all'affermarsi della sussidiarietà*, Giuffrè, Milano, 2007, p. 252.

³⁰⁹ A. MATTIONI, *Salute e assistenza. Rapporti tra «livelli di governo» dopo la recente revisione costituzionale*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V: Atti della giornata nazionale di studio*, Genova, 15 gennaio 2002, Giuffrè, Milano, 2002. L. CUOCOLO *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Giuffrè, Milano, 2005, p. 68 ss.

³¹⁰ F. CARINCI, *I principio di sussidiarietà verticale nel sistema delle fonti*, in "Quad. Cost.", 20 novembre 2011, p. 7; V. CHESSA, *La sussidiarietà verticale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in G. VOLPE (a cura di), *Alla ricerca dell'Italia federale*, Plus, Pisa, 2003.

intervenuta in termini di competenza legislativa, in quanto la riforma ha introdotto delle conseguenze determinanti, in ordine al coordinamento della finanza pubblica, che è al centro della vincolatività per le Regioni che hanno sottoscritto il Piano di rientro.³¹¹

In merito alla competenza esclusiva regionale, in tema di assistenza e organizzazione sanitaria e della competenza esclusiva statale, in tema di norme generali sulla tutela della salute, la dottrina ha in più occasioni individuato uno dei motivi di maggiore difficoltà nel riparto di competenze.³¹² Dopo un primo periodo, in cui tra lo Stato e le Regioni, a riguardo, vi è stato un contenzioso elevato dinanzi alla Corte costituzionale si è assistito, negli ultimi anni, ad una netta riduzione di questo contenzioso, frutto di un assestamento della conflittualità in materia.³¹³

³¹¹ La questione in merito all'interpretazione del nuovo Titolo V rispetto alla potestà legislativa regionale è stata sollevata dalla dottrina anche in relazione alla difficoltà della giurisprudenza della Corte di riuscire ad addivenire ad una soluzione definitiva rispetto alla nuova tipologia della competenza legislativa, M. LUCIANI, *Il difficile incontro tra la giurisprudenza costituzionale e il nuovo Titolo V Il principio di continuità e gli elementi di novità introdotti dalla l. Cost. n. 3 del 2001*, in "Le Regioni", n. 2, 2004, p. 365.

³¹² Giorgio Pastori così si esprimeva «con le difficoltà facilmente immaginabili che si presenteranno nel distinguere l'una e l'altra competenza» nel colloquio fra S. BARTOLE, M. CAMELLI, V. ONIDA, G. PASTORI in, "Le Regioni", n. 2, 2006, p. 36. Una ricostruzione in chiave critica del riparto di competenze che tiene conto dell'interpretazione giurisprudenziale delle materie non materie è rintracciabile in P. CARETTI, G. TARLI BARBIERI, *Diritto Regionale*, Giappichelli, Torino, 2012, p. 72.

³¹³ Sul punto in un senso e nell'altro si veda il ricco dibattito scaturito dopo la presentazione del progetto di riforma costituzionale del Governo Renzi, si vedano gli atti delle audizioni al Senato. S. CECCANTI, *Audizione al Senato sulla proposta di riforma costituzionale proposta dal Governo Renzi*, in "Forum di Quad. Cost.", 13 maggio 2014 «Gran parte delle sovrapposizioni non sono comunque eliminabili per cui alla fine la vera riforma del titolo Quinto consiste in realtà nel Senato delle Autonomie. Nel tentativo, cioè, di disinflazionare in conflitto istituzionale verso la Corte per puntare alla leale cooperazione in Parlamento». R. BIN, Audizione presso la I. a Commissione della Camera dei Deputati sul disegno di legge costituzionale in materia di revisione della parte seconda della Costituzione, in "Forum di Quad. Cost.", 9 ottobre 2014, in particolare si veda il par. 1, Perché il problema importante non sono gli elenchi delle materie ma la riforma del Senato;

In attuazione del nuovo articolo 117 della Costituzione, per le materie di legislazione concorrente, spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, che è riservata alla legislazione dello Stato, così come avviene per il principio di coordinamento della finanza pubblica a cui è da ricondurre la vincolatività della legislazione sui Piani di rientro.³¹⁴

3.1. L'interpretazione dei Piani di rientro nella giurisprudenza costituzionale e la sua evoluzione rispetto alle modifiche legislative intervenute

Un ruolo di primaria importanza nell'inquadramento dei Piani di rientro sanitari nell'ordinamento, è stato svolto dall'interpretazione della Corte costituzionale che, con la sua giurisprudenza, ha stabilito molti dei confini di questo strumento.³¹⁵

L'orientamento giurisprudenziale, risiede, per un verso, sul valore di «principio fondamentale in materia di coordinamento della finanza pubblica», riconosciuta alle disposizioni legislative statali sui Piani di rientro, per altro, invece, sulla considerazione di tali Piani, come attuativi del principio di leale collaborazione, attesa la sottoscrizione da parte delle regioni interessate.³¹⁶

³¹⁴ L. ANTONINI, *Art. 117, co. 2, La potestà legislativa concorrente*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, op. cit., p. 2242 ss.

³¹⁵ Vedi 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", n. 1-2, 2014, pp. 203-226.

³¹⁶ Per una ricostruzione della giurisprudenza della Corte che tiene conto delle due argomentazioni vedi 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. 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.

Così, ad esempio, con le sentenze Corte cost. n. 100 e n. 141 del 2010 il Giudice delle leggi ha statuito che la Regione è vincolata a quanto sottoscritto in sede di Piano di rientro, anche se questo limita l'autonomia legislativa regionale.³¹⁷ In particolare, con la prima delle pronunce richiamate, la Corte ha stabilito che la previsione contenuta nell'articolo 1, co. 796, lettera b) della legge n. 296 del 2006, deve essere qualificata come principio fondamentale in materia di contenimento della spesa pubblica sanitaria espressione, pertanto, della specifica competenza all'uopo riconosciuta allo Stato, dall'art. 117, co. 3, Cost.³¹⁸

Nel medesimo solco, si colloca la sentenza Corte cost. n. 141 del 2010, nella quale la Corte ha, tuttavia, aggiunto un'ulteriore precisazione. Fermo restando che l'affievolimento della potestà legislativa regionale trova il proprio fondamento nel già rilevato carattere di norma di contenimento della spesa pubblica sanitaria da riconoscere ai Piani di rientro, al contempo la sottoscrizione del Piano ha visto la «esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario».

Si tratta di una notazione di grande momento, in quanto, la piena adesione della Regione, agli obiettivi di contenimento della spesa, determina la riconduzione del mancato rispetto dei Piani alla violazione del principio costituzionale della leale collaborazione tra enti.³¹⁹

Tale orientamento, confermato dalla giurisprudenza successiva,³²⁰ è stato peraltro avallato dalla dottrina maggioritaria, che, pur nel rilievo

³¹⁷ In particolare si veda considerato in diritto 3; 3.1; 3.2; 4; 5.

³¹⁸ Sul punto, cfr. 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*, in www.issrfa.cnr.it, 2013.

³¹⁹ La Corte richiama, sul punto, le pronunce Corte cost. nn. 237 e 139 del 2009, Corte cost. n. 52 del 2010. Oltre alle sentenze Corte cost. n. 100, n. 141 del 2010; Corte cost. n. 78 n. 123 e n. 163 del 2011; Corte cost. n. 91, n. 131 del 2012; Corte cost. n. 28, n. 51, n. 79 e n. 104 del 2013.

³²⁰ Cfr. Corte cost. n. 91 del 2012; Corte cost. n. 193 del 2007; Corte sent. n. 141 del 2010; Corte cost. n. 100 e 141 del 2010, Corte cost. n. 123 e 163 del 2011;

dell'indubbia ingerenza dei Piani di rientro nell'autonomia (anche legislativa) regionale,³²¹ sia nella fase della predisposizione sia della successiva attuazione, sottolinea la costituzionalità tanto dell'accordo Stato-Regioni finalizzato alla riduzione del deficit sanitario, quanto delle conseguenze giuridiche che questo comporta.³²²

Gli Accordi, che prendono il nome di Piani di rientro, sono stati interpretati come conformi a Costituzione, da parte della Corte costituzionale che ha statuito, in più occasioni, l'illegittimità delle leggi regionali adottate in contrasto con i Piani predisposti.³²³

La vincolatività, della legislazione sui Piani di rientro nell'ordinamento, deve quindi essere ricondotta all'articolo 117, co. 3, Cost. che, nell'attribuire la materia di coordinamento della finanza pubblica alla competenza concorrente, permette di interpretare le disposizioni legislative dello Stato poste a fondamento dei Piani di rientro, come vincolanti per la legislazione regionale. Nella prima parte della trattazione si è sostenuta la tesi per cui l'istituto dei Piani di rientro non possa essere inquadrato nell'ordinamento senza che si faccia riferimento all'articolo 32 Cost., nell'accezione per cui suddetta legislazione ha come fine ultimo il pieno godimento di tale diritto.

In questo senso, si è proposta un'interpretazione per cui è proprio il diritto fondamentale alla tutela della salute che deve essere preso in considerazione come scopo del Piano di rientro. Ciò detto è però necessario considerare che è il coordinamento della finanza pubblica il

Corte cost. n. 91 del 2012, Corte cost. n. 51, 79, 104 e 180 del 2013. Per una ricostruzione in tal senso T. CERRUTI, *I Piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in "Rivista A.I.C.", n. 4, 2013, p. 4.

³²¹ G. CARPANI, *I Piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei LEA*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, op. cit., p. 37.

³²² R. BALDUZZI, *Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema*, in "Monitor", n. 27, 2010, «Il suo inserimento nel sistema appare ormai consolidato ed esente da dubbi radicali di compatibilità costituzionale».

³²³ Vedi D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle di leale collaborazione*, in "Le Regioni", n. 1-2, 2014, pp. 203-226.

parametro utilizzato dalla giurisprudenza e su cui si fonda la vincolatività dei Piani di rientro, un punto su cui la giurisprudenza costituzionale è ormai addivenuta ad un orientamento consolidato.

Com'è noto l'articolo 117, co. 3, Cost. sancisce che «Sono materie di legislazione concorrente quelle relative (...) al coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario». Il sistema di coordinamento della finanza pubblica, trova origine anzitutto nella necessità di garantire tra i diversi livelli di governo un sistema di coordinamento tale per cui si possa realizzare l'obiettivo della corretta allocazione delle risorse e del contenimento della spesa che è stato assunto anche in sede internazionale.³²⁴

Se con la riforma del Titolo V il legislatore, attraverso la qualificazione del coordinamento della finanza pubblica, come materia di competenza concorrente, ha perseguito l'esigenza di garantire il rispetto degli obiettivi finanziari, la legislazione sui Piani di rientro, fornisce una conferma della lungimiranza del legislatore costituzionale, in virtù dell'esigenza di garantire un'omogeneità su tutto il territorio nazionale in presenza di un regionalismo rinnovato.³²⁵ In altre parole, nella

³²⁴ Per il principio del coordinamento della finanza pubblica in ambito europeo si veda D. CABRAS, *Appunti sul tema del coordinamento della finanza pubblica tra Unione Europea, Stato e Autonomie Locali*, in "Federalismi", 1 ottobre 2010. 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. 913-940. 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. 806-807.

³²⁵ Un'espressione, quella utilizzata dal costituente del 2001, che ha da subito indotto l'interprete a porre l'attenzione sul fatto che l'applicazione di tale disposizione secondo un'interpretazione, piuttosto che un'altra, avrebbe comportato dei risvolti per il legislatore regionale, R. BIN, *Le potestà legislative regionali, dalla Bassanini ad oggi*, in "Le Regioni", n. 4, 2001, pp. 613-630, si interrogava, all'indomani dell'entrata in vigore della riforma, se si dovesse «prendere sul serio il fatto che il legislatore abbia mutato la formula, rispetto alla famosa formulazione originale, 'nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato'? Come pensiamo che verrà consolidata l'interpretazione di questa disposizione nella giurisprudenza della Corte?» tra le risposte che sono state date negli anni avvenire, alla riforma del 2001, una sembra poter essere

riformulazione delle competenze e di tutto l'impianto della seconda parte della Costituzione, soprattutto con i diversi rapporti che si vengono a realizzare tra lo Stato e le Regioni, è stato necessario predisporre un sistema capace di addivenire alle soluzioni più idonee in caso di necessità. Ed è così che l'art. 117, co. 3, Cost. garantisce allo Stato la possibilità di determinare i principi fondamentali e definire i contorni del sistema finanziario, anche delle Regioni, che devono, di conseguenza, legiferare rispettando quanto stabilito dallo Stato. Diversamente, in assenza di una previsione capace di garantire il coordinamento delle scelte assunte dalle Regioni si potrebbero adottare atti in violazione dei principi sanciti in Costituzione, senza che lo Stato possa intervenire in via preventiva dettando i confini entro i quali le Regioni possono legiferare.³²⁶ Dunque, le leggi statali, adottate in attuazione dell'art. 117, co. 3, Cost. devono avere come fine, costituzionalmente orientato, quello di rendere il sistema omogeneo, unificando le scelte di politica finanziaria che rimangono di competenza esclusiva dello Stato perché è quest'ultimo che garantisce l'interesse nazionale.³²⁷

rintracciata proprio nella vicenda sulla legislazione dei Piani di rientro sanitari. Di coordinamento della finanza pubblica, in termini di necessità, nel garantire un'omogeneità nelle diverse Regioni riferisce F. SORRENTINO, *Riflessioni preliminari sul coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario*, in Studi in onore di Franco Modugno, Jovene, Napoli, 2011, p. 3425 ss. G. PENNELLA, *Federalismo fiscale a geometria variabile*, in "Il Lavoro nelle PA", fasc. n. 1, 2002, p. 48 ss.

³²⁶ Una parte della dottrina si è soffermata, nel descrivere le differenze, tra quello che può essere considerato un coordinamento finanziario statico, e quello dinamico. A. BRANCASI, *Ambito e regole del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario: il quadro costituzionale*, in L. CAVALLINI CADEDDU (a cura di), *Il coordinamento dinamico della finanza pubblica*, Jovene, Napoli, 2012, p. 3 ss.

³²⁷ Più in generale, sulla tesi per cui le leggi regionali non possano prescindere dal perseguimento dell'interesse nazionale, si veda C. MORTATI, *L'interesse nazionale come limite della legislazione esclusiva* in, *Studi in onore di Emilio Crosa*, Giuffrè, Milano, 1960, p. 1202 ss. La tesi, già sostenuta in quegli anni, è da rintracciare nella considerazione per cui il coordinamento non può passare attraverso atti di dettaglio, così anche V. BACHELET, *Coordinamento*, in *Enciclopedia del diritto*, Vol. X, Giuffrè, Milano, 1962, p. 634.

Un'interpretazione di questo tipo pone però alcuni spunti di riflessione all'attenzione dell'interprete, in particolare, con riferimento ai parametri sanciti per stabilire qual è il confine rappresentato dal coordinamento della finanza pubblica da parte dello Stato nei confronti delle Regioni. Tutte questioni che riguardano, a vario titolo, la legislazione sui Piani di rientro.

Il primo punto da indagare attiene al carattere collaborativo o impositivo che deve assumere la legislazione che ha ad oggetto il coordinamento della finanza pubblica.³²⁸ La questione è cioè se tali provvedimenti devono essere condivisi con le Regioni o meno.³²⁹

La differenza, nell'interpretazione su come si concretizza il principio di coordinamento della finanza pubblica, non è di secondaria importanza, se si tiene in considerazione che i Piani di rientro sono quello strumento attraverso cui la Regione e lo Stato trovano un Accordo sull'obiettivo del miglioramento nell'erogazione dei servizi sanitari ed il contenimento della spesa pubblica in materia di sanità. Le conseguenze prodotte dall'Accordo sulle Regioni sono rilevanti e sono dettate proprio dalla valutazione che viene effettuata da parte degli organi politici regionali, che considerano come necessaria la conclusione di tale Accordo, in funzione del principio di coordinamento della finanza pubblica esercitata dallo Stato attraverso la legislazione adottata e che impone ad alcune Regioni l'obbligo di sottoscrivere suddetti Piani.³³⁰

³²⁸ L'interpretazione della giurisprudenza è mutata anche in funzione della modifica del Titolo V della Costituzione, in tal senso si veda F. CORVAJA, *La potestà concorrente, tra conferme e novità*, in "Le Regioni", n. 2, 2011, pp. 287-340.

³²⁹ 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.

³³⁰ G. SCACCIA, *Le competenze legislative sussidiarie e trasversali*, in "Diritto Pubblico", n. 2, 2004, p. 464, l'autore mette in evidenza come attraverso il modulo collaborativo, già prima della riforma del 2001, gli organi Regionali siano addivenuti a negoziare intese che pongono dei limiti di non poco conto nei confronti delle Regioni, motivo per cui alla negoziazione ed agli Accordi è necessario attribuire un elevato grado d'importanza.

Sull'applicazione del principio di coordinamento della finanza pubblica non sono mancate interpretazioni che hanno evidenziato la tesi per cui lo Stato avrebbe esercitato il potere di coordinamento in modo non del tutto conforme all'impianto costituzionale fondato sul principio di leale collaborazione.³³¹ Il ragionamento è quello per cui lo Stato, dovendo agire in un contesto emergenziale e dovendo far fronte alle modifiche imposte dal ciclo economico, abbia esercitato, con determinazione, la competenza in materia di coordinamento della finanza pubblica, realizzando in alcuni casi politiche di ricentralizzazione.³³²

Come previsto dalla Costituzione, il sistema di coordinamento della finanza pubblica è organizzato su di una potestà legislativa concorrente per cui lo Stato esercita la funzione determinando quelli che sono i principi, ed a sua volta le Regioni intervengono per gli aspetti di propria competenza in relazione agli enti locali.

³³¹ In tal senso la ricostruzione sistematica del nuovo dettato costituzionale L. ANTONINI, *I principi di coordinamento del federalismo fiscale* in, (a cura di) Id., *Verso un nuovo federalismo fiscale*, Giuffrè, Milano, 2005, p. 45 ss.

³³² La tesi è quella per cui l'impianto costituzionale, così definito, non garantisca nei fatti l'attuazione di un'autonomia finanziaria alle autonomie locali, in quanto il potere rimane sempre sbilanciato in favore delle decisioni dello Stato, G. RIVOSECCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga del riparto costituzionale delle competenze ?* in, *Studi e interventi*, reperibile sul sito internet www.issirfa.cnr.it, 2013. Nel senso di un'applicazione del principio di coordinamento della finanza pubblica come mezzo che ha in alcuni casi il luogo delle scelte legislative ed amministrativa è argomentata la riflessione di 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, p. 3535 ss. M. BERTOLISSI, *L'autonomia finanziaria delle Regioni ordinarie*, in "Le Regioni", n. 2, 2004, p. 450, «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».

Dopo la riforma del Titolo V, tra le pronunce che sanciscono i parametri della disciplina in merito al principio di coordinamento della finanza pubblica, è possibile rinvenire i caratteri salienti nella sentenza Corte cost. n. 376 del 2003. In questa sentenza, la Corte costituzionale, si è soffermata su due aspetti, che sono essenziali nella legislazione sui Piani di rientro. Ci si riferisce ai criteri per identificare la legislazione di coordinamento della finanza pubblica, individuando, come possibile, l'esercizio di suddetta competenza, anche in via amministrativa. Questo secondo aspetto suscita particolare interesse nell'inquadramento, nel sistema delle fonti, dei Piani di rientro, che sono formalmente un atto amministrativo.

La Corte costituzionale, anche di recente, è tornata sui parametri stabiliti per disegnare i confini del potere di coordinamento in capo allo Stato. Questa, dovendosi pronunciare su questioni, attinenti alla materia di tutela della salute e di contenimento della spesa sanitaria, in presenza del Piano di rientro, ha sancito la prevalenza del principio di coordinamento della finanza pubblica.³³³ La Corte ritiene che la competenza in materia di organizzazione dei servizi sanitari, quando si pone in contrapposizione con gli obiettivi della finanza pubblica, deve cedere rispetto all'esigenza di contenere la spesa.³³⁴

La giurisprudenza costituzionale, pur avendo sancito che la competenza in materia di coordinamento della finanza pubblica permette allo Stato di intervenire ha però individuato dei criteri affinché lo Stato non vada oltre il coordinamento, giungendo fino a definire anche elementi secondari.³³⁵

³³³ Corte Cost. n. 98, n.16, n. 193, del 2007; Corte cost. n. 100, n. 141 del 2010, Corte cost. n. 91 del 2012; Corte cost. n. 79 del 2013.

³³⁴ Si veda Corte Cost. n. 193 del 2007 in cui il Giudice delle leggi richiama la Sentenza Corte cost. n. 98 del 2007 e Corte cost. n. 36 del 2005.

³³⁵ Per una riflessione critica sull'interpretazione della giurisprudenza della Corte costituzionale in materia di autonomia finanziaria delle Regione cfr. M. BERTOLISSI, *L'autonomia finanziaria delle Regioni ordinarie*, in "Le Regioni", n. 2/3, 2004, pp. 429-450.

Un primo profilo è da ricondurre al coinvolgimento delle Regioni nel processo decisorio del provvedimento legislativo attraverso cui si esercita il coordinamento da parte dello Stato. In attuazione del principio di leale collaborazione e nell'ottica di adottare un provvedimento finalizzato ad utilizzare un potere di coordinamento, appare indispensabile la collaborazione ed il coinvolgimento delle Regioni da parte dello Stato.³³⁶ Questo, tramite il coordinamento della finanza pubblica, persegue l'obiettivo di stabilire i confini giuridici all'interno dei quali si devono muovere le Regioni in una determinata materia. Lo Stato ha il compito di esercitare la competenza, con la collaborazione delle Regioni, elemento che contraddistingue il coordinamento dall'esercizio del potere sostitutivo.³³⁷ La giurisprudenza della Corte costituzionale, avvalorata da un'interpretazione maggiormente conforme a Costituzione, ritiene che il legislatore non può, nel determinare gli obiettivi da raggiungere, esprimersi anche con riferimento, nel dettaglio, alle decisioni da assumere da parte delle Regioni.³³⁸

Per questi motivi è ragionevole considerare che l'esercizio del coordinamento si debba esercitare mediante un coinvolgimento dei soggetti interessati.³³⁹ Un'interpretazione accolta anche dalla Corte

³³⁶ In merito al principio di coordinamento della finanza pubblica, sul coinvolgimento delle Regioni interessate, si vedano le sentenze Corte cost. nn. 213 e 240 del 2007.

³³⁷ 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, 2001, p.1248 ss.

³³⁸ Così A. BRANCASI, *Il coordinamento della finanza pubblica nel federalismo fiscale*, in "Diritto Pubblico", n. 2, 2011, pp. 451-482. La dottrina ha posto l'accento sull'interpretazione della Corte costituzionale che ha considerato come principio di coordinamento della finanza pubblica disposizioni che hanno carattere di dettaglio, così A. ANZON, *Le potestà legislative dello Stato e delle Regioni*, Giappichelli, Torino, 2005, in particolare nell'analisi della sentenza Corte cost. n. 390 del 2004.

³³⁹ In tal senso, autorevole dottrina, ha evidenziato che il coordinamento può sussistere nella misura in cui vi sono dei soggetti autonomi che, permanendo in una condizione di piena autonomia, devono però essere coordinati al fine di

costituzionale, che è addivenuta alla conclusione per cui, in materia di coordinamento della finanza pubblica, la mancata adozione di strumenti, per il coinvolgimento delle Regioni, sono da considerare come una lesione del principio di leale collaborazione.³⁴⁰

Se si prendono le mosse da quanto ha statuito la Corte costituzionale, in riferimento all'esercizio del coordinamento della finanza pubblica da parte dello Stato, la conclusione non può che essere quella per cui è ancora più importante, in riferimento ai Piani di rientro, il coinvolgimento degli organi regionali.

La Corte costituzionale, con la sentenza Corte cost. n. 237 del 2009 è tornata sul punto del contenimento della spesa regionale, per ribadire che le disposizioni adottate dallo Stato, al fine di prevedere il contenimento della spesa da parte delle Regioni, possono essere interpretate in quanto esercizio del coordinamento della finanza pubblica.³⁴¹

Nel bilanciamento dei principi la Corte ha statuito, con determinazione, che i limiti posti alla Regione, in virtù del coordinamento finanziario per il raggiungimento del contenimento della spesa, sono da considerarsi legittimi anche se vanno indirettamente ad incidere sull'autonomia regionale di spesa.

L'argomentazione, in tal senso, dalla Corte costituzionale è possibile da rinvenire in più arresti del Giudice costituzionale. In tema di coordinamento della finanza pubblica la sentenza Corte cost. n. 52 del

raggiungere un'unità di indirizzo, così V. BACHELET, *Coordinamento*, in Enc. dir., vol. X, Milano, 1962, p. 630 ss.

³⁴⁰ In dettaglio, nella sentenza Corte cost. n. 139 del 2009 la Corte ha statuito che «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 integrerebbero una lesione del principio di leale collaborazione, non essendo stati predisposti strumenti adeguati di coinvolgimento regionale».

³⁴¹ Alla stessa conclusione era addivenuta la Corte nella sentenza Corte cost. n. 4 del 2004 e Corte cost. n. 417 del 2005.

2010 rappresenta una delle pronunce di maggiore rilievo.³⁴² La Corte, nella sentenza Corte cost. n. 52 del 2010, si è espressa considerando che è costante il proprio orientamento nel ritenere che i vincoli finanziari fissati dallo Stato, come limiti alla spesa di enti pubblici regionali, sono da considerare come espressione della «finalità di coordinamento finanziario» e dunque pienamente conformi al dettato costituzionale.

Il *punctum crucis* della giurisprudenza, sul coordinamento della finanza pubblica, antecedente ma anche contemporanea ai Piani di rientro è da rintracciare nei profili che il Giudice delle leggi attribuisce al grado di puntualità espresso dalla legislazione in merito al coordinamento della finanza pubblica da parte dello Stato.

La Corte costituzionale è giunta alla conclusione per cui il legislatore, in virtù degli obiettivi che si sono già richiamati, può porre alle Regioni vincoli alla spesa considerati stringenti.³⁴³ Il legislatore però non può, di contro, «prevedere in modo esaustivo strumenti o modalità per il perseguimento dei suddetti obiettivi».³⁴⁴

La Corte ha chiarito che il legislatore, nel porre in essere la disciplina in ordine all'esercizio del coordinamento della finanza pubblica, non può servirsi di norme puntuali e stabilire «in concreto la finalità del coordinamento finanziario, che per sua natura eccede le possibilità di intervento dei livelli territoriali sub-statali».³⁴⁵ Se il legislatore pone un «precetto specifico e puntuale sull'entità della spesa» la conseguenza non è quella per cui si esercita un coordinamento della finanza pubblica, bensì si è in presenza di una violazione dell'Autonomia finanziaria delle Regioni ex art. 119 Cost.³⁴⁶

³⁴² A cui ha fatto seguito la sentenza Corte cost. n. 141 del 2010.

³⁴³ La Corte nella sentenza Corte cost. n. 52 del 2010 richiama due precedenti pronunce, Corte cost. n. 237 e Corte cost. n. 139 del 2009.

³⁴⁴ Sentenza Corte cost. n. 139 del 2009.

³⁴⁵ Punto in diritto 12.3, sentenza Corte cost. n. 52 del 2010.

³⁴⁶ Così punto 6 in diritto, sentenza Corte Cost. n. 95 del 2007. Dello stesso tenore la precedente sentenza n. 417 del 2005, in cui si è sancito il principio «per cui le norme che fissano vincoli puntuali relativi a singole voci di spesa dei bilanci

Sul punto la giurisprudenza della Corte costituzionale sembra aver subito un'evoluzione, nel senso di considerare conforme a Costituzione anche gli aspetti di dettaglio contenuti nel Piano di rientro.³⁴⁷

Nella nota e già richiamata sentenza Corte cost. n. 376 del 2003 i giudici sono addivenuti alla conclusione di considerare che il coordinamento, da parte dello Stato, non si può trasformare in un'attività di direzione o financo di un condizionamento che lo Stato esercita nei confronti della Regione.³⁴⁸ Se così fosse, infatti, si realizzerebbe la condizione per cui la sfera di autonomia degli enti locali non verrebbe adeguatamente salvaguardata, ma si assisterebbe ad una sua sistematica violazione, in forza di un coordinamento che diviene esercizio di un controllo diretto.³⁴⁹ Ad una giurisprudenza maggioritaria, che considera possibile l'esercizio del coordinamento della finanza pubblica, mediante la definizione di criteri di riferimento e però necessario segnalare un diverso orientamento che, di contro, ha invece considerato come possibile l'esercizio del coordinamento della finanza pubblica, anche mediante la determinazione di profili puntuali da parte del legislatore statale.

delle regioni e degli enti locali non costituiscono principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost., e ledono pertanto l'autonomia finanziaria di spesa garantita dall'art. 119 Cost.». In riferimento alla difficoltà a determinare la differenza tra le norme di principio e norme di dettaglio, G. DI COSIMO, *Materie (riparto di competenza)*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, I tomo, Torino, Utet, 2008, p. 476. M. OLIVETTI, *Le funzioni legislative regionali* in, T. GROPPI, M. OLIVETTI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie*, Utet, Torino, 2001, p. 95 ss.

³⁴⁷ In ordine ad una valutazione sulla più vasta giurisprudenza in tema di coordinamento da parte dello Stato si veda A. BRANCASI, *La finanza regionale locale nella giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in "Diritto Pubblico", n. 3, 2003, pp. 857-902.

³⁴⁸ Così anche sentenza Corte Cost. n. 4 del 2004, n. 417, 449 del 2005, n. 169, n. 412 del 2007, n.120 del 2008, 94 del 2009.

³⁴⁹ Il ruolo della Corte costituzionale, nel definire i limiti dell'attività di coordinamento da parte dello Stato, appare essenziale rispetto a quali attività possono essere adempiute da parte del legislatore regionale, nel rispetto dei principi stabiliti dallo Stato, così E. CASTORINA, *Il nuovo modello costituzionale di finanza regionale e locale (spunti di riflessione intorno all'art. 119 Cost.)*, in "Nuove Autonomie" n. 1, 2007, pp. 97-119.

Un altro profilo, affrontato dalla giurisprudenza costituzionale, in materia di coordinamento della finanza pubblica è quello del contenuto delle norme costituzionali che, afferma il Giudice delle leggi, non devono essere caratterizzate da profili di genericità o da provvedimenti che racchiudono un insieme eterogeneo di disposizioni.³⁵⁰ La ratio della decisione della Corte pone in risalto la questione se le disposizioni legislative in tema di Piani di rientro possano essere considerate come principi fondamentali, rispetto all'orientamento giurisprudenziale che si era consolidato in precedenza.³⁵¹ L'adesione, ad uno dei due diversi orientamenti, rappresenta un punto cruciale nella vicenda che attiene la legislazione in materia di Piani di rientro, in quanto permette di considerare in violazione o meno, del principio di coordinamento della finanza pubblica le scelte puntuali assunte dalle Regioni in (eventuale) violazione del Piano di rientro.³⁵²

Dalla ricostruzione normativa e giurisprudenziale emerge uno dei punti salienti della vicenda sui Piani di rientro che è da ricondurre al riparto di competenza, tra Stato e Regioni, in materia di legislazione concorrente e nella qualificazione della legislazione tra quelle di principio. L'interpretazione, sui criteri individuati dalla Corte costituzionale, appaiono necessari per capire come e se si deve collocare la legislazione

³⁵⁰ Sulla descrizione dei criteri individuati dalla Corte, per considerare se si è in presenza o meno, di un principio fondamentale sia prima sia dopo la riforma del 2001, si veda B. CARAVITA, *Lineamenti di diritto costituzionale federale e regionale*, Giappichelli, Torino, 2009, p. 198 ss.

³⁵¹ Corte Cost. n. 237 del 2009; sulla qualificazione sia la «dottrina sia la giurisprudenza della Corte sono sempre state contrarie a ritenere che per la individuazione dei principi fosse sufficiente la mera qualificazione espressa da parte del legislatore». In tal senso si devono individuare i criteri di tipo sostanziale, cfr. A. ANZON, *I poteri delle Regioni. Lo sviluppo attuale del secondo regionalismo*, Giappichelli, Torino, 2008, p. 135.

³⁵² Una condizione che si è già realizzata in riferimento alla qualificazione da parte della Corte di alcune disposizioni ritenute principi fondamentali, si veda M. CARLI, *La gabbia dei principi fondamentali*, in "Le Regioni", n. 3, 2001, p. 580, «Il caso in esame dimostra che il limite dei principi fondamentali possa coincidere con la singola norma di legge statale: a volte, ma non sempre, risalendo, da questa, al principio ispiratore».

sui Piani di rientro rispetto alle conclusioni a cui è addivenuta la Corte costituzionale in materia di coordinamento della finanza pubblica.

Il ragionamento prende le mosse dalla previsione dell'articolo 117, co. 3, Cost. per cui, nelle materie di legislazione concorrente, la potestà legislativa spetta alle Regioni, fermo restando la competenza della determinazione dei principi fondamentali che è riservata allo Stato.³⁵³ La considerazione è quella per cui sussistono norme di dettaglio che succedono alle disposizioni di principio.³⁵⁴ In merito a suddetta legislazione di principio, sia la dottrina sia la giurisprudenza hanno identificato dei criteri che lo Stato deve rispettare al fine di non determinare profili di incostituzionalità.³⁵⁵

³⁵³ Per un'attenta ricostruzione sul dibattito che si è svolto in sede di Assemblea Costituente, sulla potestà legislativa regionale, in una chiave di lettura di ricerca della ratio del limite dei principi fondamentali, si veda M. CARLI, *Il limite dei principi fondamentali (alla ricerca di un consuntivo)*, Giappichelli, Torino, 1992, p. 6 ss. Un'ampia ricostruzione sul tema del limite (elastico) dei principi fondamentali prima della riforma del Titolo V, è contenuta in G. MELONI, *La potestà legislativa regionale nei rapporti con la legge statale*, Giuffrè, Milano, 1991, p. 19 ss.

³⁵⁴ Su questo si veda E. SILVESTRI, *Le leggi-cornice*, in "Diritto Pubblico", n. 1, 1970, pp. 48-91.; F. CUOCOLO, *Le leggi cornice nei rapporti tra Stato e Regioni*, Giuffrè, Milano, 1967; F. CUOCOLO, *Il difficile rapporto fra leggi statali e regionali*, in "Giurisprudenza Cost.", 1985, pp. 2667-2678. La Corte costituzionale, sul punto, ha avuto modo di esprimersi nella sentenza Corte cost. n. 161 del 2010 affermando che «Il vaglio di costituzionalità, che deve verificare il rispetto del rapporto tra normativa di principio e normativa di dettaglio, va inteso nel senso che l'una e volta a prescrivere criteri e obiettivi, mentre all'altra spetta l'individuazione degli strumenti concreti da utilizzare per raggiungere quegli obiettivi (sentenza Corte cost. n. 2371 del 2009 e Corte cost. n. 1811 del 2006). 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 Corte cost. n. 2371 del 2009 e Corte cost. n. 4301 del 2007)» cfr. M. PIERONI, *Gli strumenti nazionali di coordinamento della finanza pubblica: aspetti giuridici*, in "Rivista Corte dei Conti", n. 2/3, 2013, p. 435 ss. Per alcune osservazioni, all'indomani dell'entrata in vigore della riforma della Costituzione, nel senso in una più ampia possibilità per lo Stato di dettare una normativa quadro, R. TOSI, *La legge costituzionale n. 3 del 2001: note sparse in tema di potestà legislativa e amministrativa*, in "Le Regioni", n. 6, 2001, pp. 1233-1246.

³⁵⁵ In tal senso anche sentenza Corte cost. n. 36 del 2004 e Corte cost. n. 417 del 2005.

La giurisprudenza costituzionale ha definito in modo univoco il principio di coordinamento della finanza pubblica come il parametro da tenere in considerazione per identificare come vincolanti i Piani di rientro. Una disciplina, quella dei Piani di rientro, che è rintracciabile nelle leggi finanziarie a far data dal 2004, per questo motivo è necessario comprendere se quanto disposto dal legislatore è sufficiente per rispettare i criteri individuati nella precedente giurisprudenza della Corte costituzionale.³⁵⁶

Tutto quanto detto, in merito all'autonomia organizzativa, in tema di tutela della salute, deve tenere in considerazione quanto stabilito per il coordinamento della finanza pubblica, per cui ne possono derivare dei limiti alla legislazione regionale.³⁵⁷ L'esercizio da parte dello Stato, di un coordinamento della finanza pubblica, che ha ricadute per la tutela della salute e l'organizzazione dei servizi sanitari, trova origine nella consapevolezza dell'organizzazione della struttura sanitaria. Il Sistema sanitario nazionale è l'insieme dei diversi Sistemi sanitari regionali e se è pur vero che ciascun Sistema sanitario regionale gode di un'ampia

³⁵⁶ La questione dell'importanza nell'interpretazione della ratio dei principi fondamentali si comprende in quanto il coordinamento della finanza pubblica è materia di competenza concorrente, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali. Ed è così condivisibile l'interpretazione effettuata, già prima della riforma del Titolo V, per cui «l'aggettivo fondamentale sta a significare che questi principi se da un lato non sono i principi generali dell'ordinamento giuridico che limitano la potestà legislativa primaria, dall'altro non sono nemmeno qualsiasi norma statale» M. Carli, *Il limite dei principi fondamentali*, op. cit. p. 181.

³⁵⁷ Tra le altre cfr. sentenza Corte cost. n. 91 del 2012 «Questa Corte 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)». Di parere conforme la sentenza Corte cost. n. 79 del 2013 e Corte cost. n. 110 del 2014.

autonomia nell'organizzazione dei propri servizi bisogna considerare che spetta allo Stato farsi carico e garantire il mantenimento dell'equilibrio nel suo complesso.³⁵⁸

Se l'art. 1, co. 1, del d.lgs. 502 del 1992 ha previsto che sono i Servizi sanitari regionali a costituire il Servizio Sanitario Nazionale, dall'eventuale fallimento di uno di questi, ne deriva un danno per tutto il Sistema ed è dunque competenza dello Stato esercitare la propria competenza, in tema di coordinamento della finanza, e porre in essere le disposizioni volte correggere l'utilizzo non corretto delle risorse.³⁵⁹ E' pienamente condivisibile la tesi per cui è compito dello Stato esercitare il coordinamento e che la legislazione regionale deve attenersi a quanto previsto dal legislatore per il raggiungimento di questi obiettivi. Allo stesso tempo però non si può, pur in una condizione emergenziale, non attenersi scrupolosamente a quanto stabilito dalla giurisprudenza della Corte rispetto ai criteri che sono stati individuati in precedenza e che sono interpretativi del dettato costituzionale.³⁶⁰ Il porre dei limiti puntuali a

³⁵⁸ Il punto assume un'importanza essenziale perché è proprio partendo dalla considerazione che bisogna ritenere il Sistema sanitario nazionale come l'insieme dei diversi Sistemi sanitari regionali, che si può addivenire alla conclusione per cui l'attribuzione della competenza a livello centrale è «strettamente connessa con la sopravvivenza stessa di un Servizio sanitario nazionale inteso essenzialmente come complesso dei Servizi sanitari regionali» ed a tal proposito «non sembra esservi dubbio circa la loro sussistenza e compatibilità con l'art. 118 della Costituzione, quale interpretato dalla giurisprudenza costituzionale», così R. BALDUZZI, *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in "Monitor", n. 22, 2010, p. 4.

³⁵⁹ G. CARPANI, *Prove "primaverili" di federalismo sanitario solidale e leale collaborazione con il Governo*, in "Sanità pubblica e privata", n. 4, 2004, p. 353.

³⁶⁰ Il problema dell'emergenza rispetto ai parametri precedentemente individuati dalla Corte è al centro di molteplici riflessioni in confronto alla giurisprudenza più recente. Proprio con riferimento alla sfera di competenza, in ordine ai livelli essenziali, si veda 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.

single voci di spesa può dare origine ad una compressione illegittima dell'autonomia finanziaria.³⁶¹

3.2. Il principio di coordinamento della finanza pubblica e autonomia politica regionale: brevi osservazioni critiche

Se la giurisprudenza della Corte costituzionale, in tema di coordinamento della finanza pubblica, ha sancito i caratteri che sono stati tratteggiati nel paragrafo precedente rimane da considerare come questi si rapportano alla più specifica questione della giurisprudenza sul tema del coordinamento della finanza pubblica rispetto ai Piani di rientro sanitari.

L'orientamento della Corte costituzionale ha subito un mutamento sia in seguito alle modifiche legislative intervenute, sia in seguito all'applicazione da parte delle Regioni di quanto previsto nei singoli Piani di rientro. Il legislatore ha voluto rendere vincolante, fin dall'introduzione di suddetta legislazione, i Piani di rientro sanitari. La modalità, attraverso cui si è realizzata suddetta vincolatività è rappresentata dal principio di coordinamento della finanza pubblica. Il legislatore si è posto quest'obiettivo fin dall'introduzione nell'ordinamento della legislazione sui Piani di rientro. La moltitudine di interventi legislativi, oltre ad imporre la lettura di testi adottati in un ampio arco di tempo, rende non sempre

³⁶¹ In tal senso, Corte cost. n. 274 del 2003, Corte cost. n. 2 del 2004, Corte cost. n. 36 del 2004, Corte cost. n. 169 del 2007, Corte cost. n. 188 del 2007, Corte cost. n. 159 del 2008, Corte cost. n. 237 del 2009. Per un'analisi della giurisprudenza costituzionale sui limiti alla potestà legislativa regionale, con particolare riguardo alle regioni speciali, si veda G. A. FERRO, *Le norme fondamentali di riforma economico sociale ed il nuovo Titolo V della Costituzione*, in "Nuove Autonomie", n. 4-5, 2005, p. 674, che prefigurava già una sostanziale coincidenza di posizioni della Corte costituzionale nella ricostruzione delle materie trasversali, di cui all'art. 117, co. 2, Cost., quali limiti alla potestà legislativa esclusiva delle regioni ed il limite, previsto negli Statuti speciali per la c.d. autonomia legislativa primaria, delle grandi riforme economiche sociali. In particolare, l'Autore individuava nella tutela dei livelli essenziali delle prestazioni, ex art. 117, co. 2, lett. m), Cost. le stesse "virtù espansive" riconosciute dalla Corte, prima della riforma costituzionale del Titolo V, al limite delle grandi riforme.

d'immediata comprensione l'interpretazione delle disposizioni alla luce dei criteri adottati dalla Corte costituzionale.

Se il coordinamento della finanza pubblica è attribuito allo Stato e se alcune Regioni, nella gestione dei propri servizi sanitari, non riescono a garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico, ne deriva che sussiste in capo allo Stato la competenza di determinare le disposizioni finalizzate al contenimento della spesa che diventano vincolanti per le Regioni.

Con la sentenza Corte cost. n. 100 del 2010 per la prima volta, la Corte, attribuisce un carattere di vincolatività ai Piani di rientro. In suddetta pronuncia, lo Stato ha sollevato la questione di costituzionalità avverso una legge regionale della Campania, adducendo come argomentazione che le disposizioni della legge regionale,³⁶² 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, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (...) donde la loro illegittimità costituzionale».³⁶³

La sentenza Corte cost. n. 100 del 2010, nella ricostruzione della giurisprudenza sui Piani di rientro, è da interpretare come un punto di partenza nella direzione di una forte vincolatività esercitata in capo alle Regioni che hanno sottoscritto gli Accordi in virtù della legge finanziaria per il 2005. La Corte costituzionale si sofferma, in merito all'interpretazione dell'articolo 117, co. 3, Cost. effettuando un riferimento alle disposizioni legislative regionali in contrasto con il principio di «coordinamento della finanza pubblica», giungendo alla conclusione di dichiarare l'incostituzionalità dell'art. 7, della legge regionale in esame,

³⁶² Legge regionale Campania, n. 16 del 28 novembre 2008.

³⁶³ Punto 1.2, del considerato in fatto.

perché in contrasto con gli «artt. 3, primo comma, 51 e 97, primo e terzo comma, Cost. ed all'art. 81, quarto comma, Cost.».

Il ragionamento della Corte merita di essere ricostruito nei suoi punti salienti in questa e nelle successive pronunce che attengono al contrasto della legislazione regionale con i Piani di rientro, perché da queste considerazioni si possono prendere le mosse per meglio comprendere qual è l'impianto che il Giudice delle leggi ha voluto delineare nel sancirne la vincolatività. Più in dettaglio, la Corte ha statuito che «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».³⁶⁴

Il secondo profilo, che la Corte costituzionale introduce in questa sentenza e che poi nel corso del tempo troverà conferma nella giurisprudenza della Corte è da rintracciare nella considerazione per cui la violazione da parte della Regione, degli Accordi sottoscritti con lo Stato, possono dare origine ad una violazione del principio di leale collaborazione.³⁶⁵ La Corte ha intrapreso un percorso giurisprudenziale che ha considerato il mancato rispetto da parte della legge regionale di quanto previsto dall'Accordo come in violazione dei principi costituzionali e quindi meritevole di censura.

Alla sentenza Corte cost. n. 100 del 2010 ha fatto seguito la sentenza Corte cost. n. 141 del 2010 per cui la previsione legislativa statale, a fondamento dei Piani di rientro è da considerare come una norma quadro

³⁶⁴ Punto 3.2.1 del considerato in diritto.

³⁶⁵ La Corte è più volte intervenuta dimostrando una predisposizione da parte dei Giudici ad accogliere la tesi per cui i Piani i piani rientro sono uno strumento conforme a Costituzione. Di contro, in alcuni casi, la dottrina ha valutato lo strumento in esame come un limite, per certi aspetti, eccessivo dell'autonomia regionale. Così A. PITINO, *Autonomie e Salute*, in A. MORELLI, L. TRUCCO (a cura di) *Diritti e Autonomie territoriali*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 297.

in funzione del coordinamento della finanza pubblica, completando però il ragionamento che si era introdotto con la sentenza n. 100.³⁶⁶ L'occasione per la Corte di adottare questa pronuncia è data da un ricorso dello Stato avverso una legge della Regione Lazio,³⁶⁷ ritenuta in violazione dell'articolo 1, co. 180, della legge n. 311 del 2004.

Come nel caso della sentenza Corte cost. n. 100 del 2010, la Corte è chiamata a giudicare sulla questione sollevata dallo Stato, che considera violato l'art. 117, co. 3, Cost. Le disposizioni in esame attengono all'istituzione, da parte della Regione Lazio, dei distretti socio sanitari montani. La difesa erariale ha sostenuto che, dall'istituzione di suddetti distretti, ne deriverebbe una violazione di quanto contenuto nel Piano di rientro dal deficit sanitario come specificatamente indicato nell'Accordo concluso tra la Regione e lo Stato il 28 febbraio del 2007. Nell'argomentare la propria decisione, il Giudice delle leggi, ha integrato il ragionamento svolto nella precedente pronuncia ed ha statuito che «deve preliminarmente rilevarsi che questa Corte, con la sentenza Corte cost. n. 100 del 2010, ha affermato che la suddetta norma 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». L'argomentazione della Corte induce a considerare tutte le disposizioni legislative regionali in contrasto con il Piano di rientro come violazione del principio del coordinamento della finanza pubblica e per questo da ritenere incostituzionali. Una valutazione che prende le mosse dalla constatazione per cui la 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

³⁶⁶ 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", n. 1-2, 2014, p. 208.

³⁶⁷ Legge n. 9 del 6 aprile del 2009, in particolare gli articoli 1, 3, 4 e 5.

della finanza pubblica e del contenimento della spesa (sentenza Corte cost. n. 193 del 2007)».

La Corte introduce sia il profilo della condivisione da parte della Regione nella necessità di ridurre il deficit derivante da una cattiva gestione della sanità regionale, sia il principio di leale collaborazione tra lo Stato e la Regione nella necessità, in particolare, che sia rispettato da quest'ultima. Una conclusione che ritroveremo poi in molte delle pronunce adottate dalla Corte sull'argomento e che pone in luce l'elemento dell'autonomia delle Regioni rispetto alla possibilità di addivenire ad un Accordo.³⁶⁸

Nel biennio tra il 2010 ed il 2012 la Corte ha avuto più occasioni per pronunciarsi per qualificare i Piani di rientro nell'ordinamento. Nella sentenza Corte cost. n. 123 del 2011, ad esempio, la Corte si è pronunciata in merito ad un ricorso da parte dello Stato su una legge della Regione Calabria avente ad oggetto il sistema integrato dei servizi sociali della Calabria.³⁶⁹ La Calabria, che al tempo dell'adozione di suddetta legge regionale aveva già sottoscritto il Piano di rientro, ha violato, secondo quanto sostenuto dalla difesa erariale gli articoli 3, co.1, 97, co. 2, e 117, co. 3, della Costituzione.

Il provvedimento legislativo della Regione Calabria aveva ad oggetto, in particolare, la modifica del costo, per la Regione, all'assistenza notturna e diurna per le persone in condizioni di disabilità. La legge regionale, a seguito di alcune modifiche della legislazione già presente,

³⁶⁸ In merito alle sentenze Corte cost. n. 100 e n. 141 del 2010, si veda G. 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, p. 2646 ss. L'autore sostiene che la vincolatività del Piano di rientro deriva dal principio di coordinamento della finanza pubblica ex art. 117 Cost. e più nello specifico che, «Per ogni fattore critico di spesa il 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.

³⁶⁹ Ricorso n. 65 del 2010, depositato presso la cancelleria della Corte il 28 aprile 2010.

poneva a carico del Sistema sanitario regionale l'intero costo del servizio, andando oltre quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza. La tesi, sostenuta dallo Stato, è quella per cui la previsione legislativa avrebbe comportato un aumento della spesa, entrando così in contrasto con l'Accordo sottoscritto dalla Regione con lo Stato.³⁷⁰

Come già accaduto per le due sentenze precedenti, anche in questo caso, la difesa erariale ha posto l'accento sulla violazione del principio del coordinamento della finanza pubblica ex art. 117, co. 3, Cost. La Corte, giudicando nel merito della questione, è addivenuta ad una valutazione che non lascia spazio ad interpretazioni in senso contrario, ed ha stabilito che «Sotto questo profilo, la violazione dell'art. 117, terzo comma, 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».

La Corte, coerentemente con le pronunce precedenti, considera ormai consolidato il giudizio per cui l'art. 1, co. 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 è da considerare in quanto principio di coordinamento della finanza pubblica. Per questo motivo la decisione della Regione Calabria, di sostenere la totalità della spesa, per il servizio di assistenza domiciliare, è da considerare come una violazione dell'Accordo.

³⁷⁰ Nello specifico lo Stato ha proposto ricorso avverso gli articoli 32, 38, commi 1 e 2, 43, comma 2, e 46 della legge regionale Calabria n. 8 del 26 febbraio 2010. Il testo della legge, con la previsione dell'articolo 32, co. 1 e co. 2, modifica, gli artt. 17 e 18 della legge regionale n. 22 del 5 ottobre 2007. L'articolo 32, così come previsto dal comma 1, ha modificato l'articolo 17 della legge n. 22 del 2007, che individuava alcune prestazioni tra i livelli essenziali. In particolare la modifica pone a carico della Regione l'intero costo delle prestazioni relative al ciclo diurno e notturno per l'assistenza delle persone con disabilità. Una previsione simile era prevista dalla legge anche in ordine all'assistenza residenziale per le persone con necessità, ponendo a carico del Servizio sanitario regionale l'intero costo dell'assistenza, così come previsto dal secondo comma dell'articolo 32, contenente la previsione volta a modificare l'articolo 18 della legge regionale n. 22 del 2007.

Nell'Accordo a cui è addivenuta la Regione Calabria con lo Stato, non è però possibile rinvenire alcun riferimento specifico sul punto, bensì un più generico impegno a «contenere le spese sanitarie». La stessa Corte considera, infatti, che la violazione dell'articolo 117, co. 3, Cost. deriva dalla presunzione che la disposizione censurata dai Giudici comporti un aumento della spesa a carico del Servizio sanitario regionale, senza poter verificare, nel quadro generale d'insieme, se ciò avviene con la disposizione legislativa adottata dalla Regione.³⁷¹

Un provvedimento legislativo della Regione Calabria ha rappresentato l'occasione, per la Corte, di pronunciarsi, ancora nel 2011, sulla questione dei Piani di rientro rispetto alla loro prevalenza sulle disposizioni legislative regionali. Nella sentenza Corte cost. n. 163 del 2011 la Corte, nel doversi esprimere in relazione ad un ricorso dello Stato avverso una legge regionale, si è pronunciata in relazione al rapporto tra l'obiettivo del Piano di rientro e il motivo dell'asserita violazione.

Preliminarmente la Corte pone l'accento sulla necessità, a causa della forte condizione di deficit della Regione, di sottoscrivere il Piano di rientro. Il Giudice delle leggi, nel ricostruire la vicenda, fa proprie le osservazioni del ricorrente che pone in rilievo la violazione, da parte della Regione, di uno specifico punto dell'Accordo. Ancora una volta la valutazione che è chiamato a fare il giudice verte su una questione specifica prevista nell'Accordo e non ad una valutazione sugli obiettivi da raggiungere.³⁷² Lo Stato ha sollevato la questione dinanzi la Corte poiché nel Piano di rientro c'è uno specifico riferimento alla necessità di organizzare la stazione unica appaltante, prevedendo dei criteri e dei limiti

³⁷¹ Punto in diritto 6.1 della sentenza in oggetto.

³⁷² Nel caso in specie il ricorso verte sulla modifica da parte della legge regionale del finanziamento della Stazione unica appaltante, la parte ricorrente pone l'accento sul punto 10 dell'Accordo, in cui la Calabria ha assunto l'impegno di modificare lo «strumento di finanziamento della Stazione Unica Appaltante, introducendo una nuova forma di finanziamento che prevede un budget prefissato per il funzionamento della Stazione stessa».

nel bandire gli appalti. Un obbligo specifico che la Regione, secondo lo Stato, non ha rispettato con la previsione contenuta nella legge regionale n. 16 del 13 luglio del 2010.

La Corte costituzionale, chiamata a giudicare se il mancato rispetto da parte della legge regionale, si pone in contrasto con quanto previsto nell'Accordo ha applicato, ancora una volta, il ragionamento che si è in presenza di una violazione del principio di coordinamento della finanza pubblica. La Corte, coerentemente con il ragionamento effettuato in precedenza, ha sancito che la violazione trova origine in «specifici vincoli, strumentali al conseguimento dell'equilibrio economico del sistema sanitario, contenuti nel piano di rientro». La conclusione a cui addivene la Corte è quella per cui l'accertata violazione dell'Accordo, quindi anche rispetto a questa disposizione di dettaglio, integra in modo non equivoco una violazione dell'articolo 117, co. 3, della Costituzione. La Corte, non valuta se dal non rispetto della previsione di dettaglio, contenuta nell'Accordo, ne deriva l'effettivo mancato raggiungimento degli obiettivi di equilibrio economico e di tutela della salute. Il Giudice delle leggi non effettua un ragionamento che prendendo le mosse dalla valutazione di quanto previsto, in dettaglio, dall'Accordo dimostri la violazione dei più ampi obiettivi del Piano di rientro. Diversamente la Corte considera, implicitamente, il non rispetto di quanto previsto nell'Accordo, come un'automatica violazione dei principi costituzionali.

Negli anni più recenti la Corte ha consolidato l'orientamento di considerare il Piano di rientro come parametro per la legge regionale, talché dalla sua violazione deriva il diretto mancato rispetto dei principi costituzionali.

Tra gli esempi giurisprudenziali che si reputano significativi di quest'orientamento si colloca la sentenza Corte cost. n. 91 del 2012 che ha ad oggetto la legge della Regione Puglia n. 5 del 2011. La questione trattata attiene alla Residenze sanitarie e socio sanitarie assistenziali. Il Piano di

rientro, sottoscritto dalla Regione Puglia, ha previsto di fissare in 5100 i posti letto da dedicare all'assistenza socio sanitaria.³⁷³

Il *punctum crucis* della questione, secondo la difesa della Regione, è comprendere se il Piano di rientro può, in modo così puntuale, condizionare le scelte che devono essere assunte da parte della Regione. Il ragionamento si fonda sulla condizione che da parte della Regione non c'è stata una violazione del Piano, perché questo prevede esplicitamente la presenza dei posti letto da destinare all'assistenza socio sanitaria. La diversa determinazione nel numero dei posti letto, secondo la Regione, deve essere considerata non come una violazione dell'Accordo stipulato bensì come «un'attenta riprogrammazione dell'allocazione delle risorse per la spesa a fini riabilitativi per i disabili e le persone gravemente non autosufficienti, ivi compresi gli anziani con gravi demenze senili, secondo quanto previsto dal medesimo Piano di rientro».

Dalla lettura degli atti processuali, ed in particolare dalle difese presentate dalla Regione Puglia nel giudizio dinanzi la Corte è possibile cogliere un'argomentazione condivisibile. La Regione non contesta, nel caso in esame, che in attuazione del Piano di rientro si deve addivenire ad una riduzione dei costi, ma confuta la ricostruzione per cui un aumento dei posti letto deve essere interpretato come un automatico mancato raggiungimento di quest'obiettivo. Non accogliendo questa tesi la sentenza Corte cost. n. 91 del 2012, conferma l'orientamento giurisprudenziale che considera il Piano di rientro come parametro assoluto, rispetto a cui la legge regionale deve attenersi. Cosicché, se dal Piano di rientro è possibile desumere un'indicazione di maggiore dettaglio, quale ad esempio il limite dei posti letto, la Corte non considera l'argomentazione della «riorganizzazione» della spesa come una possibile giustificazione da parte della Regione, ma ne sancisce la violazione del principio di coordinamento della finanza pubblica.

³⁷³ Punto 1.1.4 dell'Accordo stipulato dalla Regione Puglia con lo Stato.

L'accordo, quindi, una volta stipulato e conclusa la fase di dialogo tra la Regione e lo Stato diviene per la Corte un parametro da cui la Regione non può scostarsi nel periodo di vigenza dello stesso. Questo, sarebbe dunque da pensare, al netto di qualsiasi modifica delle condizioni socio economiche e delle conseguenti eventuali esigenze che potrebbero sorgere o di quelle che sarebbe necessario modificare in una valutazione più approfondita da parte della Giunta regionale nell'attuazione dei programmi di riorganizzazione e razionalizzazione del sistema.³⁷⁴ Tutto ciò in un quadro costituzionale in cui sia l'impianto della Costituzione sia l'interpretazione della Corte hanno attribuito alle Regioni un'ampia competenza in materia di sanità.³⁷⁵

La Corte è stata chiamata costantemente ad esprimersi sulla legittimità costituzionale delle leggi regionali in conflitto con i Piani di rientro. Una valutazione da parte della Corte che è stata l'occasione per i giudici della Corte di interpretare più aspetti dei Piani di rientro con particolare riferimento al sistema delle fonti.³⁷⁶

Un altro tassello rispetto al carattere vincolante del Piano di rientro è rappresentato dal ragionamento effettuato dalla Corte riguardo agli obblighi comunitari. La Corte è intervenuta in tal senso nella sentenza

³⁷⁴ In questa direzione la tesi evidenziata da parte della dottrina è quella per cui il carattere di Accordo, tra lo Stato e le Regioni, con l'obiettivo di voler ridurre il deficit sanitario, ha come conseguenza la realizzazione di una forte limitazione per l'autonomia regionale, che però sarebbe giustificata anche dal carattere di Accordo e dunque caratterizzata dalla volontà della Regione di accettare questa limitazione. In tal senso C. TUBERTINI, *Stato, Regioni e tutela della salute*, in L. VANDELLI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Il Mulino, Bologna, 2007, p. 209 ss.

³⁷⁵ Una ricostruzione che prende le mosse dalla sentenza Corte cost. n. 510 del 2002, L. ANTONINI, *Art. 117, co. 3*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI, (a cura di) *Commentario alla costituzione*, Utet, Torino, 2006, p. 2251.

³⁷⁶ Per una ricostruzione delle sentenze della Corte costituzionale, sulle materie di competenza concorrente, nella direzione di una limitazione della legislazione regionale, con riferimento alla materia dei Piani di rientro, in cui si sostiene la tesi di una riduzione dell'autonomia regionale si veda M. BELLETTI, *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale*, Aracne, Roma, 2012.

Corte cost. n. 163 del 2011,³⁷⁷ sancendo gli obblighi che derivano in capo alla Regione dai vincoli internazionali (un primo riferimento si rinviene già nella sentenza Corte cost n. 52 del 2010).³⁷⁸

La giurisprudenza della Corte costituzionale sulla vincolatività per il legislatore è divenuta più stringente anche in seguito all'introduzione 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». La Corte richiama espressamente questo vincolo nella sentenza Corte cost. n. 325 del 2011, accogliendo i motivi di censura espressi da parte dello Stato nei confronti della Regione Puglia, e censurando quanto previsto dalla legge regionale in assenza di un richiamo al Piano di rientro sanitario precedentemente sottoscritto.

Quest'ultima sentenza della Corte costituzionale censura la previsione legislativa regionale in quanto introduce delle esenzioni che non

³⁷⁷ Nella sentenza in oggetto il Governo ha sollevato la questione di legittimità costituzionale in relazione all'art. 1 della legge Regione Calabria, 13 luglio 2010, n. 16, avente ad oggetto l'organizzazione del sistema di finanziamento della Stazione Unica Appaltante. La difesa erariale ha fondato la propria tesi sulla presunta violazione dell'articolo 117 Cost. in quanto la norma impugnata avrebbe previsto un sistema di finanziamento in contrasto con il Piano di rientro sanitario, sottoscritto dalla Giunta Regionale con lo Stato nell' Accordo del 17 dicembre 2009.

³⁷⁸ Cfr. Punto in diritto n. 4, si veda anche D. LUCISANO, *Legge della Regione Calabria 13 luglio 2010, n. 16 recante "Definizione del finanziamento della Stazione Unica Appaltante"*. Corte costituzionale, sentenza n. 163, 2011, *Coordinamento della Finanza Pubblica*, reperibile al sito internet www.affariregionali.it.

La sentenza Corte cost. n. 163 del 2011 appare altresì meritevole di riflessione sotto il profilo della discrezionalità delle Regioni nell'assunzione delle scelte in seguito alla sottoscrizione del Piano di rientro. La Corte costituzionale nella sentenza in oggetto ha statuito che la disposizione censurata attribuendo alla Giunta la possibilità di determinare una deroga al sistema di finanziamento della Stazione unica appaltante ha lasciato «un margine di discrezionalità non compatibile con gli impegni assunti con la firma e l'adozione del piano di rientro». Questo passaggio della Corte conferma la tesi ed introduce l'argomento per cui la sottoscrizione da parte della Regione del Piano di rientro sanitario realizza la condizione di una limitazione non soltanto in merito agli obiettivi da raggiungere ma anche dei mezzi da utilizzare per raggiungere gli scopi previsti dal Piano di rientro.

sono previste «dalla legislazione statale». Un profilo di particolare interesse, se si considera che con questa pronuncia si conferma la tesi che le Regioni, interessate dai Piani di rientro, non possono adottare provvedimenti che, violando quanto previsto dal Piano di rientro, introducono disposizioni volte ad espandere i servizi erogati ai cittadini.

La valutazione, in definitiva, che può essere ricavata dalla giurisprudenza della Corte, adottata tra il 2010 ed il 2011 è da ricondurre al carattere di stretta vincolatività che il Giudice delle leggi ha voluto attribuire, fin da subito, al contenuto dell'Accordo. Così facendo la Corte ha tutelato in modo deciso le scelte assunte in sede di Piano di rientro.³⁷⁹

Più in generale è possibile constatare che la Corte costituzionale, con la giurisprudenza adottata dopo il 2010 è giunta a stabilire che in merito alla natura finalistica o strumentale del principio di coordinamento della finanza pubblica, si debba accogliere la conclusione per cui le disposizioni contenute nei Piani di rientro, sono da considerare in attuazione del principio di coordinamento della finanza pubblica. Secondo questo ragionamento gli Accordi che sono stati successivamente sottoscritti, tra lo Stato e le Regioni, sono da considerare come norma interposta di questo principio costituzionale, anche se contengono disposizioni caratterizzate da una forte puntualità. Un'argomentazione che, per quest'aspetto, sembra porsi in discontinuità con la giurisprudenza precedente, in cui gli aspetti di dettaglio non erano riconducibili al principio di coordinamento della finanza pubblica.³⁸⁰

³⁷⁹ G. FARES, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013, p. 191.

³⁸⁰ G. RIVOCCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze?* in, *Studi e interventi*, reperibile sul sito internet www.issirfa.cnr.it, 2013. In tal senso la Corte costituzionale ha evidenziato l'impossibilità per il legislatore di adottare delle norme di dettaglio (Corte cost. n. 26 del 2004, Corte cost. n. 417 del 2005, Corte cost. n. 120 del 2008; affermando altresì che il perseguimento degli obiettivi non può passare attraverso la definizione completa dei mezzi (Corte cost. n. 169 del 2007, Corte cost. n. 289 del 2008, Corte cost. n. 139 del 2009, Corte cost. n. 232 del 2001).

Effettuando una valutazione complessiva, in ordine alla giurisprudenza della Corte costituzionale è possibile desumere che dopo i primi anni, in cui il Giudice delle leggi ha affrontato la questione per definire la vincolatività della legislazione sui Piani di rientro, in un secondo momento la giurisprudenza della Corte costituzionale si è concentrata sulle questioni che attengono alle conseguenze che derivano dai Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni.

3.3. L'Accordo tra lo Stato e le Regioni come norma interposta nel giudizio di costituzionalità

La Corte costituzionale ha consolidato il proprio orientamento sul carattere da attribuire alla legislazione sui Piani di rientro e lo ha fatto, soprattutto negli anni più recenti, entrando nel merito delle scelte che vengono assunte dal legislatore regionale.³⁸¹

In conseguenza di ciò le più recenti pronunce della Corte costituzionale, prendono in esame la questione dei Piani di rientro e mostrano una particolare attenzione all'aspetto della congruità della legislazione regionale rispetto agli Accordi sottoscritti dalla Regione con lo Stato.

Tale orientamento trova conferma anche negli atti della difesa erariale che nella predisposizione dei ricorsi avverso una legge regionale in contrasto con il Piano di rientro mette in rilievo che «L'art. 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296 del 2006 ha reso vincolanti, per le Regioni che li hanno sottoscritti, gli interventi individuati negli atti di programmazione necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, compreso, nel caso della Campania, l'Accordo tra lo Stato e la Regione».

Si reputa necessario citare alcune delle più significative sentenze che sono a fondamento dell'orientamento enunciato. Con la sentenza Corte

³⁸¹ Sentenza Corte cost. nn. 28, 51, 79, 104, 186, 219, 228 e n. 241 del 2013 e le ordinanze nn. 173, 257, 269 del 2013.

cost. n. 51 del 25 marzo 2013 la Corte ha deciso sul ricorso presentato dal Commissario dello Stato per la Regione Sicilia, avverso la delibera legislativa relativa al disegno di legge n. 483. Il Commissario dello Stato contesta alla Regione l'illegittimità costituzionale delle norme contenute nel suddetto disegno di legge perché in contrasto con quanto previsto dal Piano di rientro sottoscritto dalla Regione Sicilia.³⁸² La questione assume un'importanza rilevante in quanto attiene alla decisione assunta dall'Assemblea Regionale Siciliana di assegnare alla disponibilità dell'Assessore Regionale alla salute un quantitativo di risorse finalizzato alle attività di ricerca. Il ricorrente, nel sostenere l'illegittimità del provvedimento, considera che il legislatore regionale, nell'assumere una decisione che ha come conseguenza l'impiego di risorse, non ha tenuto in considerazione la conseguenza di un diverso utilizzo delle risorse già presenti, senza individuare nuove e diverse risorse per il finanziamento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro. Secondo la Corte il programma di interventi (di valore economicamente modesto), previsto dal disegno di legge, non è riconducibile a quanto inserito nel Piano di rientro stipulato dalla Regione siciliana. La Corte considera che la previsione contenuta nel disegno di legge non è tra quelle riconducibili alle spese consentite nel Piano di rientro e per questo «gli sarebbe interdetto di gravare sul Fondo sanitario regionale».³⁸³ L'argomentazione dalla Corte, nell'accogliere il ricorso da parte del Commissario dello Stato, tiene conto del quadro per cui «non è controverso che la Regione siciliana sia stata sottoposta al

³⁸² La figura del Commissario dello Stato per la Regione Siciliana è venuta meno in seguito alla sentenza Corte cost. n. 255 del 3 novembre 2014 in cui si è sancito che deve «estendersi anche alla Regione siciliana il sistema di impugnativa delle leggi regionali, previsto dal riformato art. 127 Cost., atteso che detto regime, alla stregua della summenzionata clausola di maggior favore, configura una forma di autonomia più ampia rispetto al sistema di impugnazione attualmente in vigore per le leggi siciliane».

³⁸³ In tal senso, sarebbe tassativa la prescrizione contenuta nell'art. 1, co. 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, legge finanziaria 2007).

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»³⁸⁴

In conclusione, se l'attività prevista dalla legge non è contemplata tra quelle previste dal Piano di rientro ed altresì non è riconducibile agli obiettivi da raggiungere per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza sul territorio della Regione, la conseguenza della disposizione è da ritenere incostituzionale in quanto viola l'Accordo stipulato con lo Stato.³⁸⁵ Il giudizio espresso nella sentenza Corte cost. n. 51 del 2013 induce a considerare l'alto grado di vincolatività del Piano di rientro rispetto alla legislazione regionale perché ritiene la disposizione regionale in violazione del Piano di rientro in quanto non ha previsto, in modo specifico, le modalità finanziarie con cui far fronte alle disposizioni previste.

Dello stesso tenore è la successiva sentenza Corte cost. n. 79 del 2013 in cui la Corte ha deciso sul ricorso dello Stato nei confronti della Regione Campania. Nel caso in oggetto il ricorrente lamenta che per attuare le norme adottate dalla Regione, in merito alla creazione di un registro tumori, le ASL della Regione devono realizzare nuove strutture di prevenzione. La Corte entrando ancor di più nel merito delle scelte assunte dalla Regione, sancisce che la normativa è incostituzionale in quanto pone in essere delle decisioni «in materia di organizzazione sanitaria senza rispettare i vincoli posti dal Piano di rientro». La conseguenza è che le disposizioni legislative, che sono poste dal legislatore regionale, senza tenere in considerazione quanto stabilito dal Piano di rientro sanitario,

³⁸⁴ Questo per effetto dell'art. 11, co. 1, del d.l. n. 78 del 2011, convertito dalla legge n. 122 del 2010 e dell'esercitata opzione di cui all'art. 15, comma 20, del d.l. n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 135 del 2012.

³⁸⁵ In particolare la Corte costituzionale fa riferimento dell'art. 1, co. 796, lettera b), della legge 296 del 2006 e dell'art. 2, co. 80, secondo periodo, e co. 95 della legge n. 191 del 2009 e dunque ne scaturisce la conseguente violazione dell'art. 81, co. 4, Cost.

provocano come conseguenza il mancato raggiungimento dell'obiettivo di risparmio producendo, in conseguenza, la violazione «del principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria di cui all'art. 2, commi 80 e 95, della legge n. 191 del 2009».³⁸⁶

Nella sentenza Corte cost. n. 104 del 2013 si conferma l'orientamento già assunto e si ritengono contrarie a quanto previsto dal Piano di rientro quelle disposizioni della Regione Abruzzo che prevedono il «rimborso ai cittadini affetti da patologie oncologiche».

Lo Stato, nel presentare il ricorso avverso le disposizioni previste dalla Regione Abruzzo, ha rilevato che la disposizione in oggetto, nel garantire ai cittadini residenti nella Regione un rimborso per le cure oncologiche ha ecceduto la propria competenza in quanto ha previsto «livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli stabiliti a livello nazionale». La Corte ha quindi sancito che la disposizione «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».

La Corte sul punto, coerentemente con quanto già fatto in precedenza, conclude statuendo l'incostituzionalità della disposizione impugnata perché prevede a carico del bilancio regionale un onere aggiuntivo. Una previsione in contrasto con l'obiettivo del Piano di rientro di realizzare un risanamento dei bilanci ed un contenimento della spesa pubblica sanitaria.

Oltre alla vincolatività, che assume un carattere stringente in capo alle Regioni, con la sentenza Corte cost n. 104 del 2013, il Giudice delle leggi affronta il profilo della valutazione degli atti adottati dalla Regione e della possibilità di decidere nel merito delle scelte da assumere.

Nel caso in specie si pone la questione se l'obiettivo del risanamento dei bilanci deve passare attraverso il contenimento della spesa sanitaria o

³⁸⁶ (Disposizioni per formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Legge finanziaria 2010), in contrasto con l'art. 117, co. 3, Cost.

se lo Stato può, financo, giungere a stabilire quali voci della spesa sanitaria devono essere ridotte. Nel caso della sentenza Corte cost. n. 104 del 2013, la Corte ha considerato illegittima la scelta del legislatore regionale nella misura in cui il rimborso per le spese oncologiche non era stato inserito all'interno dell'Accordo sottoscritto. In questa sentenza la Corte, in modo ancora più deciso, ha sancito che tutte quelle previsioni che non sono riconducibili al Piano di rientro, sono da considerare in violazione dello stesso e quindi del principio di coordinamento della finanza pubblica.

La differenza non è di quelle trascurabili. Se il legislatore regionale è vincolato a quanto stabilito nel Piano di rientro, a tal punto per cui non ha la possibilità di scegliere (a saldi invariati) quale voce della spesa sanitaria regionale finanziare, sembra profilarsi un bilanciamento che non tenga pienamente conto del principio di autonomia politica della Regione, pur in presenza delle esigenze già descritte sulla necessità di ridurre il deficit sanitario.³⁸⁷

È possibile completare il ragionamento prendendo in considerazione almeno tre aspetti del procedimento. L'Accordo che prende il nome di Piano di rientro è sottoscritto tra la Giunta regionale ed

³⁸⁷ In più occasioni la dottrina ha riflettuto sulla condizione che una decisa riduzione della spese in ambito sanitario possa giustificare la limitazione dell'autonomia regionale, 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, p. 597, «Dalla giurisprudenza esaminata il contenimento della spesa pubblica sembra corrispondere al contenimento della spesa sanitaria: la sanità è uno dei settori in cui questa finalità assume connotati prevalenti, tali da giustificare rilevanti e pervasivi interventi statali». Il criterio di autonomia politica che si prende in considerazione è quello individuato dalla dottrina classica, 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, p. 499 ss. La questione in merito ai Piani di rientro sanitari, necessita di un richiamo anche in ordine alla distinzione tra l'autonomia politica e amministrativa nelle Regioni, alcuni spunti sono forniti da R. MANFRELOTTO, *Indirizzo politico delle Regioni, funzione regolamentare e distinzione della politica dall'amministrazione a livello regionale*, in A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Il Governo delle Regioni tra politica e amministrazione*, Giappichelli, Torino, 2007, p. 69 ss.

i Ministri competenti. Un Accordo che vincola la Regione e lo Stato anche in caso di modifica delle relative maggioranze politiche parlamentari e del consiglio regionale.³⁸⁸ Se dunque l'Accordo può essere stipulato dalla Giunta regionale sostenuta da una maggioranza politica e poi essere attuato da una Giunta sostenuta da una maggioranza politica differente (perché in un'altra consiliatura) appare di non poca importanza la considerazione per cui l'attuazione dell'Accordo deve essere caratterizzato dalla ragionevole possibilità, da parte degli attori politici, di assumere le scelte che si ritengono maggiormente appropriate, dalla concreta possibilità di rinegoziare l'Accordo.³⁸⁹ Non è di secondaria importanza valutare che il Governo ha la possibilità di decidere se sollevare o meno la questione di costituzionalità su alcuni atti considerati in contrasto con il Piano di rientro secondo una valutazione assai discrezionale vista la vastità degli argomenti trattati nell'Accordo. Inoltre, per il Consiglio regionale e per la Giunta

³⁸⁸ La questione assume un interesse particolare anche sotto il profilo statutario, se si considera che non sussistono previsioni negli Statuti delle Regioni che possano regolare questo tipo di rapporti, tradendo così gli auspici di parte della dottrina sui possibili sviluppi positivi della stagione statutaria. Interessanti sotto questo profilo le conclusioni di M. OLIVETTI, *Nuovi statuti e forma di governo delle Regioni. Verso le Costituzioni regionali ?*, Il Mulino, Bologna, 2002, p. 494, ss.

³⁸⁹ Nel caso dei Piani di rientro sanitari, il ruolo determinante della Giunta regionale sembra confermare la tesi sostenuta dopo la riforma del Titolo V e la stagione di adozione dei nuovi Statuti regionali, per cui le modeste regole dettate a favore delle Giunte regionali «non esclude che si possa recuperare tale ruolo in ragione della sua autorità politica». Il ruolo politico sembra aver sostenuto la possibilità, per l'organo esecutivo, di assumere delle scelte così importanti per la vita istituzionale della Regione, senza l'approvazione da parte del Consiglio Regionale. S. BARTOLE, *La funzione normativa tra Consiglio e Giunta*, in A. D'ATENA, (a cura di) *I nuovi statuti delle Regioni ad Autonomia ordinaria*, Giuffrè, Milano, 2008, p. 141. Sul punto anche N. VICECONTE, *La forma di governo nelle regioni ad autonomia ordinaria. Il parlamentarismo iper-razionalizzato e l'autonomia statutaria*, Jovene, Napoli, 2010, p. 121. Sul rapporto tra il Consiglio e la Giunta nella prassi legislativa regionale, in chiave di controllo, pone alcuni spunti di riflessione M. CARLI, *Tra punti fermi e nodi non sciolti*, in A. G. ARABIA, *Le Regioni allo specchio. I rapporti regionali sulla legislazione*, Giuffrè, Milano, 2010, p. 81. Considerazioni che vengono riprese, nello stesso volume, da A. D'ATENA nelle conclusioni, in ordine agli interrogativi sulle «tendenze accentratrici dell'Esecutivo» regionale.

alcune decisioni possono rappresentare un banco di prova ai fini della responsabilità politica nei confronti dell'elettorato della propria Regione.³⁹⁰

La possibilità per il Governo, come nel caso della sentenza Corte cost. n. 104 del 2013, di sollevare la questione su una singola disposizione avente ad oggetto il rimborso per una cura particolarmente importante, qual è quella oncologica, genera il rischio che il Governo possa decidere di interferire sull'autonomia politica regionale.³⁹¹ In questa stessa direzione si muove la sentenza Corte cost. n. 241 del 2013. La questione attiene ad un ricorso presentato dallo Stato contro la legge della Regione Abruzzo³⁹² che ha «destinato al finanziamento delle spese relative al servizio di trasporto pubblico gli importi iscritti in bilancio per il rimborso dell'anticipazione di liquidità finalizzata al pagamento dei debiti sanitari».

Il ricorrente, oltre alla violazione dell'art. 81 Cost., richiama l'attenzione della Corte sui profili che attengono ad un mancato rispetto di quanto previsto in sede di Piano di rientro e della considerazione per cui le somme utilizzate dalla Regione Abruzzo per il trasporto pubblico erano state destinate alla Regione per essere utilizzate ai fini previsti dal Piano di rientro. Tra le censure, che il ricorrente rileva dinanzi la Corte costituzionale, quello che più interessa per lo studio dell'Istituto dei Piani di rientro è quello per cui l'utilizzo di risorse finanziarie destinate al settore sanitario, in presenza di una mancata definizione del debito pregresso e dunque per la definizione del patrimonio delle aziende sanitarie è illegittimo in virtù dell'art. 2, co. 98, l. 191 del 2009 - già richiamato - che stabilisce la possibilità per lo Stato di anticipare risorse finanziarie alle

³⁹⁰ Di responsabilità politica, in senso pieno di *Governance* da parte delle Regioni, riferisce B. CARAVITA, *Riflessioni sul mondo della sanità tra riforme e istanze di autonomia*, in *Federalismi*, n. 4, 2004, p. 7. Non è di secondaria importanza la considerazione per cui, in alternativa, sarebbe possibile prevedere che in caso di mutamento degli assetti politici si possa prevedere la modifica dell'Accordo già sottoscritto.

³⁹¹ Il criterio che si prende in considerazione, per delineare i contorni dell'autonomia politica, è quello di F. CUOCOLO, *Principi di diritto costituzionale*, Giuffrè, Milano, 1996, p. 265 ss.

³⁹² L'art. 7, co. 4, della legge regionale Abruzzo, n. 2 del 2013.

Regione nel settore sanitario, ma con le dovute garanzie per la restituzione e il vincolo di destinazione delle risorse.

Se diversamente si prende come criterio di valutazione la nota sentenza Corte cost. n. 376 del 2003, in cui la Corte ha statuito che i poteri di coordinamento «devono essere configurati in modo 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» si deve prendere atto o di un cambio di orientamento da parte della Corte costituzionale o di un'interpretazione che considera preponderante il parametro di raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Se diversamente si tiene in considerazione quanto fin qui sancito dalla Corte costituzionale nella giurisprudenza richiamata, e valutando che il principio di coordinamento non può interpretarsi come una vera e propria attività di direzione da parte dello Stato, in relazione alle autonomie locali, allora l'orientamento stabilito dalla Corte ha degli aspetti in contrasto con quanto sostenuto nelle pronunce che hanno ad oggetto i dettagli delle decisioni predisposti dalle Regioni in tema di Piani di rientro sanitari.³⁹³

³⁹³ Il riferimento alla competenza concorrente, ed al ruolo svolto dallo Stato, rispetto alla potestà legislativa regionale, e ad una ricostruzione della giurisprudenza della Corte sul ruolo esercitato dallo Stato si veda F. CORVAJA, *La competenza concorrente tra Stato e Regioni* in, Atti del Convegno *Dieci anni dopo: più o meno autonomia regionale?*, 27-28 gennaio 2011, Il Mulino, Bologna, 2011, «se non è più ammesso un dettaglio cedevole il legislatore statale è tenuto a formulare le norme solo in termini di principio; e quindi una norma o è un principio o è illegittima (in quest'ottica, infatti, non dovrebbe più essere ammessa la norma che ha un nucleo duro - il principio vero e proprio, astraiabile da essa - e una veste cedevole - la lettera che reca una fattispecie auto applicativa)». Secondo D. IMMORDINO, *Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contributo regionale di solidarietà ambientale: prove tecniche (fallite) di «federalismo fiscale»*, in "Le Regioni", n. 3, 2012, p. 613, «Il legislatore statale dovrebbe limitarsi a fornire indicazioni non vincolanti su come realizzare economie di spesa e migliorare l'efficienza gestionale, o tutt'al più ad imporre vincoli generali sul volume complessivo della spesa o sui saldi di bilancio». La riflessione sulle norme che devono essere

Il ragionamento sulla natura della legislazione dei Piani di rientro sanitari, ed in particolare con riferimento alle considerazioni sul carattere o meno di questa, come riconducibile al principio di coordinamento della finanza pubblica, si deve concludere con la risposta all'interrogativo di come può essere interpretata la legislazione sui Piani di rientro ed in particolare di come possono essere qualificati gli Accordi, all'interno del sistema delle fonti.

La giurisprudenza della Corte ritiene consolidato l'orientamento per cui l'istituto, essendo finalizzato all'obiettivo ultimo di raggiungere il contenimento del deficit è da considerare in quanto principio di coordinamento della finanza pubblica. La conseguenza è che l'Accordo a cui si è addivenuti e che deriva dalla legislazione sui Piani di rientro, è da ritenere in quanto norma interposta nel giudizio di costituzionalità e per questo rende vincolante l'Accordo rispetto alla legislazione regionale che in caso di difformità con questo è da considerare in contrasto con la Costituzione.³⁹⁴

Sul punto la giurisprudenza della Corte costituzionale è stata caratterizzata, per un lungo periodo, dall'accoglimento della tesi in riferimento alla possibilità da parte dello Stato di esercitare il proprio potere mediante gli atti di indirizzo e coordinamento. La funzione di indirizzo e coordinamento è rintracciabile nell'art. n. 17 della l. n. 281 del 1970. Com'è stato già ricostruito, l'intento del legislatore è stato quello di

qualificate di dettaglio ha già visto impegnata la dottrina nella materia della tutela della salute, Gianfranco Mor sul punto aveva, in modo condivisibile, ritenuto che si dovesse prestare la giusta attenzione per evitare il rischio che si imponessero, per norme di dettaglio, disposizioni che invece è difficile considerare come tali, G. MOR, *Il riordino della sanità nella crisi dello Stato Sociale e della Costituzione materiale*, in "Le Regioni", n. 4, 1994, p. 971.

³⁹⁴ È stato avanzato in tal senso il dubbio se l'Accordo si configuri 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*, Giappichelli, Torino, 2015, p. 156.

porre una riserva statale rispetto al trasferimento delle funzioni amministrative.³⁹⁵

L'Accordo, che prende il nome di Piano di rientro sanitario non può essere ricondotto all'interno dello schema tipico degli atti di indirizzo e coordinamento per due argomenti.

Il primo che induce ad escludere una lettura degli Accordi in chiave di esercizio dell'attività di coordinamento della finanza pubblica è da ricondurre alla riforma del 2001 che non prevede in modo espresso la possibilità di esercitare un'attività di indirizzo e coordinamento dello Stato nei confronti delle Regioni.³⁹⁶ Alcune considerazioni in senso contrario vanno nella direzione di ritenere possibile che lo Stato possa esercitare questo tipo di funzione nei confronti delle Regioni.³⁹⁷ Parte della dottrina, all'indomani della riforma del 2001, aveva evidenziato che ad una generale funzione di coordinamento, prevista nel precedente articolo 117 della Costituzione, si potesse sostituire un'ipotesi di «prolungamento» della funzione amministrativa da parte dello Stato nei confronti delle Regioni.³⁹⁸ Sul punto è condivisibile un'interpretazione della Costituzione che escluda la possibilità di attribuire ad atti del Governo il carattere di indirizzo e coordinamento.³⁹⁹ Sul punto non è mancato chi ha rilevato la possibilità

³⁹⁵ Si veda la ricostruzione di G. FALCON, *Lo stato della questione sulla funzione di indirizzo e coordinamento* in E. GIZZI, A. ORSI BATTAGLINI (a cura di), *La funzione di indirizzo e coordinamento*, Franco Angeli, Milano, 1988, p. 17 ss.

³⁹⁶ E. CASTORINA, *La riforma del Titolo V della Costituzione: Quadro riassuntivo ed aspetti problematici della legge costituzionale 18 ottobre 2001*, in "Annali del Seminario Giuridico", n. 3, 2003, p. 26.

³⁹⁷ In tal senso si esprime C. BUZZACHI, *Funzioni delle Regioni*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il Sistema integrato dei Servizi Sociali*, Giuffrè, Milano, 2007 p. 273 «si può ritenere che lo Stato mantenga la titolarità di 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»

³⁹⁸ Così G. FALCON, *Modello e transizioni nel nuovo Titolo V della parte seconda della Costituzione*, op. cit., p. 1262, in cui si evidenzia come «Nessun problema comporta invece evidentemente la previsione di un potere statale di indirizzo e coordinamento nelle materie di potestà legislativa statale».

³⁹⁹ Com'è stato messo in luce, in ordine a più materie, dopo l'entrata in vigore del nuovo Titolo V, si è esclusa la possibilità da parte dello Stato di poter esercitare

che il sistema, così delineato, potesse dare origine ad una sostituzione governativa mediante «atti amministrativi a tutto campo» e che il verificarsi di quest'ipotesi avrebbe potuto realizzare un totale sconvolgimento «dell'ordinario assetto del sistema delle fonti».⁴⁰⁰

Il secondo profilo che esclude la possibilità di ricondurre gli Accordi del Piano di rientro nel quadro degli atti di indirizzo e coordinamento è da attribuire all'interpretazione giurisprudenziale. In tal senso la Corte costituzionale aveva stabilito la necessità di rispettare il principio di legalità e di individuare nella legge gli aspetti di maggiore interesse. Successivamente il governo avrebbe potuto adottare i provvedimenti amministrativi consequenziali.⁴⁰¹

La Corte costituzionale dopo la riforma del titolo V ha escluso l'ipotesi per cui si possano realizzare attraverso l'adozione di atti amministrativi di coordinamento, dei vincoli sull'attività legislativa regionale. La tesi per cui il legislatore è vincolato dall'articolo 117, co. 6, Cost. a non limitare le Regioni mediante l'utilizzo della potestà regolamentare potrebbe però trovare nei Piani di rientro un'eccezione,⁴⁰² laddove si accogliesse la tesi secondo cui, nelle materie di legislazione

un'attività di indirizzo e coordinamento, ma anche ove questo fosse oggetto di interpretazione, quello che è però innegabile è che la giurisprudenza, prima della riforma, ha statuito la necessità del rispetto dei «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», evidenziando tra l'altro, la necessità di tenere in stretta considerazione il rispetto del «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, p. 225 ss. Ancora sul passaggio dalla precedente alla nuova previsione sugli atti di indirizzo e coordinamento si veda M. PICHI, *L'autonomia amministrativa delle Regioni*, Giuffrè, Milano, 2005, p. 258.

⁴⁰⁰ Così si esprimeva A. ANZON, *Un passo indietro verso il regionalismo duale*, in Atti Seminario A.I.C., 12 gennaio 2002 dal titolo, Il nuovo Titolo V della parte II della Costituzione. Primi problemi della sua attuazione.

⁴⁰¹ R. BIN, *L'atto di indirizzo e coordinamento può trovare nella giurisprudenza costituzionale il fondamento della sua legalità?*, in "Le Regioni", n. 2, 1996, p. 420.

⁴⁰² A. D'ATENA, *Diritto regionale*, Giappichelli, Torino, 2013, p. 155.

concorrente, lo Stato può adottare atti amministrativi di attuazione legislativa.⁴⁰³ Rispetto all'Accordo dei Piani di rientro, ed alla loro collazione nel sistema delle fonti, un'altra considerazione attiene alla valutazione per cui questi rappresentano il frutto dell'esercizio della legislazione concorrente dello Stato, in quanto suddetta funzione può essere esercitata anche mediante l'adozione di atti amministrativi.

In questo quadro si colloca l'interpretazione per cui l'Accordo del Piano di rientro è da considerare in quanto atto amministrativo, che diviene norma interposta in attuazione del principio di coordinamento della finanza pubblica e per cui, in tal senso, deve essere letta sia l'interpretazione della legislazione sia i criteri individuati dalla Corte costituzionale.⁴⁰⁴ In questa direzione si deve altresì tenere in considerazione che lo Stato può esercitare il proprio potere di coordinamento anche attraverso l'esercizio delle funzioni amministrative.⁴⁰⁵ Il Piano di rientro è un atto amministrativo che si concretizza mediante l'Accordo tra lo Stato e le Regioni, per cui è possibile considerare un rinvio alla Costituzione per inquadrarlo in quanto norma interposta in attuazione del principio di coordinamento della finanza pubblica a cui la Corte costituzionale ha fatto più volte riferimento per valutare le disposizioni regionali in contrasto all'Accordo come in

⁴⁰³ A. Brancasi, *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in "Le Regioni", n. 2/3, 2004, pp. 763-768.

⁴⁰⁴ Per una ricostruzione in ordine all'interpretazione delle norme interposte M. SICLARI, *La Tecnica delle norme interposte*, in "Foro It", fasc. 11, 1998, p. 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*, Cedam, Padova, 1992, passim. Per un riferimento al rapporto tra il coordinamento della finanza pubblica, in attuazione dell'equilibrio di bilancio, ed il Piano di rientro sanitario, in una valutazione rispetto alle norme interposte, si veda G. M. SALERNO, *Equilibrio di bilancio, coordinamento finanziario e autonomie territoriali*, in Id. (a cura di) *Costituzione e pareggio di bilancio/ARSAE*, Jovene, Napoli, 2011, p. 150.

⁴⁰⁵ Il principio di coordinamento mediante l'esercizio delle funzioni amministrative, Corte cost., n. 376 del 2003, in "Giur. Cost.", 2003, p. 3848 ss., nonché 27 gennaio 2005, n. 35, p. 266 ss.

violazione della Costituzione.⁴⁰⁶ Nel giudizio di costituzionalità delle leggi se il contenuto degli Accordi è da considerare come norme interposta le disposizioni in contrasto con la legislazione determinano una violazione indiretta della norma costituzionale.⁴⁰⁷

Se è dunque questa la chiave di lettura che può essere utilizzata per collocare nel sistema delle fonti l'Accordo, che prende il nome di Piani di rientro, non è però possibile esimersi dalla considerazione che sarebbe stato possibile effettuare questa scelta con modalità maggiormente

⁴⁰⁶ Una considerazione effettuata anche dalla Corte dei Conti per il Molise nel Giudizio di parificazione sul rendiconto generale della Regione Molise 2014, interessata dalla sottoscrizione sui Piani di rientro sanitari. Il principio di legalità, come regola, impone che l'Accordo sia anzitutto previsto dalla legislazione. Per una ricostruzione sul principio di legalità nelle fonti F. SORRENTINO, *Le fonti del diritto italiano, seconda edizione*, Cedam, Padova, 2015, p. 38 ss.

⁴⁰⁷ La dottrina ha riflettuto sul tema delle norme interposte, addivenendo alla conclusione che queste sono da considerare in quanto parametro ai fini del giudizio di costituzionalità. M. SICLARI, *Le norme interposte nel giudizio di costituzionalità*, Cedam, Padova, 1992, passim. Lo studio delle norme interposte prende le mosse dallo studio di C. LAVAGNA, *Problemi di giustizia costituzionale sotto il profilo della «manifesta infondatezza»*, Giuffrè, Milano, 1957. Le considerazioni iniziali, effettuate dalla dottrina, che aveva circoscritto i casi in cui era possibile considerarsi in presenza di norme interposte, hanno poi ampliato i contorni delle disposizioni da considerare come tali, ed è proprio in questo solco, che sembrano doversi ricondurre i Piani di rientro come atti amministrativi da valutare nel giudizio di costituzionalità in quanto norme interposte. Il criterio, ripreso anche dalla dottrina più recente è quello per cui «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», S. M. CICONETTI, *Creazione indiretta del diritto e norme interposte*, in "Rivista A.I.C.", 19 maggio 2008. La dottrina considera che le norme interposte sono da inquadrare in funzione del parametro di costituzionalità e non integrano la Costituzione, A. PIZZORUSSO, *Voce, Sistema costituzionale delle Fonti*, Digesto delle Discipline Pubblicistiche, Utet, Torino, 1991, p. 409 ss.

coerenti con l'interpretazione effettuata dalla Corte costituzionale in merito all'esercizio del principio di coordinamento della finanza pubblica. L'introduzione delle disposizioni legislative sui Piani di rientro, mediante le leggi finanziarie, non hanno garantito una disciplina omogenea, perlomeno sotto il profilo dell'inquadramento nel sistema delle fonti.

La sentenza Corte cost. n. 278 del 2014, come si è già in parte anticipato, ha ad oggetto il ricorso in via incidentale promosso durante il contenzioso della Regione Molise avverso i provvedimenti adottati dal Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro. In particolare la questione pone all'attenzione della Corte il problema per cui il Commissario ad acta, nell'esercizio dei propri poteri, aveva delineato i nuovi programmi operativi della Regione, che però nella loro formulazione risultavano in contrasto con la legislazione regionale già presente ed adottata in precedenza.⁴⁰⁸

La Corte costituzionale nel redigere le argomentazioni a fondamento della propria decisione ricostruisce la legislazione ordinaria che ha posto in essere i Piani di rientro, affermando ancora una volta che il fondamento di questi, oltre a potersi rinvenire nel già citato art. 1, co. 796, lettera b, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 viene rintracciato nel successivo art. 2, co. 80 e 95 della legge n. 191 del 2009. In dettaglio la Corte costituzionale considera una conferma alle proprie pronunce precedenti quanto previsto dall'articolo 80 e 95 della già citata legge. La ratio della disciplina così prevista dal legislatore è quella di confermare il criterio per cui le disposizioni sui Piani di rientro devono essere interpretate in attuazione del principio di coordinamento della finanza pubblica. Come già fatto nelle precedenti sentenze la Corte ha espresso una valutazione nel merito delle misure adottate da parte della Regione per raggiungere lo scopo della riduzione del deficit sanitario. In particolare

⁴⁰⁸ Per i profili della sentenza attinenti al ruolo del Commissario ad acta si veda il § 3.

esprimendo una considerazione in modo puntuale sui modelli possibili per il finanziamento della domanda pubblica.⁴⁰⁹

Alla luce dell'esperienza ormai decennale che è maturata in tema di legislazione sui Piani di rientro sarebbe possibile adottare una legislazione quadro a seguito della quale sarebbero poi i singoli Accordi a definire aspetti di dettaglio senza che però questi possano essere ricondotti al principio di coordinamento della finanza pubblica. Sul punto non è condivisibile la ricostruzione della giurisprudenza che, utilizzando l'Accordo come norma interposta, non tiene in considerazione i criteri individuati in precedenza per determinare identificare i principi di coordinamento.⁴¹⁰

4. Il mancato rispetto dell'Accordo da parte dello Stato e il peculiare caso delle Regioni a Statuto speciale

Il Giudice delle leggi, avendo ormai consolidato l'orientamento della vincolatività del Piano di rientro all'interno dell'ordinamento, si sofferma sull'analisi delle conseguenze che il Piano di rientro produce. Rispetto a questo, nella sentenza Corte cost. n. 125 del 12 maggio 2015 possono essere ricavati alcuni aspetti del tutto peculiari. Nelle proprie difese la Regione ha argomentato il mancato rispetto di quanto previsto nell'Accordo come conseguenza della mancata considerazione nei provvedimenti legislativi successivamente adottati dallo Stato, che non hanno tenuto in debita considerazione la condizione di partenza della

⁴⁰⁹ Per gli aspetti inerenti alle conseguenze della sentenza sulla sanità regionale, in materia di appalti e della stazione unica appaltante, si veda M. PIGNATTI, *Nota a: Corte costituzionale, 12 maggio 2011, n.163, La stazione unica appaltante: le modalità di finanziamento e la trasparenza dell'attività*, in "Foro Amm. CDS", fasc.12, 2011, p. 3611 ss.

⁴¹⁰ In tal senso F. CORVAJA, *La potestà concorrente, tra conferme e novità*, op. cit., p. 307.

Regione già sottoposta al Piano di rientro sanitario e quindi di grave limitazione della disponibilità finanziaria.⁴¹¹

Le argomentazioni, della difesa regionale nel contenzioso dinanzi la Corte costituzionale assumono il carattere di assoluta novità rispetto alla fase precedente. La Regione Sicilia, nel presentare il proprio ricorso, lamenta che un'eventuale riduzione del «livello di fabbisogno e del suo finanziamento» produrrebbe come conseguenza una forte difficoltà per la Regione di raggiungere gli obiettivi prefissati nell'Accordo. La ricorrente, inoltre, sostiene che la maggiore assegnazione di risorse aggiuntive è da considerare a fondamento dell'Accordo in cui si è previsto che dal raggiungimento degli obiettivi sarebbe dovuto derivare un aumento nell'assegnazione delle risorse.

Di contro «la prevista riduzione del fabbisogno sanitario ed il decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario causerebbe un ulteriore ostacolo al raggiungimento della stabilizzazione del livello di spesa e del correlato suo allineamento al finanziamento ordinario programmato».⁴¹² La Regione Sicilia contesta che la disposizione statale è da considerare come contraria sia allo Statuto della Regione sia, in particolare, al principio di leale collaborazione.

Il Giudice delle leggi ha però considerato inammissibile la questione valutando che il «principio di leale collaborazione è meramente evocato e non meglio argomentato». Così come allo stesso tempo la difesa della Regione in riferimento agli altri parametri «non chiarisce in che modo la

⁴¹¹ Punto in diritto 17.1 «La difesa regionale denuncia l'arbitrarietà della scelta del legislatore nazionale di non considerare in alcun modo il ruolo e gli interessi della Regione, già sottoposta alle specifiche misure di contenimento della spesa sanitaria di cui all'Accordo del 31 luglio 2007, intercorso tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione siciliana per l'approvazione del Piano di rientro e degli interventi di riequilibrio economico del Servizio sanitario regionale per il 2007-2009 ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311»

⁴¹² Il riferimento della ricorrente è alle misure sul contenimento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale previsto all'art. 1, co. 131 e co. 132, l. n. 228 del 2012.

disposizione censurata, che si correla all'adozione di misure di contenimento dei costi sanitari foriere di una riduzione di spesa, possa ostacolare l'attuazione del Piano di rientro volto al riequilibrio del Servizio sanitario regionale».

Se la Corte costituzionale ha correttamente valutato i criteri per definire l'inammissibilità della questione, alla luce della scarsità dei requisiti previsti nell'argomentare la tesi della violazione del principio di leale collaborazione è però altresì possibile osservare come la questione posta dalla Regione Sicilia offra degli interessanti spunti di riflessione sul rispetto del principio di leale collaborazione non soltanto da parte della Regione ma altresì dallo Stato. L'argomentazione deve essere letta utilizzando la chiave di lettura che è stata offerta rispetto al ruolo dello Stato nel procedimento di sottoscrizione del Piano di rientro.

La giurisprudenza della Corte costituzionale, fin qui descritta, segue un ragionamento che ha come fine il bilanciamento tra diversi principi ed esigenze della Costituzione.⁴¹³ Resta da comprendere a fondo come si possano ben conciliare la competenza concorrente in materia di tutela della salute che, come si è cercato di evidenziare nella prima parte della

⁴¹³ La tesi è quella per cui il sistema, pur improntato sull'idea di realizzare un sistema duale e dunque sulla separazione tra centro e periferia, presenta delle condizioni di flessibilità che prescindono da questo dualismo e che necessitano di una particolare interpretazione proprio nei casi in cui le competenze si sovrappongono come nel caso dell'istituto dei Piani di rientro, C. AQUILI, *La potestà legislativa regionale nella riforma del Titolo V: le prospettive aperte e i nodi connessi all'attuazione delle nuove disposizioni costituzionali*, in "Amministrazione in Cammino", p. 23 ss. Secondo una lettura che tende a marcare la differenza tra un regionalismo duale o competitivo, si dovrebbe contrapporre l'interpretazione del Titolo V della Costituzione nel senso che il «modello collaborativo che sembra meglio attagliarsi al nostro sistema di relazioni interistituzionali», così 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*, in "Le Regioni", n. 5, 2003. Ad alcuni dubbi interpretativi, in parte superati dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, successiva alla riforma del 2001, riferisce D. MORANA, *La tutela della salute: punti fermi e perduranti incertezze nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza Corti e Salute*, op. cit. pag. 197 ss. Di un'impostazione in chiave duale riferisce A. ANZON, *Istanze di unità e istanze autonomistiche nel «secondo regionalismo»: le sentenze nn. 303 del 2003 e 14 del 2004 della Corte costituzionale e il loro seguito*, in "Le Regioni", n. 4-5, 2008, p. 780.

trattazione, non è stata presa in considerazione nelle questioni attinenti ai Piani di rientro, con il principio del coordinamento della finanza pubblica.

È poi da aggiungere che le due sentenze, già citate, della Corte cost. n. 36 e n. 51 del 2013, pongono all'attenzione dell'interprete la questione in merito all'applicazione della disciplina sui Piani di rientro sanitari nelle Regioni a Statuto speciale. Tra le Regioni che hanno sottoscritto il Piano di rientro è possibile annoverare la Sardegna e la Sicilia, che pur godendo di particolari forme di autonomia, sono state oggetto della stessa disciplina sul rientro dal deficit sanitario. La questione sull'applicazione delle norme in materia di Piano di rientro nelle Regioni a Statuto speciale è stato in parte affrontato dalla giurisprudenza della Corte costituzionale e della dottrina.

Il ragionamento, in merito ai Piani di rientro sanitari per le Regioni a Statuto speciale, prende le mosse dalle considerazioni già effettuate dalla Corte in riferimento all'obbligo, anche per suddette Regioni, di contribuire a pieno titolo al risanamento della finanza pubblica dello Stato.⁴¹⁴ Una ragionamento ribadito dalla Corte costituzionale anche nella recente sentenza Corte cost n. 125 del 2015 in cui si è affermato che in forza della necessità da parte dello Stato di attuare un contenimento delle spesa pubblica, alla luce anche degli impegni assunti in sede internazionale e della nuova previsione dell'articolo 81 Cost., sussiste l'obbligo in capo anche alle Regioni a Statuto speciale, di rispettare le disposizioni previste dallo Stato in tema di contenimento della spesa.

Il ragionamento che sottostà alla valutazione della Corte è quello per cui il contenimento deve configurarsi come attuazione del coordinamento della finanza pubblica e deve essere applicato in virtù dell'obbligo «di partecipazione all'azione di risanamento della finanza pubblica». La Corte

⁴¹⁴ G. COSMELLI, *Vincoli alla spesa sanitaria regionale e garanzia dei lea: il punto sull'autonomia legislativa e finanziaria delle Regioni speciali alla luce degli ultimi sviluppi della giurisprudenza costituzionale*, in Studi Issirfa, reperibile al sito internet, www.issirfa.cnr.it

considera altresì che alla riduzione delle risorse rispetto al fabbisogno sanitario deve conseguire un impegno anche da parte delle autonomie speciali «senza che per questo si verifichi una violazione delle loro prerogative costituzionali in materia finanziaria».⁴¹⁵

In riferimento all'applicabilità della disciplina sui Piani di rientro alle Autonomie speciali è necessario prendere in considerazione anche l'altro parametro applicato dalla Corte costituzionale, quello cioè del coordinamento della finanza pubblica. Non è di secondaria importanza la considerazione per cui in riferimento al principio di coordinamento della finanza pubblica bisogna considerare che suddetto parametro è applicabile anche alle Autonomie speciali.⁴¹⁶

È condivisibile la tesi della Corte che considera le Regioni a Statuto speciale come enti che non possono ritenersi in alcun modo esclusi dagli obblighi di addivenire ad un contenimento della spesa. In quest'ultima ipotesi si realizzerebbe, tra l'altro, il mancato rispetto dei principi di eguaglianza tra cittadini, dovendo soltanto alcuni partecipare alle conseguenze derivanti da una riduzione delle risorse necessarie.

5. Alcune considerazioni di sintesi

Come si è avuto modo di ripercorrere la Corte costituzionale ha preso anzitutto in esame la questione inerente ai Piani di rientro alcuni anni dopo l'entrata in vigore dell'art. 1, co. 180, l. n. 311 del 2004, che rappresenta il primo riferimento alla vincolatività nell'ordinamento dell'istituto sui Piani di rientro sanitari. La Corte costituzionale, si è trovata

⁴¹⁵ Corte cost. n. 125 del 2015, punto in diritto n. 7. Sul Principio di coordinamento della finanza pubblica, nelle Regioni a Statuto speciale, secondo il criterio di coordinamento-materia e coordinamento-schema si veda F. CORTESE, *Il Coordinamento Stato-Regioni e il Regionalismo Speciale alla prova della finanza pubblica*, in R. TONIATTI, F. GUELLA, *Il Coordinamento dei meccanismi di stabilità finanziaria nelle Regioni a Statuto speciale*, op. cit., p. 115 ss.

⁴¹⁶ Cfr. sentenza Corte cost. n. 169 del 2007, sul punto A. BRANCASI, *La controversa, e soltanto parziale, continuità nella giurisprudenza costituzionale sul coordinamento finanziario*, in "Giur. Cost.", n. 3, 2007, p. 1648 ss.

a dover giudicare nel merito di uno strumento giuridico del tutto nuovo nel panorama normativo delle fonti.

Dalla ricostruzione della giurisprudenza è possibile constatare l'evoluzione nell'interpretazione che la Corte costituzionale ha effettuato rispetto alla qualificazione dei Piani di rientro sanitari. Le modifiche all'interpretazione da parte del Giudice delle leggi è riconducibile sia ad un diverso grado di maturazione nella riflessione della giurisprudenza sia ad una modifica che, nel corso del tempo, si è avuta nella legislazione e nella sua applicazione mediante gli Accordi stipulati tra lo Stato e le Regioni.

La genesi evolutiva della vincolatività attribuita dalla giurisprudenza alla legislazione sui Piani di rientro è da ricondurre alla giurisprudenza a partire dal 2010. Le successive e diverse sentenze della Corte rappresentano un unico filo conduttore che lega le decisioni in virtù del principio di coordinamento della finanza pubblica. Il Giudice delle leggi prende le mosse dalla considerazione che lo scopo perseguito dal Piano di rientro è quello di garantire la sostenibilità economica del Sistema sanitario della Regione interessata e per questo gli attribuisce il valore di principio del coordinamento della finanza pubblica. La valutazione effettuata dalla Corte, in merito al carattere di principio di coordinamento della finanza pubblica non attiene al singolo Accordo, bensì alla legislazione a fondamento dello stesso.

La questione è strettamente collegata agli organi che addivengono all'Accordo e alle modalità con cui questo viene sottoscritto. Correttamente la Corte costituzionale ha individuato nell'obiettivo di ridurre il deficit in modo concordato tra la Regione e lo Stato la modalità corretta con cui agire.⁴¹⁷ Nell'ottica di un rapporto tra Stato e Regioni, se non si considerasse che la competenza dello Stato si sostanzia solamente nell'esercizio di coordinamento della finanza pubblica, si andrebbe nella

⁴¹⁷ Sul carattere finalistico del coordinamento della finanza pubblica esercitata dallo Stato la sentenza Corte cost. n. 376 del 2003 descrive come suddetta attività possa essere esercitata solamente mediante l'individuazione di disposizioni che devono essere considerate in quanto regole finali.

direzione di considerare incapaci le Regioni di addivenire ad una soluzione e dunque di individuare come corrette solamente le scelte per la riduzione del deficit assunte a livello centrale anche per quanto attiene alle disposizioni di dettaglio. Questo consentirebbe allo Stato di emanare disposizioni «di estremo dettaglio ed avrebbe un carattere strumentale del coordinamento, che, a questo punto, potremmo chiamare di indirizzo»⁴¹⁸

Il ragionamento che si può delineare, attraverso l'interpretazione effettuata dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, è che la legislazione sui Piani di rientro può essere letta come attuazione del principio di coordinamento della finanza pubblica ma i singoli Accordi devono essere concordati tra lo Stato e le Regioni e devono essere caratterizzati dal coinvolgimento delle Regioni nella stesura dell'Accordo, proprio in attuazione del principio di leale collaborazione.⁴¹⁹ Il profilo dell'Accordo è un aspetto essenziale del Piano di rientro nella misura in cui sussiste, da parte degli organi della Regione, la volontà di addivenire ad un percorso condiviso per la riduzione della spesa.⁴²⁰ La natura dei Piani

⁴¹⁸ A. BRANCASI, *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in "Le Regioni", n. 2/3, 2004, pp. 763-768.

⁴¹⁹ Il ragionamento prende in considerazione l'orientamento dottrinale e giurisprudenziale, che si è realizzato in tema di atti di indirizzo e coordinamento dove, in virtù della legge Bassanini, questi potevano essere adottati sulla base di un'intesa in cui «dovevano essere individuati i compiti di rilievo nazionale da riservare allo Stato, preservandoli dalla generale dislocazione delle funzioni amministrative verso gli enti substatali». G. SCACCIA, *Le competenze legislative sussidiarie e trasversali*, in "Diritto Pubblico", n. 2, 2004, p. 466 ss. Svolgendo un parallelo tra l'utilizzo di quello strumento, ed i Piani di rientro, l'elemento che rimane costante è l'Intesa che sta alla base del rapporto tra lo Stato e le Regioni, permettendo al primo di esercitare un ruolo di indirizzo.

⁴²⁰ In ordine al profilo di raggiungere la riduzione del deficit, attraverso un percorso concordato, in alcuni passaggi della giurisprudenza, viene presa in considerazione non solo l'autonomia regionale, bensì anche l'autonomia universitaria, come nel caso della sentenza Corte cost. n. 91 del 2012, dove si prende in considerazione che la riduzione della spesa sanitaria deve obbligatoriamente contemplare anche un taglio alla spesa da parte di quelle strutture universitarie che svolgono attività in ambito medico. Nel caso, preso in esame dal Giudice delle Leggi, si evidenzia com'è compito della Regione di addivenire ad un Accordo con l'Università per fare rispettare l'Accordo che a sua volta la Regione ha stipulato con lo Stato, in particolare cfr. Punto in diritto 1.2.1.

di rientro, in quanto Accordo concordato, ha dato l'occasione alla Corte per muovere le proprie considerazioni nella direzione di una vincolatività in capo alle Regioni.

Se l'orientamento della Corte costituzionale è quello per cui è possibile attribuire alla legislazione sui Piani di rientro il carattere di principio di coordinamento della finanza pubblica è allo stesso tempo necessario mettere in evidenza come la collaborazione è uno dei caratteri essenziali di suddetto principio. In particolare il ragionamento si fonda sulla considerazione della Corte per cui il coordinamento è da individuare nello scopo del raggiungimento della riduzione del deficit e non delle singole disposizioni normative.⁴²¹ In tal senso assume un ruolo di assoluta importanza il coinvolgimento delle Regioni interessate affinché si possano condividere gli obiettivi da raggiungere.

Alla luce delle suddette considerazioni la scriminante tra il rispetto del principio di coordinamento della finanza pubblica o meno sembra doversi ricondurre non ad una considerazione di carattere generale ma alla valutazione delle singole disposizioni per comprendere se queste rispettino o meno i caratteri individuati dalla giurisprudenza per l'esercizio della

⁴²¹ La necessità di mantenere ben distinto l'obiettivo, dal mezzo con cui raggiungerlo, è stato ribadito in ordine ad altre materie di competenza concorrente, tra le tante una delle materie su cui si è indagato sulla necessità di differenziare tra le norme di principio e quelle di dettaglio è da annoverare la tutela della salute, in cui in modo chiaro la dottrina più attenta si è domandata se in alcuni casi non c'è il rischio che «il legislatore statale giunga ad occuparsi anche della dimensione dei bottoni?», così 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, p. 707 ss. Nella materia di tutela della salute sono stati molteplici i problemi interpretativi in relazione alla distinzione tra norme di principio ed attuazione, da parte del legislatore regionale. Con profili che sono stati messi in luce già durante l'approvazione della riforma e che poi hanno trovato conferma all'indomani della sua entrata in vigore, tra gli altri, L. VIOLINI, *Regioni e ricerca scientifica, ovvero riforma Bassanini v. Riforma Costituzionale*, in "Le Regioni", n. 2, 2001, p. 426 ss. Un ragionamento che si completa dopo che la prima giurisprudenza della Corte ha avuto modo di esprimersi sull'argomento, sul punto si veda 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, p. 1176 ss.

legislazione in attuazione del coordinamento della finanza pubblica da parte dello Stato.⁴²²

Se le argomentazioni poste dalla Corte costituzionale, in tema di coordinamento della finanza pubblica, sono ormai da considerare consolidate è però necessario valutare che l'applicazione della legislazione non si esprime sul contenuto dei singoli Accordi che sono invece considerati come norme interposte.⁴²³ Il ragionamento è quello per cui non si può addivenire ad un inquadramento generale dell'istituto tale da considerarlo applicabile a tutte le fattispecie di Accordo. La valutazione, effettuata dalla Corte costituzionale, non può che differenziarsi rispetto alle diverse applicazioni e dunque in ordine al contenuto che caratterizza i diversi Accordi.

Valutando attribuibile alla legislazione sui Piani di rientro sanitari il carattere di coordinamento della finanza pubblica, la riflessione è da ricondurre alla necessità di considerare gli Accordi, che derivano dalla legislazione sui Piani di rientro sanitari, in quanto espressione di suddetto principio.

La dottrina si è dilungata in merito alla necessità che lo Stato eserciti, proprio nella condizione di crisi, un ruolo di coordinamento e di indirizzo delle politiche fiscali.⁴²⁴ La Corte conferma quanto già aveva considerato

⁴²² La riflessione non attiene solamente alla questione dei Piani di rientro sanitari ma è possibile effettuare una valutazione di più ampio respiro in ordine ai parametri del principio di coordinamento della finanza pubblica «E infatti ovvia la constatazione che se la competenza in materia di coordinamento della finanza pubblica è concorrente, ciò significa che è una competenza regionale (pur nei limiti dei principi statali); così sembra logico ritenere che, come Competenza legata al coordinamento», questa dovrebbe quantomeno estendersi all'individuazione di principi idonei a coordinare i sistemi finanziari locali». A. BENEDETTI, *Nota sentenza Corte cost. n. 4, 2004 Competenza statale «di principi» e coordinamento della finanza pubblica*, in “Giornale di Diritto Amministrativo”, n. 7, 2007, pp. 733-739.

⁴²³ Sulla creazione delle norme interposte, anche in attuazione dell'art. 117 Cost., si veda S. M. CICCONE, *Creazione indiretta del diritto e norme interposte*, in “Giur. Cost.”, fasc. 1, 2008, p. 575 ss.

⁴²⁴ Si veda in tal senso F. BASSANINI, S. MERLINI, (a cura di), *Crisi fiscale e indirizzo politico*, Il Mulino. Bologna, 1995. Sul punto, di recente, R. BIFULCO, *Il*

in precedenza per cui il legislatore statale sarebbe obbligato al rispetto del principio di leale collaborazione nell'esercizio del potere legislativo solamente quando questo è direttamente previsto dalla Costituzione.⁴²⁵

Alla luce dell'analisi della giurisprudenza della Corte costituzionale, antecedente all'entrata in vigore dei Piani di rientro, ed anche successiva al loro utilizzo nell'ordinamento è possibile addivenire alla conclusione che proprio la vastità della giurisprudenza della Corte sull'argomento impone di fare delle distinzioni. La giurisprudenza della Corte costituzionale, anche per la varietà delle situazioni che le sono state sottoposte, ha assunto nel corso degli anni decisioni che fanno emergere un'evoluzione dell'interpretazione della normativa sull'istituto dei Piani di rientro. La Corte ha assunto delle decisioni in merito alla costituzionalità o meno dei Piani di rientro rispetto a profili assai differenti e questo ha comportato, di conseguenza, che è possibile attribuire alla Corte un giudizio uniforme, perché sono stati presi in esame profili assai differenti.⁴²⁶ La considerazione da farsi è dunque di carattere non generale, ma riguarda l'applicazione dei singoli Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni.

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*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2014, p. 47 ss., 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 ha caratterizzato l'Italia.

⁴²⁵ M. BELLETTI, *Nota a sent. n. 216 del 2008 Corte Cost. Prove (poco gradite) di regionalismo cooperativo*, in "Le Regioni", n. 3, 2008, p. 983 ss.

⁴²⁶ Contra G. RIVOSECCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga del riparto costituzionale delle competenze?*, op. cit., che giunge alla conclusione per cui «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».

Le riflessioni più critiche della dottrina si condividono in merito alle decisioni del Giudice delle leggi di considerare le disposizioni di dettaglio, contenute nei Piani di rientro, come espressione del principio di coordinamento della finanza pubblica da parte dello Stato.

La considerazione per cui il principio di leale collaborazione non trova fondamento nel processo di produzione legislativa è stato assunto dalla Corte costituzionale anche in ordine a quelle norme che rendono vincolanti gli Accordi sottoscritti tra lo Stato e le Regioni.⁴²⁷ La conclusione a cui si addiunge, con riferimento a questo profilo, non può prescindere dal considerare la posizione della Regione che nel sottoscrivere l'Accordo si trova in una posizione di debolezza rispetto allo Stato.⁴²⁸

Il secondo degli aspetti è quello della leale collaborazione, su cui si tornerà più in dettaglio. Il principio della leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni pone anzitutto la questione di una piena intesa sugli obiettivi da raggiungere e sui mezzi con cui farlo. In questa direzione la dottrina aveva individuato la necessità di garantire un rapporto di collaborazione nella Repubblica multilivello.⁴²⁹ L'assenza di una compartecipazione piena e dunque di un raggiungimento degli obiettivi attraverso la condivisione dei mezzi, oltre che degli strumenti, non potrebbe essere intesa in quanto coordinamento della finanza pubblica, ma sarebbe invece da ricondurre al sistema della sostituzione da parte dello Stato ex art. 120 Cost.⁴³⁰

⁴²⁷ In tal senso le sentenze Corte cost. n. 141 del 2010, n. 123 del 2011 e 163 del 2011. Per una considerazione in tal senso L. CAVALLINI CADEDDU, *Corte costituzionale e coordinamento dinamico della finanza pubblica*, in Id. (a cura di), *Coordinamento dinamico della finanza pubblica*, op. cit., p. 319 ss.

⁴²⁸ Così anche 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.", op. cit. passim.

⁴²⁹ La riflessione in considerazione della prima giurisprudenza della Corte costituzionale è di U. DE SIERVO, *Il sistema delle fonti: il riparto della potestà normativa tra Stato e Regioni*, in "Le Regioni", n. 6, 2004, p. 1261.

⁴³⁰ È condivisibile la ricostruzione dell'applicazione del principio di leale collaborazione prima e dopo la riforma del Titolo V, per cui prima della riforma i rapporti erano ispirati al «principio di supremazia» dello Stato, dopo la riforma

Diversamente se la conclusione a cui addivene la giurisprudenza è quella per cui la legislazione dei Piani di rientro debba essere ricondotta al principio di coordinamento della finanza pubblica bisogna attenersi a quanto previsto dalla giurisprudenza e dall'orientamento della dottrina sul punto. La questione deve analizzarsi fin dalla sua origine, cioè dalla formazione dell'Accordo, poiché la leale collaborazione deve essere presente in tutte le fasi. In tal senso una tra le questioni di maggiore interesse sembra essere riconducibile al profilo d'indagine rispetto alle modalità con cui si è addivenuti alla sottoscrizione del Piano di rientro ed in particolare al grado di condivisione posto in essere da parte della Regione nei confronti dello Stato. La valutazione, in ordine alle disposizioni di dettaglio contenute nel Piano di rientro, rispetto ad una relativa compatibilità con il quadro costituzionale o meno deriva anche dalla condivisione che gli organi della Regione hanno avuto nel sottoscrivere l'Accordo. La dottrina ha già effettuato la considerazione per cui non è previsto nel procedimento un ruolo determinante da parte dell'Assemblea Regionale.⁴³¹ E' condivisibile la considerazione per cui se il Consiglio Regionale fosse stato chiamato ad esprimere un voto favorevole rispetto all'Accordo si avrebbe un rispetto maggiore del principio di leale collaborazione. Un voto, secondo queste modalità, da parte del Consiglio

le «esigenze di collaborazione si sono rafforzate». Secondo quest'interpretazione non si può non considerare che, seppur nella difficoltà di determinare un punto di equilibrio, è necessario che si imponga «il ricorso a procedure di collaborazione ogni qual volta vi sia un intreccio tra gli interessi rappresentati rispettivamente dallo Stato e dalle Regioni», S. BARTOLE, R. BIN, G. FALCON, R. TOSI, *Diritto Regionale*, Il Mulino, Bologna, 2005, p. 221 ss.

⁴³¹ 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, «le considerazioni proposte inducono a valutare criticamente la tesi volta a giustificare, 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 legislativa regionale».

regionale, produrrebbe un coinvolgimento più deciso da parte degli organi rappresentativi.⁴³²

In tal senso appare condivisibile l'osservazione, già effettuata in dottrina, per cui con la riforma del Titolo V, è mancato uno sforzo ad «introdurre e istituzionalizzare forme di collegamento, coordinamento e collaborazione» necessari al fine di realizzare momenti di contatto e cooperazione tra gli organi. Non avendo invece previsto nella riforma costituzionale, recentemente approvata, meccanismi di collegamento tra lo Stato e le Regioni, questi rimangono del tutto disciplinati dalla legislazione ordinaria.

⁴³² Si consideri che la Corte costituzionale ha statuito che non sussiste la necessità del rispetto del principio di leale collaborazione nell'esercizio del potere legislativo. Rispetto all'argomento dei Piani di rientro sanitari è indubbio che il tema del principio di leale collaborazione torna da protagonista rispetto alla tesi di un utilizzo di questo da parte della Corte come «contentino per le Regioni nel momento in cui giustificava certi interventi statali», una lettura che si contrappone ad un'interpretazione di maggiore valore per cui il principio di leale collaborazione si «concreta nell'imporre strumenti di cooperazione per risolvere problemi di concorrenza di materie di competenza statale e regionale, o più in generale per risolvere conflitti che nascono quando c'è concorrenza di materie o si verifica comunque un'interferenza fra attività facenti capo a diversi livelli di governo», V. ONIDA, *Conclusioni*, in P. CAVALERI (a cura di), *Temi di diritto regionale nella giurisprudenza costituzionale dopo le riforme*, Giappichelli, Torino, 2008, p. 297.

CAPITOLO III

L'attuazione dei Piani di rientro nelle dinamiche costituzionali dello Stato regionale

Sommario: *1. I Piani di rientro in continuità con gli Accordi e le intese tra lo Stato e le Regioni - 1.1. Il principio di leale collaborazione nei Piano di rientro - 2. Il Piano di rientro come possibile strumento di attuazione del principio di equilibrio del bilancio - 3. La nomina del commissario ad acta per l'attuazione dei Piani di rientro sanitari - 3.1. La nomina e gli atti del Commissario ad acta nella giurisprudenza della Corte costituzionale - 3.2. Riflessioni critiche sul potere «normativo» del commissario ad acta - 3.3. I poteri del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro nelle Regioni a Statuto speciale - 4. Il Piano di rientro come limite alla mobilità sanitaria interregionale in presenza del principio di tutela della salute. - 4.1. La necessità di un corretto bilanciamento tra le esigenze organizzative ed i principi costituzionali - 5. Riforme istituzionali e costituzionali, le conseguenze per la legislazione sui Piani di rientro sanitari.*

1. I Piani di rientro in continuità con gli Accordi e le intese tra lo Stato e le Regioni

Per inquadrare in modo compiuto la riflessione sul carattere collaborativo dei Piani di rientro è necessario considerare gli strumenti di coordinamento tra lo Stato e le Regioni già presenti nel nostro ordinamento.

Le forme di collaborazione, che hanno rappresentato un'esperienza positiva, non sono una semplice modalità per addivenire ad 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 nel percorso evolutivo del Ssn.⁴³³ Il profilo della leale collaborazione è stato più volte richiamato anche dai ricorrenti, rispetto alle vicende dei Piani di rientro, dinanzi alla Giustizia amministrativa e poi ripreso nelle decisioni della Corte costituzionale.

Il rapporto di collaborazione che caratterizza, almeno in alcune sue parti, l'Accordo sui Piani rientro sanitari ha degli aspetti in comune proprio con le Intese che hanno preceduto storicamente l'adozione del Piano. Un dato che conferma ancora una volta la tesi per cui questi si inseriscono in un contesto ben più ampio ed articolato.

Il Piano di rientro ha caratteri di collaborazione innegabilmente riconducibili alla più ampia tradizione dei rapporti tra Stato e Regioni, ma si colloca giuridicamente al di fuori degli schemi consueti ed ampiamente studiati.⁴³⁴

Rispetto alla Conferenza Stato-Regioni, che ha rappresentato il primo modello di collaborazione stabile,⁴³⁵ parte della dottrina propone

⁴³³ Il principio della leale collaborazione, con riguardo agli Accordi ed alle intese tra lo Stato e le Regioni che si sono svolti in sede di Conferenza Stato Regioni, è stato richiamato dalla Corte costituzionale nelle sentenze Corte cost. n. 242 del 2005, Corte cost. n. 201 del 2007, Corte cost. n. 242 del 2005. Per una più approfondita riflessione in ordine alla giurisprudenza costituzionale sul tema si veda A. COSTANZO, *Il principio di proporzionata collaborazione fra Stato e regioni*, in "Giur. Cost.", fasc. 3, 2008, p. 2817 ss.

⁴³⁴ In merito alla tesi di una maggiore efficacia nel raggiungimento degli obiettivi grazie agli strumenti di coordinamento si veda T. MARTINES, *Diritto costituzionale*, Milano 1997, p. 795. La ratio che sottostà al sistema delle conferenze è stato evidenziato anche dalla Corte costituzionale che «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», così A. CARMINATI, *Dal raccordo politico al vincolo giuridico: l'attività della Conferenza Stato-Regioni secondo il giudice costituzionale*, in "Le Regioni", n. 2, 2009, p. 270.

⁴³⁵ 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, p. 896; M. CARLI, *Regioni ed autonomie locali: la Conferenza Stato-Regioni*, in "Quad. Cost.", n. 1, 1984, p.173 ss. A. D'ATENA, *verso una riconsiderazione della cd. Collaborazione tra Stato e Regioni?*, in "Giur. It.", 1987, p. 3382 ss.

una lettura di questo strumento come di un istituto di federalismo sommerso. Fatte le dovute distinzioni linguistiche ed accogliendo l'interpretazione di federalismo, così come utilizzato dal legislatore negli anni in cui si provava a ragionare su una valorizzazione dello spirito autonomista della Repubblica, è possibile condividere l'idea per cui strumenti come la Conferenza Stato-Regioni abbiano permesso di modificare fortemente il rapporto tra centro e autonomie locali. La realizzazione di forme di decisioni condivise hanno «nei fatti sancito l'impossibilità del Governo di fare da sé laddove siano coinvolti interessi territoriali».⁴³⁶

Se dunque si condivide la tesi per cui l'introduzione di forme di collaborazione nell'assunzione delle decisioni - come quella della Conferenza - hanno dato all'organizzazione dello Stato regionale un impulso nella direzione di un cambiamento, si comprende che utilizzando la medesima chiave di lettura, il Piano di rientro sottoscritto tra la Regione e lo Stato, assume un carattere del tutto peculiare e nel solco di una tradizione di collaborazione.⁴³⁷

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. Il legislatore ha voluto chiarire che la Conferenza opera in attuazione del principio di leale

⁴³⁶ I. RUGGIU, *Conferenza Stato Regioni: un istituto del federalismo «sommerso»*, in "Le Regioni", n. 5, 2000, p. 858. Secondo una lettura che invece interpreta il sistema delle Conferenze come un fallimento di un rafforzamento dell'autonomia dei territori, W. ANELLO, G. CAPRIO, *I difficili rapporti tra centro e periferia. Conferenza Stato-Regioni, Conferenza Stato-Città-Autonomie, Conferenza unificata*, in "Ist. del Federalismo", n. 1, 1998, p. 47 ss. Dello stesso parere in ordine al ruolo svolto dalla Conferenza Stato Regioni R. BIFULCO, *Voce, Conferenza Stato-Regioni* in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di Diritto pubblico*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 1235.

⁴³⁷ In tal senso un reale impulso allo Stato regionale può avvenire solamente se il rapporto tra le Regioni e lo Stato è caratterizzato da una consultazione da parte dello Stato che accerti le problematiche al fine di addivenire ad un loro superamento. M. CARLI, *Regioni ed autonomie locali. La conferenza Stato-Regioni*, in "Quad. Cost.", n. 1, 1984, p. 177.

collaborazione.⁴³⁸ Non appare avventato affermare che, per quanto attiene al profilo della condivisione degli obiettivi da raggiungere, uno degli strumenti che mostra maggiori somiglianze è proprio da rintracciare nella legislazione che delinea il sistema delle Conferenze. I Piani di rientro sanitari si collocano in continuità con la tradizione di collaborazione che caratterizza il regionalismo italiano.⁴³⁹

È indubbio che il coinvolgimento dei territori rispetto alle scelte da assumere, non può essere considerata di secondaria importanza, ma va esaminata in un'ottica di piena attuazione del nuovo Titolo V che necessita di avere, insieme ad una maggiore capacità delle Regioni di assumere le decisioni per le materie di propria competenza, un rapporto di stretta interazione tra i diversi livelli di governo.

Il confronto tra questi diversi livelli, oltre ad essere considerato in piena attuazione dei principi costituzionali, permette di assumere le scelte migliori per la gestione di una fase assai critica della Regione, qual è quella della sottoscrizione di un piano per la riduzione del deficit sanitario. L'interpretazione del carattere collaborativo, tra i diversi livelli decisori, deve essere costituzionalmente orientata in funzione della necessità di garantire al meglio il diritto alla salute del cittadino.⁴⁴⁰ L'idea per cui la compartecipazione tra lo Stato e le Regioni nell'assunzione dei

⁴³⁸ Il riferimento è all'articolo 4 d.lgs. 281 del 1997 il quale sancisce che «Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e 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». Nel senso per cui «le Conferenze hanno consentito al principio di leale collaborazione di realizzarsi non solo sul versante della attività amministrativa, ma anche su quello della legislazione», 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.

⁴³⁹ G. CARPANI, *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*, op. cit., p. 39.

⁴⁴⁰ G. CARPANI, op. ult. cit., p. 65.

provvedimenti abbia avuto dei riflessi positivi, e si debba collocare in più ampio quadro costituzionale, suggerisce la necessità di realizzare un vincolo in capo ai diversi livelli di governo interessati di addivenire ad un percorso di partecipazione delle scelte.⁴⁴¹

Lo strumento dell'Intesa, raggiunta mediante la Conferenza Stato-Regioni in rapporto ai Lea, rappresenta un esempio di assoluta importanza rispetto al metodo con cui operare.⁴⁴² In suddetto caso, rispetto ad una materia di competenza dello Stato, c'è una condivisione con la Regione in ordine ai provvedimenti da assumere nel merito.⁴⁴³

Se, così come detto, l'organizzazione del Sistema sanitario ha una struttura multilivello e quindi assumono un ruolo centrale le Regioni e le Autonomie locali, diviene indispensabile la valorizzazione di forme di coordinamento multilivello.

Non è soltanto la capacità delle Regioni di gestire autonomamente il Servizio, come se la regionalizzazione volesse significare la totale autonomia ed indipendenza rispetto al sistema nel suo complesso, ma sussiste la necessità di un livello «statale autorevole e determinato»,⁴⁴⁴ capace di interpretare un ruolo di coordinamento in un sistema multilivello caratterizzato da un'organizzazione regionale.⁴⁴⁵ Nell'evoluzione, già studiata dalla dottrina, il rapporto di cooperazione tra lo Stato e le Regioni

⁴⁴¹ Di questo avviso F. PIZZETTI, *Il sistema delle conferenze e la forma di governo italiana*, in "Le Regioni", n. 3-4, 2000, p. 479, 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, p. 548.

⁴⁴² Il riferimento è all'articolo 2, co. 1, lett. a) del d.lgs. n. 281 del 1997.

⁴⁴³ G. CARPANI, *I livelli essenziali di assistenza nel panorama normativo*, in "Monitor", n. 21, 2008, p. 14.

⁴⁴⁴ 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, p. 11 ss.

⁴⁴⁵ Anche nella definizione dei livelli essenziali il Parlamento ed il Governo nel definire quali sono i livelli essenziali deve agire d'intesa con le Regioni. Così facendo ci sarà una piena realizzazione del dettato costituzionale. In questo senso L. VIOLINI, F. LOCATELLI, *La determinazione dei livelli essenziali*, in M. SCUDIERO (a cura di), *Le autonomie al centro, Vol. I*, Jovene, Napoli, 2007, p. 158.

ha raggiunto il suo massimo livello di maturazione con la Conferenza Stato-Regioni.⁴⁴⁶

L'esperienza degli Accordi e delle intese a cui si è addivenuti hanno rappresentato e continuano ad essere, l'esempio di quella leale collaborazione che deve caratterizzare il rapporto tra lo Stato e le Regioni nell'assunzione degli atti legislativi ed amministrativi, anche per quelle materie di competenza esclusiva, ma per cui è opportuno che si ottenga una decisione condivisa.⁴⁴⁷ E' indubbio che rispetto alla legislazione sui Piani di rientro bisogna prendere in esame il tema della vincolatività per le Regioni.⁴⁴⁸ La legislazione sui Piani di rientro, vincolando in modo deciso le Regioni al rispetto di quanto previsto nel Piano sottoscritto con lo Stato, introduce nel rapporto di collaborazione un vincolo giuridicamente tutelato.⁴⁴⁹

⁴⁴⁶ P.A. CAPOTOSTI, *La Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni: una tendenza verso il regionalismo cooperativo?*, op. cit. p. 496 A. SANDULLI, *La Conferenza Stato-Regioni e le sue prospettive*, in "Le Regioni", n. 5, 1985, pp. 837-861. R. BIFULCO, *Il modello italiano delle conferenze Stato-autonomie territoriali (anche) alla luce delle esperienze federali*, in "Le Regioni", n. 2-3, 2006, p. 233 ss. G. CARPANI, *La Conferenza Stato-regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Il Mulino, Bologna, 2006, passim.

⁴⁴⁷ In tal senso, R. BIN, *Le prassi della cooperazione nel sistema italiano di multilevel government*, in "Ist. del Federalismo", n. 7, 2006, p. 695, 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».

⁴⁴⁸ Sul profilo della vincolatività degli Accordi raggiunti tra lo Stato e le Regioni si è interrogata la dottrina già all'indomani della riforma del Titolo 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, p. 1170.

⁴⁴⁹ Sul punto, la dottrina successiva alla riforma del Titolo V si era 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, p. 4184 «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».

1.1. Il principio di leale collaborazione nei Piani di rientro sanitari

Nella valutazione della costituzionalità dell'istituto in esame il parametro della leale collaborazione, tra lo Stato e le Regioni, assume un ruolo essenziale sia per la stipula del Piano di rientro sia per la sua successiva attuazione ed applicazione.

Nella sottoscrizione dei Piani, il principio di leale collaborazione interviene in due momenti differenti: il primo attiene alla stipula dell'Accordo, il secondo all'attuazione di questo da parte sia dello Stato sia della Regione interessata.

Il rapporto tra lo Stato e le Regioni assume in più occasioni un livello di confronto che ha condotto la dottrina a riflettere sull'idea di «regionalismo partecipativo, competitivo, contrattuale, negoziale, organico».⁴⁵⁰ La legislazione, e le modalità con cui si sono poi sottoscritti gli Accordi dei Piani di rientro, rappresentano un ulteriore sviluppo del carattere collaborativo dello Stato regionale.⁴⁵¹

⁴⁵⁰ G. SOLA, *La rilevanza costituzionale del principio di leale collaborazione*, in "Quad. Reg." n. 2, 2009, p. 553.

⁴⁵¹ La riflessione che è stata fatta dalla dottrina permette di comprendere l'importanza del principio di leale collaborazione all'interno dei rapporti tra lo Stato e le Regioni in un contesto come quello che si è realizzato con l'adozione dei Piani di rientro sanitari. Non è di secondaria importanza comprendere come questo principio, che è ampiamente riconosciuto dalle Costituzioni dei Paesi europei e dai Trattati dell'Unione, abbia poi trovato con la riforma del Titolo V un posto di particolare rilievo nella Costituzione italiana. Più in generale F. MERLONI, *La leale collaborazione nella Repubblica delle autonomie*, in "Diritto pubblico", n. 3, 2002, pp. 827-880. P. CARROZZA, *Principio di collaborazione e sistema delle garanzie procedurali (la via italiana al regionalismo cooperativo)*; 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, p. 562 ss.; L. VIOLINI, *I confini della sussidiarietà: potestà legislativa, leale collaborazione e strict scrutiny*, in "Le Regioni", n. 2-3, 2004, pp. 686-691. 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, Giappichelli, Torino, 2004. Per una riflessione in un'ottica europea A. SPADARO, *Sui principi di continuità dell'ordinamento, di sussidiarietà e di cooperazione fra Comunità, Unione Europea, Stato e Regioni*, in "Riv. Trim. Diritto pubblico", n. 1, 1994, pp. 1064-1069. A. COSTANZO, *Modelli, principi e loro*

In seguito alla riforma costituzionale del Titolo V il parametro della leale collaborazione assume un ruolo essenziale nella gestione delle decisioni in un sistema di competenze, in cui le Regioni hanno assunto un ruolo sempre maggiore.⁴⁵² In quest'ottica i Piani di rientro rappresentano un esempio meritevole di grande attenzione tra gli strumenti giuridici finalizzati a permettere il corretto funzionamento nel rapporto tra centro e periferia secondo quanto stabilito dalla Costituzione.

Il coordinamento della finanza pubblica da parte dello Stato, la sottoscrizione e l'applicazione dei Piani di rientro, non possono prescindere dal pieno rispetto dell'imparzialità. Il raggiungimento dell'Intesa deve garantire la massima utilità per le parti che addivengono all'Accordo al fine di garantire il pieno rispetto della Costituzione.⁴⁵³

Il primo momento da prendere in considerazione è quello in ordine alle modalità con cui si esercita il principio di coordinamento della finanza pubblica da parte dello Stato.

influenze interpretative. Il caso della collaborazione tra Stato e Regioni, in "Giur. Cost." n. 1, 1990, p. 2467 ss. La riflessione sulla leale collaborazione in chiave di coesistenza e collaborazione è frutto di una riflessione ben più antica da parte della dottrina, si veda V. CRISAFULLI, *Vicende della «questione regionale»* in "Le Regioni", n. 4, 1982, p. 508 ss.

⁴⁵² F. MERLONI, *La leale collaborazione nella Repubblica delle Autonomie*, in "Diritto Pubblico", n. 8, 2002, p. 827 ss.

⁴⁵³ G. BOTTINO, *Il potere di organizzazione degli Enti Pubblici: «Leale collaborazione» e coordinamento amministrativo nei rapporti tra lo Stato e le Regioni*, in "Giur. Cost.", n. 1, 2006, p. 166 ss. In particolare sul rapporto tra il principio di leale collaborazione ed il rispetto delle attribuzioni si veda M. MICHETTI, *La Corte alle prese con la leale collaborazione*, in "Giur. Cost.", fasc. 1, 2006, p. 261 ss. In questo senso il ruolo della Corte costituzionale assume un valore essenziale in quanto rappresenta il luogo per esercitare uno stretto scrutinio al fine di evitare il rischio che la leale collaborazione si possa trasformare in una clausola capace di giustificare qualsiasi modalità di composizione, così A. ANZON, *«Leale collaborazione» tra Stato e Regioni, modalità applicative e controllo di costituzionalità*, in "Giur. Cost.", fasc. 6, 1998, p. 3535. Così anche l'interpretazione della dottrina sulla giurisprudenza della Corte costituzionale in tema di leale collaborazione considerandola come strumento di «concertazione, tra Stato e regioni, nell'ambito di materie attribuite alla competenza esclusiva statale, ciò è avvenuto non solo con riferimento alle c.d. «materie trasversali»», S. MUSOLINO, *I rapporti Stato-Regioni nel nuovo titolo V, alla luce dell'interpretazione della Corte costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2007, p. 44.

Com'è noto, il Giudice delle Leggi ha statuito che il procedimento legislativo è sottratto al rispetto del principio di leale collaborazione.⁴⁵⁴

Se si prendono le mosse dalla tesi della Corte costituzionale sull'esercizio della potestà legislativa statale, come elemento sottratto al principio di leale collaborazione, bisogna però considerare che nel caso in esame il legislatore rinvia ad un successivo Accordo tra lo Stato e le Regioni che è un atto amministrativo. In quest'ottica si deve considerare che le due parti (Regioni e Stato) non possono adottare le decisioni in tema di Piano di rientro, prescindendo da una condivisione degli obiettivi e delle modalità con cui raggiungerli. Secondo una lettura del Piano di rientro, costituzionalmente orientata alla luce del nuovo Titolo V, la sottoscrizione e l'attuazione dei Piani di rientro non può prescindere dal principio di leale collaborazione. In caso contrario sia la sottoscrizione, sia l'attuazione non rispecchierebbero la finalità di un obiettivo condiviso tra le parti.⁴⁵⁵

Prendendo come parametro la giurisprudenza della Corte, è necessario soffermarsi sul ruolo del legislatore in ordine non solo agli obiettivi, ma anche alle eventuali decisioni di dettaglio che sono presenti

⁴⁵⁴ Il ragionamento, che tra le altre, la Corte effettua nella sentenza Corte cost. n. 100 del 2010 è quello per cui «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, gli interventi individuati negli atti di programmazione "necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, oggetto degli Accordi di cui all'art. 1, co. 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311", ivi compreso l'Accordo intercorso 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». Il ragionamento è ricostruito in chiave critica rispetto ad uno svuotamento del ruolo dei Consigli Regionali da 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*, op. cit., passim.

⁴⁵⁵ Per la ricostruzione della giurisprudenza della Corte costituzionale, nel senso critico di un'intesa come costituzionalmente necessaria si veda E. BALBONI, P. G. RINALDI, *livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in "Le Regioni", n. 5, 2006, p. 1030.

nel Piano di rientro sottoscritto dalle Regioni, poiché il principio di leale collaborazione non può riguardare solo l'obiettivo previsto dal legislatore, senza considerare le disposizioni di dettaglio contenute nei singoli Accordi.⁴⁵⁶

Il tema è strettamente connesso agli atti di indirizzo e coordinamento, così come si desume nell'impianto precedente alla modifica del Titolo V della Costituzione. Se, così come emerge dalla riforma e dall'analisi puntuale della dottrina, è stato superato l'esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento, non si può considerare compatibile con la nuova organizzazione dello Stato un *modus operandi* per cui si stabiliscono, in modo unilaterale, sia gli obiettivi sia i mezzi per attuarli, senza che si consideri violato il principio di leale collaborazione.

Si è già argomentato il motivo per cui una previsione legislativa, che dovesse stabilire sia i principi sia i dettagli, sarebbe da considerare in violazione del principio di coordinamento della finanza pubblica. Appare però differente il ragionamento che sottostà alla considerazione di un'eventuale violazione del dettato costituzionale nel caso di atti assunti da parte della Regione e definiti nel loro contenuto di dettaglio da parte dello Stato.

Nel caso in cui quest'ultimo non si limiti ad indicare i soli obiettivi, bensì le disposizioni di dettaglio, si verrebbe a realizzare un sistema che ricalca il precedente impianto di indirizzo e coordinamento previsto prima della riforma del 2001, in contrasto con l'attuale previsione costituzionale.⁴⁵⁷

⁴⁵⁶ G. CARPANI, *Qualità della normazione dopo la riforma del Titolo V Cost: un obiettivo condiviso fra livelli di governo*, in "Quad. Reg.", n. 3, 2007, p. 800.

⁴⁵⁷ Q. CAMERLENGO, *Autonomia regionale e uniformità sostenibile: principi fondamentali, sussidiarietà e intese forti*, in "Le Regioni", n. 2-3, 2006, p. 436, in riferimento alla sentenza Corte cost. n. 383 del 2005, «Questa pronuncia, dunque, contribuisce a suffragare la tesi della permanenza di una attività di indirizzo e coordinamento, nonostante le profonde innovazioni introdotte, a livello costituzionale, negli ultimi anni. La riforma ha soppresso quello specifico potere statale di indirizzo e coordinamento che, introdotto agli esordi degli anni Settanta, è giunto sino alla

E' condivisibile la tesi per cui è difficile identificare una linea di demarcazione netta tra le funzioni di indirizzo e coordinamento e la potestà direttiva esercitata dallo Stato,⁴⁵⁸ motivo per cui la dottrina più attenta aveva già evidenziato il rischio che l'attività esercitata da parte del legislatore potesse essere (erroneamente) interpretata come esercizio di un'attività di indirizzo e coordinamento.⁴⁵⁹

In questo contesto, il parametro della leale collaborazione assume un ruolo determinante, se si considera che le Regioni interessate da un deficit sanitario, sottoscrivendo il Piano di rientro sanitario, realizzano un'operazione di forte auto limitazione rispetto alla propria capacità di porre in essere atti legislativi ed amministrativi.

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 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». La riflessione sulla giurisprudenza costituzionale in riferimento all'attuazione degli atti di indirizzo e coordinamento permette di comprendere le differenze tra il regime precedente alla riforma del Titolo V e quello attuale, sul punto si veda P. CARETTI, *Indirizzo e coordinamento e potere sostitutivo nella più recente giurisprudenza della Corte costituzionale*, in "Le Regioni", n. 1, 1992, p. 1168 ss.

⁴⁵⁸ Q. CAMERLENGO, *L'autonomia locale e il potere regionale di indirizzo e coordinamento: itinerari ricostruttivi e prospettive di riforma*, in "Le Regioni", n. 4, 1999, p. 698. G. SCIULLO, *Voce, Indirizzo e coordinamento*, in *Dig. disc. pubbl.*, UTET, Torino, 1994, p. 228 ss.

⁴⁵⁹ P. CARETTI, *Rapporti fra Stato e Regioni: funzione di indirizzo e coordinamento e potere sostitutivo*, in "Le Regioni", n. 6, 2006, p. 1330. Sul punto l'art. 8, co. 6, l. n. 131 del 2003, sancisce un divieto espresso per il Governo di adottare atti di indirizzo e coordinamento nei confronti delle Regioni, per tutte le materie che sono sia di competenza esclusiva sia di competenza concorrente. In merito a questo divieto, con particolare riferimento alla sentenza Corte Cost. n. 329 del 2003, si veda A. D'ATENA, *Approfondimenti di diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2012, p. 121 ss.

Il profilo dell'auto vincolo, che la Regione decide di esercitare, rappresenta un carattere del tutto peculiare rispetto all'evoluzione dell'autonomia locale prima e dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Si consideri, inoltre, che la decisione di sottoscrivere l'Accordo con lo Stato e di realizzare un forte vincolo in capo alla Regione, è assunta da parte della Giunta regionale senza l'intervento del Consiglio regionale.

In tal modo, una decisione che limita fortemente l'autonomia della Regione, non trova nell'organo rappresentativo nessun momento di confronto. Sul punto è opportuno richiamare quanto già detto in ordine non tanto all'obiettivo condiviso tra Stato e Regione, rispetto alla necessità di ridurre i costi nel settore sanitario in attuazione dei principi costituzionali, quanto piuttosto alle norme di dettaglio che prendono in considerazione le modalità per raggiungere quest'obiettivo.

In altre parole, se la giurisprudenza costituzionale ha affermato che gli atti legislativi adottati dal Consiglio regionale in contrasto con il Piano di rientro (sottoscritto dalla Giunta regionale), sono da considerare in violazione del principio di coordinamento della finanza pubblica è necessario riflettere sul rapporto di leale collaborazione tra organi regionali.⁴⁶⁰ La Corte costituzionale, nella valutazione sulla costituzionalità dell'Accordo sottoscritto, deve prendere in considerazione anche la procedura con cui si è addivenuti alla sottoscrizione dello stesso.⁴⁶¹

⁴⁶⁰ F. FIGONI, *Leale collaborazione e correttezza costituzionale*, in "Jus", n. 1, 2007, p. 189 ss. Il tema ha alcuni punti in comune con i rilievi effettuati dalla dottrina nel rapporto di leale collaborazione tra gli organi regionali e gli enti locali, 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. 150-161; 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. 1789-1790. L. CASTELLI, *La leale collaborazione fra Regioni ed Enti locali: Il consiglio delle autonomie locali*, in "Gior. Dir. Amm.", fasc. 12, 2006, p. 1291 ss.

⁴⁶¹ Il rilievo è di D. NOCILLA, *Autonomia, Coordinamento e leale collaborazione tra i due rami di un parlamento bicamerale*, in "Riv. Trim. di Diritto Pubblico", fasc. 4, 1998, p. 981.

La decisione da parte della Regione di addivenire ad un Accordo con lo Stato, che di fatto limita fortemente le scelte legislative ed amministrative, sia per il presente sia per la durata in carica dei consigli regionali futuri, rappresenta un aspetto del tutto innovativo per l'autonomia regionale, ma che per questo necessita di aggiustamenti costituzionalmente orientati.

Il metodo dell'Accordo rappresenta una via preferibile rispetto all'esercizio del potere sostitutivo da parte dello Stato nei confronti della Regione per raggiungere l'obiettivo di rispetto del pareggio di bilancio, in attuazione dei principi costituzionali. Lo strumento, per questi motivi, è ripetibile anche per altre materie che non attengono alla salute e per tutte le Regioni, anche per quelle caratterizzate da un'autonomia speciale.⁴⁶²

Non è possibile tralasciare che il tema del regionalismo rappresenta oggi una delle questioni maggiormente dibattute sia dalla comunità scientifica, sia in sede politica in forza delle possibili riforme da realizzare. Il rischio, che al momento sembra prendere forma, è quello che si decida di superare l'esperienza di un regionalismo forte, cancellando in modo frettoloso una lunga e seria tradizione autonomistica facendo leva anche sull'esperienza di un istituto, qual è quello dei Piani di rientro, che erroneamente potrebbe essere annoverato come dimostrazione di un fallimento del regionalismo piuttosto che come strumento necessario nella dinamica costituzionale dello Stato regionale.⁴⁶³

⁴⁶² La tesi trova fondamento in una più ampia riflessione effettuata dalla dottrina sul rapporto che sussiste tra lo Stato e le Regioni e dunque su una maggiore costituzionalità dei rapporti in un quadro di collaborazione, 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. 693.

⁴⁶³ La considerazione che sembra doversi effettuare sull'esperienza del regionalismo – lo si ripete – è quella per cui «Il sistema emerso dalla revisione del Titolo V non era di certo perfetto né le Regioni sono state sempre in grado di utilizzare al meglio la maggiore autonomia loro conferita dalle nuove disposizioni costituzionali; tuttavia, la direzione di marcia della trasformazione della Repubblica era certamente quella giusta» e non è invece condivisibile un ritorno ad un nuovo centralismo. S. MANGIAMELI, *Le Regioni italiane tra crisi globale e neocentralismo*, Giuffrè, Milano, 2013, p. 130. La soluzione condivisibile è quella

In quest'ottica la vicenda dei Piani di rientro deve essere, invece, interpretata come un utile esperimento rispetto a nuove forme di collaborazione tra Stato e Regioni per superare le difficoltà mostrate dal regionalismo e correggere gli errori commessi.

Tutto questo è però possibile soltanto se ci si muove con rigore all'interno del quadro costituzionale che, nel caso specifico, impone l'utilizzo della leale collaborazione.

in ordine alle considerazioni sul principio di leale collaborazione, sembra potersi considerare che il mancato 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, rappresenta una mancata attuazione di suddetto principio da parte dello Stato nei confronti della Regione e della Giunta Regionale nei confronti del Consiglio.

2. Il Piano di rientro come possibile strumento di attuazione del principio di equilibrio del bilancio

La legislazione sui Piani di rientro si pone in stretta connessione con la nuova formulazione dell'articolo 81 Cost. Il legislatore, con la legge costituzionale n. 1, del 20 aprile 2012, ha modificato la Costituzione introducendo il principio dell'equilibrio di bilancio, sul cui significato, anche in chiave politica, si è già soffermata la dottrina rispetto alle esigenze nazionali ed internazionali a cui è stata chiamata l'Italia.⁴⁶⁴

per cui è necessario aumentare i controlli volti a prevenire e superare i fenomeni di cattiva amministrazione senza invece incorrere nel rischio di rinunciare ai principi di autonomia che invece consentono di adeguare le strutture alle concrete e specifiche esigenze territoriali, L. VANDELLI, *Prefazione*, in Id. (a cura di), *Il governo delle Regioni: sistemi politici, amministrazioni, autonomie speciali*, Il Mulino, Bologna, 2013, p. 5.

⁴⁶⁴ Non è mancata una chiave di lettura della riforma che ha preso le mosse da quanto affermato dalla letteratura scientifica di stampo economico, in tal senso G. D'AURIA, *Sull'ingresso in Costituzione del principio del «pareggio di bilancio» (a proposito*

La giurisprudenza costituzionale, nel prendere in esame la legislazione sui Piani di rientro rispetto al dettato costituzionale, non ha mancato di considerare la nuova formulazione di suddetto articolo. Il giudice delle leggi ha valutato il rapporto dell'Accordo tra lo Stato e la Regione, che prende il nome di Piano di rientro, e la nuova formulazione dell'articolo 81 Cost.⁴⁶⁵ Nel sollevare la questione di costituzionalità di una legge regionale, in contrasto con il nuovo articolo 81 Cost., il ricorrente ha posto in evidenza la sottoscrizione da parte della Regione del Piano di rientro. Più in dettaglio l'Avvocatura dello Stato ha argomentato considerando l'art. 5 della legge lesivo dell'art. 81, co. 4, Cost., poiché «nel prevedere le fonti di finanziamento della Fondazione, non quantifica i correlati oneri finanziari».

L'arresto della Corte è meritevole d'interesse in quanto ritiene assorbite tutte le altre considerazioni e statuisce l'incostituzionalità della legge regionale in violazione dell'art. 81 Cost., stabilendo che omettendo di indicare le modalità di finanziamento «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».

Il giudizio che la Corte costituzionale ha espresso nella sentenza citata è rintracciabile anche in successive decisioni,⁴⁶⁶ in cui il Giudice delle leggi ritorna sulla valutazione effettuata ed anche in questo caso considera

di un recente parere delle sezioni riunite del la Corte dei conti), in "Foro It.", fasc. 1, 2012, p. 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*, Giuffrè, Milano, 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. 1-13.

⁴⁶⁵ Si veda la sentenza Corte cost. n. 214 del 2012.

⁴⁶⁶ Si veda sentenza Corte cost. n. 51 del 2013.

le disposizioni legislative in esame in contrasto con l'articolo 81 Cost.⁴⁶⁷ La Corte, nell'effettuare le proprie considerazioni, prende anzitutto le mosse dalla ricostruzione in ordine all'articolo 81 Cost. nell'ordinamento. Il giudice delle leggi effettua una valutazione generale del dettato costituzionale, per poi addivenire alla conclusione che sussiste un divieto contenuto nel Piano di rientro, che letto in combinato disposto con l'articolo 81 Cost. determina la incostituzionalità legge regionale.⁴⁶⁸

La Corte, in una delle pronunce che prendono in considerazione il parametro sancito nell'art. 81 Cost., effettua preliminarmente una ricostruzione della legislazione sui Piani di rientro sanitari e giunge alla conclusione che la legge regionale in questione prevede interventi in materia sanitaria «non contemplati nel Piano di rientro dal disavanzo sanitario e l'art. 8 non individua 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.».⁴⁶⁹

Nel caso in specie la Corte ha statuito che le disposizioni legislative della Regione Siciliana, oltre a violare il principio di coordinamento della finanza pubblica,⁴⁷⁰ non rispettano il principio di copertura della spesa sancito dall'articolo 81, co. 4, Cost. È interessante considerare che il Giudice delle leggi, nell'osservare che sussiste una violazione del principio Costituzionale, fa un espresso richiamo al Piano di rientro ed ai vincoli che da questo ne derivano per quanto attiene al profilo normativo e amministrativo. Il ragionamento della Corte concerne la considerazione per cui è necessaria una «conciliazione contabile tra le spese previste nei Piani di rientro ed il bilancio di previsione dell'esercizio di riferimento».

⁴⁶⁷ La questione attiene ad una legge della Regione Siciliana che aveva previsto l'utilizzo del Fondo Sanitario in violazione del Piano di Rientro.

⁴⁶⁸ Sentenza Corte cost. n. 51 del 2013, considerazione in diritto n. 4. Oggetto del giudizio è stata la legge regionale siciliana n. 483 del 2012.

⁴⁶⁹ In particolare la Corte fa riferimento all'art. 1, co. 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, legge finanziaria 2007).

⁴⁷⁰ Per cui la Corte espressamente richiama le sue più recenti pronunce, Corte cost. n. 260 del 2012, Corte cost. n. 131 del 2012, Corte cost. n. 163 del 2011.

Sussiste, in altre parole, la necessità di realizzare un collegamento tra la copertura della spesa in sede legislativa con quanto previsto nel bilancio di esercizio. Nello specifico la previsione legislativa è riconducibile anche al Piano di rientro e dunque alla condizione per cui si è previsto la statuizione di un limite di spesa per ridurre il deficit sanitario. La Corte completa il proprio ragionamento considerando che non può essere demandata ad una sede differente il rapporto tra il provvedimento legislativo ed il bilancio di previsione, poiché si realizza una violazione dell'articolo 81, co. 4, Cost.

Le due sentenze della Corte rappresentano lo spunto per un'ulteriore riflessione in merito alla legislazione sui Piani di rientro. Ci si riferisce alla considerazione per cui se fino alla più recente giurisprudenza si è sempre considerato il Piano di rientro come parametro interposto nel giudizio di costituzionalità delle disposizioni legislative regionali in contrasto con i Piani di rientro, sembra adesso prospettarsi un parametro che, in modo ancor più dirompente, può porre la legislazione dei Piani di rientro come vincolante per le Regioni che hanno sottoscritto questo tipo di Accordo.

Senza voler riprendere le considerazioni sul principio di tutela della salute nella legislazione sui Piani di rientro è però opportuno soffermarsi sulle eventuali conseguenze nel caso in cui si accogliesse un ragionamento per cui la legislazione sui Piani di rientro è da considerare come strumento per il raggiungimento dell'equilibrio economico, secondo la lettura che dai più è stata data all'art. 81 Cost.⁴⁷¹

⁴⁷¹ Una lettura, anche in chiave economica, è andata nella direzione di considerare che la precedente versione dell'art. 81 non rappresentava un ostacolo al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, P. GIARDA, *Il pareggio di bilancio nella Costituzione: Una prospettiva economica*, in Astrid online del 25 ottobre 2011, «In conclusione, la struttura attuale dell'articolo 81 non impedisce il perseguimento di politiche di governo del bilancio pubblico che siano strutturalmente orientate alla saggezza e alla prudenza, ma non contiene nessun precetto e nessuna indicazione che consenta di affermare che tali saggezza e prudenza siano state acquisite, una volta per tutte, dalle procedure di bilancio. La legge 468 e successive

Gli orientamenti dottrinali maggioritari, in ordine al pareggio di bilancio (anche in chiave di accordo con i Paesi appartenenti all'Unione Europea), addivengono alla conclusione che la previsione del nuovo testo dell'art. 81 Cost. vada letto nel senso per cui bisogna attribuire un maggiore valore al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio e che l'indebitamento deve rappresentare un'eccezione giustificabile in un contesto in cui è invece l'equilibrio tra le entrate e le spese l'obiettivo perseguito dal legislatore.⁴⁷²

modificazioni hanno reso più esplicita e trasparente la valutazione politica su tutte le voci di spesa non assistite da una precedente definizione legislativa, ma alcuni dei guai che nel passato erano propri delle leggi di spesa, delle manovre correttive e della legge di bilancio permangono, sia pure in forma attenuata, nell'ordinamento attuale. Da questo giudizio emerge che è forse preferibile spostare l'attenzione dai vincoli di procedura che caratterizzano l'attuale articolo 81, su vincoli che facciano riferimento a indicatori di risultato, quali il pareggio di bilancio o altro simile. I vincoli di procedura previsti dall'articolo 81 possono permanere nella nuova Costituzione, ma devono essere integrati da vincoli che governano i contenuti della politica di bilanci». Quella di Piero Giarda rappresenta una considerazione condivisibile soprattutto nel senso per cui non è tanto l'articolo 81 bensì poi le scelte che dovranno essere assunte come conseguenza alla previsione costituzionale. Sulla conformità del principio del pareggio di bilancio con il dettato costituzionale si sofferma A. MORRONE, *Pareggio di bilancio e Stato costituzionale*, in "Lavoro e Diritto", fasc. 3, 2013, pp. 357-381.

⁴⁷² Lo spirito del nuovo articolo 81 Cost. è rintracciabile nelle conclusioni di N. D'AMICO, *I rapporti fra la nuova legge costituzionale e il Fiscal Compact*, in "Giornale di diritto Amministrativo", n. 10, 2012, p. 937, «Il 13 dicembre del 1948 il Presidente della Repubblica Luigi Einaudi così scriveva al ministro del tesoro Giuseppe Pella: quando l'art. 81 (della Costituzione) dichiara che le Camere approvano ogni anno i bilanci, non è implicitamente affermato che esse approvano un documento nel quale si constati il bilanciarsi delle entrate con le spese? Un bilancio il quale non soddisfi alla condizione del bilancio o pareggio fra le due quantità, può essere considerato un vero e proprio bilancio?». Il rapporto tra Regioni ed Unione Europea assume un ruolo decisivo in ordine alla necessità di contribuire al rispetto del pareggio di bilancio anche in chiave di dialogo tra le Regioni e l'Unione in senso discendente, E. DI SALVATORE, *Le relazioni delle Regioni italiane con l'Unione Europea: fondamento costituzionale, normativa statale e disciplina statutaria*, in A. D'ATENA (a cura di), *Regionalismo e sovranazionalità*, Giuffrè, Milano, 2007, p. 107 ss.

Allo stesso tempo quest'ultimo deve garantire il rispetto del pareggio di bilancio senza ledere le autonomie locali in rapporto con la nuova formulazione dell'art. 119 Cost.⁴⁷³

In tal senso c'è chi ha letto la legislazione sui Piani di rientro come «legislazione della crisi», da inserire nel solco di quanto sancito dall'art. 81 e 119 Cost.⁴⁷⁴

Di contro è invece possibile ritenere il Piano di rientro non come mezzo di attuazione di una c.d. legislazione temporanea o di emergenza, bensì come una risposta normativa ad un modificato quadro economico (non più definibile crisi finanziaria).⁴⁷⁵

Un primo elemento, a sostegno di questa tesi, si rinviene nella considerazione che la legislazione sui Piani di rientro si può rintracciare già nella legislazione degli ultimi anni Novanta. L'introduzione di questo strumento normativo precede sia l'aggravarsi dello squilibrio di bilancio, sia la modifica della Costituzione che ha introdotto l'equilibrio di bilancio. Il secondo argomento, della non temporaneità dello strumento, è da rintracciare nel quadro costituzionale dell'Italia in quanto Stato Regionale; in particolare dopo la riforma del Titolo V, che ha confermato la scelta di un regionalismo forte.⁴⁷⁶

⁴⁷³ Sul difficile rapporto tra Autonomie locali ed equilibrio di bilancio si veda A. MORRONE, *Per un "progetto di Regione"*, in "Istit. del Federalismo", n. 1-2, 2010, pp. 47-61.

⁴⁷⁴ 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.

⁴⁷⁵ La crisi finanziaria che ha caratterizzato il sistema economico occidentale negli ultimi anni rappresenta una crisi profonda e durevole, vedi G. DI GASPARE, *Teoria e critica della globalizzazione finanziaria, dinamiche del potere finanziario e crisi sistemiche*, op. cit., p. 258 ss. Interessanti spunti sull'idea per cui il diritto alla salute va esaminato in un'ottica di crisi in un parallelo tra l'articolo 32 Cost. ed il nuovo contesto socio economico, G. MONTEDORO, *Il diritto alla salute al tempo della crisi*, in F. LIGUORI, A. ZOPPOLI, (a cura di) *La sanità flessibile*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012, p. 48.

⁴⁷⁶ La giustificazione che la legislazione sui Piani di rientro deve essere considerata compatibile in uno Stato regionale è rintracciabile anche nella comparazione con gli altri Paesi europei dove la differenziazione anche nella distribuzione delle risorse non è in conflitto con gli obiettivi dello Stato, fermo restando il mantenimento del principio di cooperazione e leale collaborazione di cui poi si

Il ragionamento è così da invertire rispetto ad una lettura che vede lo Stato come protagonista nella legislazione dei Piani di rientro, e che utilizza questi come strumento per attuare quanto sancito in Costituzione in tema di pareggio di bilancio. In tal caso sarebbe più corretto, per il raggiungimento dello scopo, l'utilizzo della previsione contenuta nell'articolo 120 Cost. sull'esercizio del potere sostitutivo.

Al fine di collocare correttamente il Piano di rientro nel panorama costituzionale del sistema delle fonti, è necessario considerare la Regione come Ente che deve avere un ruolo decisivo rispetto alle scelte assunte in sede di Accordo.⁴⁷⁷ Questa ha l'obbligo di garantire l'obiettivo del pareggio di bilancio e in caso contrario i propri provvedimenti sono sottoposti al rischio della scure della Corte. Di contro, l'utilizzo del Piano di rientro, come mezzo di attuazione dell'equilibrio di bilancio, suscita alcuni dubbi nell'interpretazione per cui il mancato rispetto di quanto previsto nel Piano di rientro possa costituire una violazione dell'art. 81 Cost. Quest'interpretazione potrebbe indurre a ritenere assorbita anche la violazione del principio di coordinamento della finanza pubblica, facendo prevalere nel bilanciamento dei principi l'equilibrio di bilancio e così stravolgendo il ruolo dei Piani di rientro. Questi passerebbero da strumento per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in un quadro di corretta erogazione dell'assistenza sanitaria, a mezzo per garantire la stabilità economica.⁴⁷⁸

dirà più in dettaglio, per un'analisi in senso comparatistico si veda R. BIFULCO, *La cooperazione nello Stato unitario composto*, Cedam, Padova, 1995, p. 210 ss.

⁴⁷⁷ Una riflessione a margine dell'approvazione della riforma costituzionale sul pareggio di bilancio nel senso per cui le Regioni in un processo di riduzione del deficit sanitario devono assumere un ruolo di coordinamento per i livelli inferiori ma anche in senso orizzontale per un coordinamento che permetta una contribuzione unitaria alla riduzione del deficit si veda R. VALICENTI, *Equilibrio di bilancio e coordinamento della finanza pubblica delle autonomie territoriali*, in "Rivista A.I.C.", n. 1, 2012.

⁴⁷⁸ N. LUPO, G. RIVOSECCHI, *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in "Le Regioni", n. 5-6, 2012, pp. 1062-1075.

L'utilizzo del principio contenuto nell'art. 81 Cost. rispetto ai Piani di rientro, senza un bilanciamento con gli altri principi su cui si fonda lo Stato regionale, rischia, in nome dell'unitarietà della finanza pubblica, di mettere in moto un irreversibile processo, «in termini politico-culturali, inverso rispetto ai modelli classici di federalismo fiscale e, comunque, non del tutto coerente con i principi costituzionali di autonomia e di sussidiarietà».⁴⁷⁹

Se si considerasse la violazione di quanto previsto dal Piano di rientro come parametro interposto per l'applicazione dell'art. 81 Cost., e prevalente rispetto al principio di coordinamento della finanza pubblica, si avrebbe come unico obiettivo l'equilibrio di bilancio.

3. La nomina del Commissario ad acta per l'attuazione dei Piani di rientro sanitari

La disciplina della nomina del Commissario ad acta e dei poteri a questo conferiti per l'attuazione del Piano di rientro, si colloca nel quadro normativo testé tracciato, come del resto dimostrano le pronunce giurisprudenziali finora intervenute sul tema.⁴⁸⁰

L'articolo 1, co. 174, della legge n. 311 del 2004 ha, per la prima volta,⁴⁸¹ sancito che qualora dal monitoraggio trimestrale della Regione dovesse emergere il mancato raggiungimento degli obiettivi stabiliti con il Piano di rientro, così da porre a rischio l'unità economica del Paese e il non rispetto dei livelli essenziali, il Presidente della Regione in «qualità di Commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione

⁴⁷⁹ F. GALLO, *Federalismo fiscale e vincolo del pareggio di bilancio*, Relazione all'Accademia Nazionale dei Lincei, in www.lincci.it.

⁴⁸⁰ In particolare cfr. sentenza Corte cost. n. 2 del 2010; Corte cost. n. 78 del 2011; Corte cost. n. 28 del 2013; Corte cost. n. 173 del 2013. Le ordinanze della Corte cost. n. 257 del 2013; Corte cost. n. 269 del 2013.

⁴⁸¹ La medesima previsione è stata inserita nelle successive disposizioni legislative in materia di Piani di rientro.

e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento».

L'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge n. 159 del 2007 prevede che, qualora dalla verifica e dal monitoraggio trimestrale si «prefigurino il mancato rispetto» degli impegni assunti, il Presidente del Consiglio provvede a diffidare 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. Nel caso in cui la Regione interessata non dovesse adempiere alla diffida «il Consiglio dei Ministri (...) nomina un Commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro».⁴⁸²

Si tratta di una particolare forma di esercizio del potere sostitutivo⁴⁸³ da parte dello Stato, funzionalmente diretto alla garanzia - sull'intero territorio nazionale - tanto dell'unità economico-giuridica, quanto del rispetto dei livelli essenziali di assistenza, nell'ipotesi della mancata attuazione dell'Intesa sottoscritta dalle Regioni in materia di Piani di rientro.⁴⁸⁴

⁴⁸² Diversamente l'art. 1, co. 174, l. 30 dicembre 2004, n. 311, prevedeva che «il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la Regione a provvedervi (...) Qualora la Regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della Regione, in qualità di commissario ad acta». Secondo una previsione che poteva essere interpretata in contrasto con il dettato della l. 5 giugno 2003, n. 131 che individua le modalità per esercitare il potere sostitutivo dell'articolo 120 Cost.

⁴⁸³ Sui poteri sostitutivi dopo la riforma costituzionale del 2001 si veda C. MAINARDIS, *i poteri sostitutivi statali: una riforma costituzionale con (poche) luci e (molte) ombre*, in "Le Regioni", n. 6, 2001, p. 1357.

⁴⁸⁴ Così M. BELLENTANI, L. BUGLIARI ARMENIO, *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*, op. cit., p. 392 ss. Lo Stato, preso atto del mancato intervento regionale, si sostituisce per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, così come previsto dall'articolo 117, co. 2, lettera m) Cost. Com'è noto la formulazione dopo la modifica del 2001 prevede che lo Stato si sostituisca «quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali». Il tema del potere sostitutivo alla luce del nuovo articolo 120 Costituzione è stato ampiamente studiato dalla dottrina, sul punto tra gli altri G. VERONESI, *Il regime dei poteri sostitutivi alla luce del nuovo art. 120, comma 2, della Costituzione*, in "Istit. del Federalismo", n. 5, 2002, p. 739 ss. A. ANZON, *I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale. Il nuovo regime e il modello originario a confronto*,

Sul punto la Corte costituzionale ha considerato che «l'operato del Commissario ad acta (...) sopraggiunge all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali».⁴⁸⁵

La previsione del potere sostitutivo statale, nel caso di mancato rispetto del Piano di rientro deve, pertanto, considerarsi costituzionalmente legittima, in quanto «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».⁴⁸⁶

Sulla base di queste premesse ricostruttive, l'esercizio del potere sostitutivo e la nomina del Commissario ad acta, hanno le caratteristiche di «straordinarietà» sancite dalla Costituzione. La scelta di nominare un Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro rispetta i noti parametri, che la giurisprudenza costituzionale e la dottrina hanno

Giappichelli, Torino, 2002. Per una ricostruzione sulla giurisprudenza nei primi anni dopo la riforma vedi C. MAINARDIS, *Nuovo Titolo V e poteri statali: La prospettiva della giurisprudenza costituzionale* in Id. (a cura di), *Poteri sostitutivi statali e autonomia amministrativa regionale*, Giuffrè, Milano 2007. M. BELLETTI, *Poteri statali di garanzia e decisione ultima, commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in atti del Convegno *Dieci anni dopo più o meno autonomia regionale?*, svoltosi a Bologna il 27 e 28 gennaio 2011. C. CARAVITA, *La Costituzione dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2002, passim.

⁴⁸⁵Sentenza Corte cost. n. 28 del 2013.

⁴⁸⁶ Sentenza Corte cost. n. 71 del 2004, punto 5 del considerato in diritto. In quest'ultima pronuncia, il Giudice delle leggi ha richiamato la nota sentenza n. 43 del 2004, con cui si erano individuati i principi per cui lo Stato si può sostituire alle Regioni al fine di garantire «gli interessi unitari affidati alla finale responsabilità dello Stato». Per una riflessione sulla sentenza Corte cost. n. 43 del 2004, in merito al potere sostitutivo da parte dello Stato, T. GROPPI, *Nota alla sentenza n. 43 del 2004*, in "Forum Quad. Cost.", 24 maggio 2004, p. 4. «La sentenza n. 43, 2004 ha quindi dato un fondamentale contributo alla interpretazione dell'art. 120, comma 2, privilegiando, tra le varie ipotesi avanzate dalla dottrina, quella volta a configurarlo come vera e propria norma di chiusura di un sistema ad alto grado di decentramento». R. BIFULCO, *Sostituzione e sussidiarietà nel nuovo Titolo V: note alla sentenza n. 43 del 2004*, in "Giur. It.", n. 1, 2005, p. 5 ss.

⁴⁸⁶ La l. 5 giugno 2003, n. 131 è intervenuta per determinare le modalità di attuazione dell'articolo 120, co. 2, Cost. nella formulazione dopo l'entrata in vigore della legge n. 3 del 2001.

individuato per l'esercizio del potere sostitutivo da parte dello Stato, sia prima sia dopo la modifica del Titolo V Costituzione.⁴⁸⁷

La mancata attuazione del Piano di rientro provocherebbe un aumento del deficit economico nei bilanci della sanità regionale, tale da porre a rischio l'unità economica e giuridica dello Stato. In particolare, la non corretta allocazione delle risorse inciderebbe negativamente sul rispetto dei livelli essenziali erogati ai cittadini residenti nella Regione. La tesi, per cui la mancanza del carattere di straordinarietà potrebbe ricavarsi dal fatto che la sostituzione si «protrae nel tempo»,⁴⁸⁸ non sembra tenere in considerazione che solo l'attuazione completa del Piano potrà far venir meno la straordinarietà della situazione, che ha imposto di esercitare il potere sostitutivo. Il Governo, nell'espletamento di tale potere, per garantire l'attuazione del Piano, opera non a tutela di un interesse statale ma di un interesse generale, la cui cura è affidata allo Stato dalla Costituzione.⁴⁸⁹

⁴⁸⁷ Cfr. C. TUBERTINI, *Appunti sulle problematiche istituzionali degli interventi sostitutivi*, in Astrid online.

⁴⁸⁸ Così F. MERLONI, *Una definitiva conferma della legittimità dei poteri sostitutivi regionali*, in "Le Regioni", n. 4, 2004, pp. 1074-1083.

⁴⁸⁹ Così G. FONTANA, *L'incostituzionalità delle interferenze regionali sui poteri commissariali del presidente della giunta*, in "Giur. Cost.", fasc. 2, 2011, p. 1196 B. Della stessa opinione F. GHERSI, A. TARDIOLA, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del Ssn*, in, a cura di, C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA, *La Sanità in Italia, Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, 2010 cit. p. 33 «Il decreto legge n. 159 del 2007, convertito dalla legge n. 222 del 2007, che ha istituzionalizzato l'intervento del Commissario ad acta nell'ambito degli strumenti di attuazione dei Piani di rientro dal disavanzo sottoscritti dalle Regioni. È da notare che tale decreto prevedeva anche che il Commissario dovesse essere scelto tra persone estranee all'amministrazione regionale, e quindi escludeva la possibilità di nomina del Presidente della Regione, e che la nomina durasse per l'intero periodo di vigenza del piano di rientro. La disposizione sull'incompatibilità tra la nomina a Commissario e qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta al commissariamento è stata poi soppressa dall'articolo 79, comma 3 del decreto legge n. 112 del 2008, convertito dalla legge n. 133 del 2008».

Qualche perplessità deve rilevarsi nella scelta di individuare nella persona del Presidente della Regione il Commissario ad acta da parte del Governo.

In tal caso il Commissario ad acta potrebbe essere chiamato a controllare e, in ipotesi, sospendere atti adottati anche con il concorso della propria attività in qualità di Presidente della Giunta Regionale, realizzando così una sovrapposizione tra la responsabilità politica ed amministrativa.⁴⁹⁰

Si pensi al mancato rispetto di quanto disposto dal Piano di rientro, ove potrebbe risultare assai difficile dimostrare se l'assunzione di determinate scelte debba imputarsi alla persona del Presidente della Regione o a questo nelle vesti di Commissario ad acta.⁴⁹¹

Sul punto, con una disposizione profondamente innovativa del precedente regime, il patto della salute per il 2014-2016, all'articolo 12, co. 2, prevede che, nel caso in cui si debba ricorrere alla nomina di un commissario, questo è «incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento». Inoltre, il candidato alla nomina deve possedere

E. JORIO, *La Corte dei Conti boccia i Piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in "Federalismi", n. 2, 2010, in cui si esprime un giudizio critico nei confronti dei «commissari ad acta "fatti in casa"».

⁴⁹¹ In questo senso cfr. M. BELLETTI, *I "livelli essenziali delle prestazioni" alla prova del "coordinamento della finanza pubblica". Alla ricerca della perequazione perduta*, 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 sanitari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014, p. 141. cfr., tra le altre, sentenza Corte cost. n. 219 del 2013, punto in diritto n. 2.2 «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».

«qualificate e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza ottenuti».

La previsione, contenuta nel patto per la salute, è da collocarsi nell'ottica di evitare sovrapposizioni di incarichi che potrebbero influenzare l'effettiva attuazione del Piano di rientro.

3.1. La nomina e gli atti del Commissario ad acta nella giurisprudenza della Corte costituzionale

Uno dei profili di maggior interesse, in ordine alla figura del Commissario ad acta per l'attuazione dei Piani di rientro, è da rintracciare nei poteri che a questi sono attribuiti.

La Corte costituzionale si è pronunciata in più occasioni sia in via incidentale, in seguito al contenzioso sorto per gli atti assunti dal Commissario ad acta, sia in via diretta avverso le previsioni legislative regionali finalizzate a limitare l'attività del Commissario ad acta. Se da una parte alcune Regioni non hanno provveduto ad organizzare in modo efficiente il servizio sanitario, tanto da dover poi sottoscrivere un Piano di rientro, dall'altra hanno tentato, mediante l'adozione di leggi regionali, di limitare l'attuazione del Piano ed i poteri del Commissario ad acta.

Sul punto si registrano alcune pronunce della Corte costituzionale in merito alle disposizioni legislative finalizzate a limitare i poteri del Commissario ad acta. Una giurisprudenza che mostra, altresì, lo scontro tra alcuni dei Consigli regionali interessati e le disposizioni legislative finalizzate a limitarne le competenze. In tal senso è da annoverare l'articolo 85 della legge regionale del Lazio n. 14 dell'11 agosto 2008, in cui si prevedeva che «allo scopo di salvaguardare, in via di autotutela, l'autonomia legislativa, regolamentare, amministrativa, finanziaria e di bilancio della Regione, non possono essere apportate modifiche a disposizioni finanziarie, di bilancio e contabili della Regione da parte di soggetti diversi dal Consiglio regionale, dal Presidente della Regione e dalla

Giunta regionale». Con la sentenza n. 2, del 14 gennaio 2010, il giudice delle leggi si è pronunciato a tutela del ruolo del Commissario ad acta da eventuali interferenze da parte delle Regioni, statuendo che qualunque previsione legislativa regionale, finalizzata a porre dei limiti all'azione del Commissario ad acta si pone in contrasto «con l'articolo 120, co. 2, Costituzione».⁴⁹²

Invero, se il Commissario ad acta non può esercitare in modo compiuto i poteri che gli sono conferiti per la realizzazione del Piano, ci si troverebbe dinanzi ad un «commissario depotenziato» che non potendo assolvere all'incarico attribuitogli non eserciterebbe il potere sostitutivo dello Stato.⁴⁹³

Il *punctum crucis* attiene al rapporto tra il potere sostitutivo del Governo e l'esercizio della competenza legislativa regionale. In particolare, la questione, nella sentenza in oggetto, verteva sulla possibilità, per gli

⁴⁹² La Regione Lazio ha sottoscritto il proprio Accordo con lo Stato nel febbraio 2007, successivamente il Governo ha nominato il Commissario *ad acta* in forza dell'articolo 4, co. 2, del decreto legge n. 159 del 2007. M. BELLETTI, Testo provvisorio della relazione, *Poteri statali di garanzia e decisione ultima, commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in *Atti del Convegno Dieci anni dopo più o meno autonomia regionale ?*, organizzato dall'ISGRE e da Il Mulino, Bologna, 27-28 gennaio 2011. F. MERLONI, *Una definitiva conferma della legittimità dei poteri sostitutivi regionali*, in "Le Regioni", n. 4, 2004, pp. 1074-1083. G. AVANZINI, *Il commissario straordinario*, Torino, Giappichelli, 2013.

⁴⁹³ Contro 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, p. 6, «Dovrebbe ritenersi escluso che il Governo possa incidere direttamente in via normativa, legislativa o regolamentare, su singoli atti degli organi sostituiti, alterandone la natura giuridica originaria. Nella materia in esame invece risalta un complesso e diretto intervento legislativo statale, che presenta i tratti propri sia della sostituzione sia dell'appropriazione in via legislativa delle competenze amministrative regionali in materia sanitaria. Su tale base 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 interessata all'asserito scopo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria».

organi regionali, una volta intervenuta la nomina del commissario ad acta, di adottare atti legislativi finalizzati a ridurre il deficit sanitario (una sorta di volontà tardiva rispetto all'ormai intervenuta attività sostitutiva del Governo).⁴⁹⁴ Un'ipotesi negata dalla Corte che considera conforme a Costituzione la limitazione all'autonomia legislativa regionale esprimendosi in questi termini: «deve essere preliminarmente 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».⁴⁹⁵

Il giudice delle leggi ha avuto modo, altresì, di specificare in successive decisioni che la possibilità d'intervento da parte del commissario non è legata all'assunzione di provvedimenti finalizzati a dettare le linee guida nell'attuazione del Piano, ma all'adozione di scelte di dettaglio, sostituendosi così agli organi della Regione.⁴⁹⁶

Una sentenza esemplificativa di questo orientamento è la sentenza Corte cost. n. 78 del 2011.⁴⁹⁷ In quest'occasione il Giudice delle leggi si è pronunciato sulla costituzionalità degli articoli 31, 32, 33 della legge n. 8

⁴⁹⁴ F. DAL CANTO, *Nota a Corte costituzionale*, 11 gennaio 2010, n. 2 in "Giur. Cost.", fasc.1, 2010, p. 44 ss.

⁴⁹⁵ Punto in Diritto n. 4.

⁴⁹⁶ Così anche la giurisprudenza del Consiglio di Stato, si vedano le massime della sentenza Consiglio di Stato sez. III 28 ottobre 2013 n. 5174 e Consiglio di Stato sez. III, 6 giugno 2013 n. 3118, e le rispettive massime, in "Foro Amministrativo", n. 6, 2013, p. 1553 e in "Foro Amministrativo" n. 10, 2013, p. 2716, «figura del Commissario ad acta al quale, peraltro, la legge affida poteri straordinari di gestione appunto ad acta ma non sul sistema sanitario regionale nel suo complesso, che resta di competenza della Regione; quest'ultima è in effetti incisa da quei provvedimenti commissariali in quanto ad essa riconducibili negli effetti posto che, comunque, essi sono attuativi delle determinazioni regionali, primarie e secondarie, alle quali sono comunque vincolati; ne discende che non può disconoscersi la legittimazione e l'interesse concreto e diretto in capo alla Regione a tutelarsi in sede giurisdizionale appellando una sentenza del giudice di primo grado che aveva annullato un decreto commissariale».

⁴⁹⁷ Cfr. G. FONTANA, *Nota a: Corte costituzionale, 11 marzo 2011, n. 78, L'incostituzionalità delle interferenze regionali sui poteri commissariali del presidente della giunta*, in "Giur. Cost.", Fasc. 2, 2011, p. 1196 ss.

del 2010 della Regione Molise (rubricata «Disciplina sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo dell'Azienda sanitaria regionale»). Le previsioni contenute in questa disposizione legislativa avrebbero impedito un puntuale controllo da parte del commissario ad acta.

Secondo la legge, testé citata, la Giunta regionale avrebbe dovuto esercitare il controllo in ordine agli atti del Direttore generale dell'Azienda sanitaria regionale (art. 31, co. 2,); deliberare la risoluzione del contratto con il Direttore generale e la sua contestuale sostituzione, qualora questi non avesse provveduto nei termini all'adozione del bilancio o alla proposta per la copertura della perdita d'esercizio (art. 31, comma 8, lett. c); verificare mediante visto gli atti del Direttore generale, adottati in punto di bilancio e di riequilibrio della situazione economica (art. 32). Inoltre era stato previsto che fosse la Regione a svolgere l'attività di controllo e di vigilanza sugli atti di programmazione dell'azienda sanitaria regionale, sia sotto il profilo di bilancio, sia sotto quello gestionale di analisi e verifica dei risultati raggiunti (art. 33).

La Corte è intervenuta dichiarando l'incostituzionalità degli articoli 31, commi 2, 3 e 8, lettera c), 32 e 33 della legge «nella parte in cui non escludono dall'ambito della loro operatività le funzioni e le attività del Commissario ad acta nominato dal Governo per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo regionale in materia sanitaria». Con i poteri conferiti dalla legge regionale alla Giunta, in materia di valutazione e nomina dei dirigenti sanitari, si sarebbe sottratta la possibilità al Commissario ad acta di poter agire liberamente ed in modo efficace nell'esercizio del proprio mandato sostitutivo, così come disposto dal Governo in virtù dell'art. 120, co. 2, Cost.

La Corte ha confermato l'orientamento per cui il contrasto di siffatte disposizioni regionali con l'art. 120 Cost. risiede, secondo la Consulta, nelle «interferenze» che la legislazione regionale determinerebbe

nei confronti del lavoro svolto dal Commissario ad acta.⁴⁹⁸

La Corte, riprendendo alcuni spunti già presenti nella giurisprudenza precedente, ha specificato che la legittimazione del potere sostitutivo dello Stato nella materia *de qua* trova il proprio fondamento (e presupposto) nell'inerzia degli organi regionali, che non hanno adottato provvedimenti per raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano di rientro.⁴⁹⁹

Il giudice delle leggi ha confermato la necessità di garantire, da un lato, l'unità economica e giuridica della Repubblica, ovvero degli interessi «naturalmente» facenti capo allo Stato,⁵⁰⁰ e dall'altro i livelli essenziali di assistenza. In tal modo il Commissario ad acta è stato, per così dire, posto al riparo da interferenze degli organi regionali fino alla completa attuazione del Piano di rientro sottoscritto dalla Regione con lo Stato.⁵⁰¹

In particolare, nell'accogliere il ricorso presentato dal Governo nei confronti della Regione Campania, la Consulta ha confermato che se la legislazione regionale interferisce con quanto previsto dal Commissario mediante i suoi decreti allora si avrà una violazione dell'articolo 120 Cost. La premessa, da cui muove la Corte, è rappresentata dal fatto che la Regione ha concordato il Piano di rientro con lo Stato. La nomina del Commissario ad acta è successiva non solo al mancato rispetto di tale Piano, ma anche alla preventiva richiesta di adottare provvedimenti volti a modificare una situazione che vede la Regione in una condizione di disavanzo tale da non permetterle di garantire i livelli essenziali e di porre

⁴⁹⁸ Si veda sentenza Corte cost. n. 2 del 2010.

⁴⁹⁹ Sentenza Corte cost. n. 28 del 2013.

⁵⁰⁰ Punto 3.3, considerato in diritto, della sentenza della Corte cost. n. 43 del 2004. D'altra parte in una più ampia riflessione è possibile considerare che «Dalla revisione costituzionale si ricava un ampliamento dell'autonomia regionale, specialmente per quanto attiene al profilo organizzativo dei Servizi sanitari regionali (...) Ciò non significa che il ruolo statale abbia perso di significato, per contro esso assume il senso della garanzia istituzionale che consente l'esercizio decentrato di funzioni strettamente connesse con un fondamentale diritto di cittadinanza» così R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in "Quad. Reg.", n. 3, 2008, p.1039.

⁵⁰¹ Nella sentenza Corte cost. n. 28 del 2013 richiama la sentenza Corte cost. n. 78 del 2011.

in pericolo l'unità giuridica del Paese.

Il giudice delle leggi è tornato sul punto, mettendo in risalto le premesse teorico-giuridiche già sancite e dichiarando costituzionalmente illegittime, per contrasto con l'articolo 117, co. 3, e 120, co. 2, Cost., le disposizioni legislative regionali che mirano a «condizionare» l'operato del commissario su specifici atti d'intervento.⁵⁰²

In tal senso, ad esempio, allorquando si era prevista con legge regionale la stabilizzazione di personale non dirigenziale in servizio a tempo determinato nel settore sanitario. In tal modo, secondo il giudice delle leggi, si sarebbe determinata una diretta interferenza con le funzioni e le attività del commissario.⁵⁰³

L'orientamento giurisprudenziale della Corte è condivisibile in quanto il potere sostitutivo esercitato dallo Stato, in questa circostanza, non può che essere considerato l'estrema *ratio* rispetto all'ipotesi di inerzia regionale. Le Regioni interessate dall'intervento statale avrebbero avuto la possibilità di adottare provvedimenti per correggere una situazione di deficit, prodotta da una cattiva gestione, così da garantire i livelli essenziali come avviene nelle Regioni non interessate da un deficit elevato. Inoltre, una volta sottoscritto l'Accordo con lo Stato, sarebbe stato doveroso per gli organi regionali provvedere all'attuazione del Piano. In mancanza di questi provvedimenti, financo sollecitati con una diffida da parte del Governo, sembra davvero arduo affermare che la nomina del

⁵⁰² In particolare ci si riferisce alla sentenza Corte cost. n. 180 del 2013 che ha messo in rilievo alcuni dei punti già trattati nella precedente sentenza Corte cost. n. 28 del 2013. L. R. CORRADO, *Bocciato lo spostamento di risorse già destinate alla copertura del debito sanitario della Campania*, in "Diritto & Giustizia", fasc. 1, 2013, p. 1023. Nella sentenza la Corte tratta due profili di illegittimità, entrambi inerenti la legge finanziaria regionale per il 2012. Il primo è attinente all'elusione degli obblighi assunti in sede di piano di rientro da parte della Regione Campania. Sussiste un'elusione dei vincoli rispetto all'impegno finanziario assunto. La censura da parte della Corte si basa sulla violazione del principio di coordinamento della finanza pubblica.

⁵⁰³ Sentenza Corte cost. n. 110 del 5 maggio 2014 in cui la Consulta ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 1, commi 1, 2, e 3 della legge Regione Calabria n. 12 del 2013.

Commissario ad acta possa profilare una violazione del principio di leale collaborazione o la lesione dell'autonomia regionale.

3.2. Riflessioni critiche sul potere “normativo” del Commissario ad acta

Da quanto fin qui detto si comprende come lo Stato, nell'intervenire secondo quanto previsto dall'articolo 120, co. 2, Cost., esercita una compressione (costituzionalmente prevista) dell'autonomia regionale.

A tal proposito, un aspetto dibattuto è da individuare nella previsione legislativa che attribuisce al commissario il potere di adottare 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».⁵⁰⁴

In virtù di suddetta previsione è stato sostenuto che il Commissario ad acta, sostituendosi al consiglio regionale, possa adottare anche atti di natura legislativa.

Il tema non è nuovo, si pensi agli interrogativi posti dalla formulazione dell'art. 120, co. 2, Cost. a seguito della novella costituzionale del 2001. In particolare, la dottrina si era interrogata sulle forme di esercizio e sui limiti del potere sostitutivo del Governo.⁵⁰⁵

Il legislatore, forse sollecitato dalle differenti interpretazioni sul punto, è intervenuto con il d.l. n. 98 del 2011 (convertito in legge n. 111 del 2011) con cui si è modificato l'articolo 2, co. 80, della legge n. 191 del

⁵⁰⁴ Art. 2, co. 83, della l. 23 dicembre 2009, n. 191.

⁵⁰⁵ Prima dell'entrata in vigore delle disposizioni in materia di Piani di rientro in questo senso 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, p. 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 www.associazionedeicostituzionali.it. Si condivide in tal senso l'interpretazione del potere sostitutivo come *extrema ratio*, R. BIN, G. FALCON, *Diritto Regionale*, Il Mulino, 2012, p.104 ss.

2009. L'intervento modificativo prevede che nell'eventualità in cui il Commissario ad acta dovesse rinvenire ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi in contrasto con il Piano di rientro, deve provvedere a darne immediata segnalazione al Consiglio regionale, che «apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga».

Nel caso in cui il Consiglio Regionale non intervenga entro i termini indicati o lo faccia in modo parziale «il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli».

La soluzione adottata dal legislatore risponde, del resto, alle indicazioni di una parte della dottrina che, dopo l'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3 del 2001, aveva ritenuto che il potere sostitutivo del Governo nei confronti delle leggi regionali possa essere esercitato solo «a mezzo di un decreto legge» al fine di rispettare la corretta corrispondenza qualitativa delle fonti.⁵⁰⁶

Sul punto la Corte ha già avuto modo di pronunciarsi nelle sentenze Corte cost. n. 2 e Corte cost. n. 361 del 2010.⁵⁰⁷ Nel primo caso, il giudice

⁵⁰⁶ 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 Convegno A.I.C. Il nuovo titolo V parte II della Costituzione, in "Rivista A.I.C.", 14 gennaio 2002,

⁵⁰⁷ Il caso è quello della Regione Calabria, per cui il Consiglio dei Ministri ha disposto il commissariamento della Regione ai sensi dell'articolo 120, co. 2, Costituzione nel consiglio del 17 dicembre 2009. La dottrina ha correttamente definito la "legge" come «pseudo-legge al limite della nullità-inesistente». A. CELOTTO, *commento alla sentenza n. 361/2010, Postilla in tema di abrogazione «eliminativa»*, in "Giur. Cost.", fasc. 6, 2010, p. 5099 ss. Il Presidente della Regione Calabria ha nel caso in esame posto in essere un atto che non poteva essere compiuto con i poteri conferitigli di commissario *ad acta*. Anche se il Governo nel decreto di nomina ha fatto riferimento a "poteri legislativi", questi non possono in alcun modo essere attribuiti in capo al Commissario e neanche può essere giustificata un'eventuale decisione di questo tipo, anche ove fosse stata assunta in buona fede. Di parere diverso A. PACE, *Postilla: La legge incostituzionale come legge nulla ma esistente e una legge per decreto davvero inesistente* in "Giur. Cost.", fasc. 6, 2010, p. 5100, «È però altrettanto vero che assai probabilmente lo ha fatto in buona fede, essendo stato indotto in errore dallo stesso Governo in quanto nel decreto di conferimento dei poteri commissariali si faceva riferimento anche alla possibilità di esercitare poteri legislativi». Una possibile giustificazione in ordine alla decisione assunta dal

delle leggi è giunto ad una conclusione interpretata dalla dottrina quale apertura nei confronti del riconoscimento, in capo al Commissario ad acta, di un potere normativo di rango primario.⁵⁰⁸ Di diverso tenore, invece, gli esiti della seconda delle richiamate pronunce.⁵⁰⁹

Presidente della Regione sarebbe da rinvenire all'interno del testo del decreto che afferma «Il Presidente del Consiglio dei Ministri, nella riunione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2009, visto l'art. 120 Cost. e l'art. 8, comma 1 l. 5 giugno 2003, n. 131, delibera: «A) di nominare: il Presidente pro-tempore della Regione Calabria quale Commissario ad acta per la piena attuazione dell'Intesa sancita in data 1 aprile 2009, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Stato, regioni ed enti locali, concernente misure per il rilancio dell'economia attraverso l'attività edilizia. Il commissario è incaricato di dare attuazione, nel territorio della Regione Calabria, entro trenta giorni dalla comunicazione o notifica della presente delibera, all'Intesa sancita in data 1 aprile 2009, ponendo in essere ogni idonea attività, anche di “natura legislativa” ispirata preferibilmente ai seguenti obiettivi: a) regolamentare interventi - che possono realizzarsi attraverso piani/programmi definiti tra Regioni e Comuni - al fine di migliorare anche la qualità architettonica e/o energetica degli edifici entro il limite del 20% della volumetria esistente di edifici residenziali uni-bi familiari o comunque di volumetria non superiore ai 1000 metri cubi, per un incremento complessivo massimo di 200 metri cubi, fatte salve diverse determinazioni regionali che possono promuovere ulteriori forme di incentivazione volumetrica, ecc». La Corte ha confermato correttamente in questo caso come l'atto adottato da parte del Commissario ad acta non possa rientrare tra le fonti di rango primario. Secondo il collegio difatti, l'atto commissariale «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*, Giuffrè, Milano 2012, p. 134.

⁵⁰⁸ Nella sentenza Corte cost. n. 2 del 2010 la Corte ha ritenuto «Illegittima la scelta di riservare esclusivamente agli organi ordinari della Regione la modifica delle “disposizioni finanziarie, di bilancio e contabili”, pur quando esse presentino profili di interferenza con l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, risolvendosi in un obiettivo svuotamento dei poteri del Commissario *ad acta*, e, dunque, in una violazione dell'art. 120, secondo comma, Costituzione» sembrando così ammettere il riconoscimento di poteri normativi al commissario *ad acta*, così M. MINCHETTI, *Titolo V e potere sostitutivo statale. Profili ricostruttivi ed applicativi*, reperibile al sito internet www.issirfa.cnr.it, 2012. Per un'interpretazione in tal senso della sentenza Corte cost. n. 2 del 2010 si veda anche F. DAL CANTO, *Nota a Corte costituzionale, 11 gennaio 2010, n. 2*, in “Giur. Cost.”, fasc. 1, 2010, p. 44; in giurisprudenza v. ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale, T.A.R. per il Molise n. 727 del 2013 punto 6, cit. «È noto che nella precedente sentenza n. 2, 2010 la Corte costituzionale aveva manifestato delle aperture in ordine alla possibilità di esercizio di poteri sostitutivi normativi».

⁵⁰⁹ R. DICKMANN, *La corte (si) chiarisce: i Commissari ad acta non possono esercitare poteri sostitutivi in via normative. (nota a Corte Cost., 17 dicembre 2010, n. 361)*, in

A dimostrazione della complessità del tema e delle diverse posizioni in concreto sostenibili, si segnala, da ultimo, l'ordinanza n. 727 del 2013, con cui il T.A.R. per il Molise ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 2, co. 83, della legge n. 191 del 2009, nella parte in cui attribuisce al Commissario ad acta «un potere di sostituzione di natura legislativa o comunque normativa con forza di legge».⁵¹⁰

3.3. I poteri del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro nelle Regioni a Statuto speciale

Come evidenziato, l'esercizio dei poteri esercitati dal Commissario ad acta, nei limiti e nel rispetto del Piano di rientro, non determina la violazione dell'articolo 120, co. 2, Cost. o dei principi di autonomia sanciti in Costituzione. Piuttosto, tale nomina, rappresenta una forma di garanzia «forte» tanto dell'unità giuridico-economica del Paese, quanto dei livelli essenziali di assistenza.

Sotto questo profilo, l'individuazione, nella persona del Presidente della Regione, del Commissario nominato per l'attuazione del Piano di rientro finiva per creare più problemi di quanto intendeva risolverne. Una decisione di questo tipo poteva ridimensionare l'incisività del potere sostitutivo esercitato dallo Stato nei confronti degli organi regionali incapaci di adottare scelte efficaci.⁵¹¹

In tal senso appare corretta la scelta, assunta in sede di Patto per la salute 2014-2016, di assegnare i poteri di Commissario ad acta a chi non

“Federalismi”, n. 2, 2011. Si segnalano primi commenti alla sent. n. 361 del 2010 di A. RUGGERI, *Dalla giurisprudenza di fine anno una opportuna precisazione in tema di disciplina (con legge costituzionale) delle fonti*, in www.forumcostituzionale.it. A. D'ATENA, *La giurisprudenza costituzionale 2008-2010*, p. 320 in Id. (a cura di), *Sesto rapporto sullo stato del regionalismo in Italia*, Giuffrè, Milano, 2011.

⁵¹⁰ Punto in diritto n. 1.

⁵¹¹ E. JORIO, *I nuovi governatori regionali di fronte al debito della sanità ereditata*, in “Federalismi”, n. 6, 2010, p. 7.

ricopre un incarico istituzionale nella Regione interessata dal Piano.⁵¹² Una previsione che permette una migliore autonomia dagli organi politici regionali nell'ottica di una sostituzione piena dello Stato, quanto più separata da ogni condizionamento locale, senza che questo possa significare una lesione del principio di leale collaborazione.⁵¹³

Non sembra, pertanto, condivisibile l'orientamento dottrinale che auspica l'assunzione delle scelte di dettaglio per l'attuazione del Piano di rientro in piena condivisione con la Regione.⁵¹⁴

Il potere sostitutivo interviene dopo un formale tentativo di indurre la Regione interessata ad assumere dei provvedimenti in grado di garantire il rispetto dei livelli di assistenza previsti con legge dello Stato.

In assenza di tali provvedimenti, ed una volta nominato il Commissario ad acta, deve essere considerato costituzionalmente illegittimo ogni tentativo della Regione di depotenziare i poteri di questo nell'attuare il Piano. Ogni atto, adottato in tal senso, deve essere interpretato come un'interferenza con l'esercizio del potere sostitutivo dello Stato. Un potere previsto dalla Costituzione in un quadro in cui anche l'autonomia regionale, ancorché valorizzata, trova nei principi costituzionali il proprio limite.

La previsione costituzionale sembra essere rintracciabile nell'ipotesi dei Piani di rientro e, in particolare, della nomina del Commissario a cui affidare l'attuazione di tali Piani, che al contempo rappresentano il limite ai poteri del Commissario ad acta. La mancata realizzazione del Piano può

⁵¹² La previsione per cui l'incarico di commissario ad acta possa essere affidato anche ad un soggetto diverso dal Presidente della Regione può essere rintracciata anche delle disposizioni contenute nell'articolo 2, co. 6, d.l. n. 174 del 2012 convertito in legge n. 213 del 2012. Già in precedenza un tentativo in tal senso era stato fatto con la previsione dell'articolo 79 d.l. n. 222 del 2008, poi superato dalla legge di conversione n. 133 del 2008.

⁵¹³ La non violazione del principio della leale collaborazione deriva da una corretta «messa in mora» dell'organo sostituito, per una riflessione in tal senso D. PICCIONE, *Gli enigmatici orizzonti dei poteri sostitutivi del governo: un tentativo di razionalizzazione*, in "Giur. Cost.", fasc. 2, 2003, p. 123.

⁵¹⁴ G. AVANZINI, *Il commissario straordinario*, op. cit. p. 128.

minare l'unità giuridica dello Stato ed il rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Tuttavia, la nomina del Commissario ad acta, non può costituire un alibi per il mancato rispetto degli obblighi assunti dalla Regione. L'obiettivo primario deve essere quello di sollecitare il Consiglio e la Giunta regionale ad assumere decisioni capaci di risolvere le problematiche provocate dall'adozione del Piano di rientro. Solo nel caso in cui ciò non si realizzi occorrerà fare ricorso all'esercizio del potere sostitutivo da parte dello Stato.

La nomina del Commissario, del resto, non può essere considerata necessaria solo per il fatto che sia stato concordato il Piano di rientro. Invero, tale nomina non discende dalla semplice adozione del Piano e dalla conseguente attuazione amministrativa da parte degli organi regionali. Essa, piuttosto, si inserisce nella fase, per così dire, emergenziale che si concretizza nell'inadempimento da parte della Regione.⁵¹⁵ La nomina del Commissario ad acta, ove dovesse essere considerata come normale conseguenza del Piano, stravolgerebbe la ratio dell'articolo 120, co. 2, Cost. soprattutto se interpretata come mezzo per assumere scelte (da parte di un Commissario-Presidente) che non tengano in considerazione il consenso (o l'assunzione delle responsabilità) del Consiglio Regionale.⁵¹⁶

Solo la prassi istituzionale consentirà di valutare l'attuazione delle novità introdotte in sede di Patto per la salute 2014-2016, circa l'individuazione del Commissario ad acta in un soggetto distinto rispetto

⁵¹⁵ Così M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2012, p. 281.

⁵¹⁶ Sulla limitata applicazione dell'articolo 120 Cost. è possibile già notare che il testo di riforma costituzionale allo studio delle camere prevede un rinnovato rafforzamento del potere sostitutivo. Sull'importanza di questo rafforzamento in un sistema multilivello si veda R. 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*, Eurac book, Bolzano, 2015.

a chi ricopre incarichi di rappresentanza nella Regione.⁵¹⁷ In particolare, dovrà valutarsi l'esercizio che il Commissario ad acta farà dei poteri conferiti dallo Stato in una condizione emergenziale, finita la quale l'attuazione del Piano dovrà tornare di competenza degli organi regionali.

Sull'esercizio da parte del Commissario ad acta e dunque del potere sostitutivo da parte dello Stato nei confronti delle Regioni a Statuto speciale è condivisibile la tesi per cui anche a suddette Regioni si applica, senza eccezione, il potere sostitutivo.

Questo è un potere da collocare nel quadro delle norme costituzionali in materia di allocazione delle competenze ed è pensato al fine di garantire la possibilità d'intervento da parte degli organi centrali proprio per la tutela degli interessi unitari.⁵¹⁸ Ed è per questo che non è possibile ipotizzare una clausola di favore per le Regioni a Statuto speciale.⁵¹⁹ Un ragionamento che si comprende meglio se si considera che l'intervento da parte degli organi centrali avviene allorquando sussiste una condizione patologica.⁵²⁰ Non sarebbe ragionevole considerare che le Regioni a Statuto speciale possano essere sottratte al potere sostitutivo che si esercita nell'eventualità in cui si debba intervenire per risolvere una condizione di particolare criticità che la Regione non riesce a affrontare autonomamente.

Ciò detto, il ragionamento si completa anche con quanto espresso dalla Corte costituzionale negli anni più recenti, proprio in tema di Piani di rientro sanitari per le Regioni a Statuto speciale in cui è stata necessaria la nomina di un Commissario ad acta per il perdurare della sua mancata

⁵¹⁷ Il Patto è stato sottoscritto in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 10 luglio 2014.

⁵¹⁸ F. PIZZOLATO, *Potere sostitutivo e principio di sussidiarietà: alla ricerca della tutela degli «interessi unitari» prime considerazioni*, in "Nuove Autonomie", n. 3-4, 2004, p. 493 ss.

⁵¹⁹ Sentenza Corte cost. n. 236 del 2004.

⁵²⁰ Sul punto torna la Corte costituzionale con la sentenza Corte cost. n. 371 del 2008.

attuazione.

La fonte, nel caso dei Piani di rientro, è da rintracciare nel combinato disposto dell'art. 8, l. n. 131 del 2003, in attuazione dell'Art. 120 Cost. e di quanto previsto dalla l. n. 191 del 2009.⁵²¹

In conseguenza di ciò, sia dall'interpretazione effettuata in precedenza, sia da quanto affermato dalla Corte nell'attuazione dei Piani di rientro nelle Regioni a Statuto speciale in merito al potere sostitutivo, è possibile confermare che il sistema non può essere in alcun modo disgregato realizzando un regime in favore delle Regioni a Statuto speciale.⁵²²

4. Il Piano di rientro come limite alla mobilità sanitaria interregionale in presenza del principio di tutela della salute

Con la definizione di mobilità sanitaria interregionale si intende la possibilità per il cittadino residente in una Regione di ottenere l'erogazione di una prestazione sanitaria da parte di un'azienda sanitaria locale di un'altra Regione.

Il tema interessa la legislazione sui Piani di rientro in quanto un sistema sanitario regionale caratterizzato da una disorganizzazione nell'erogazione dei servizi produce come conseguenza la necessità per i cittadini, che qui vi risiedono, di dover usufruire del medesimo servizio da parte di un Sistema sanitario regionale differente.

Allo stesso tempo appare altresì chiaro che l'inefficienza nell'erogazione dei servizi sanitari può dar luogo ad un sistema distorto. Il riferimento è chiaramente alla corretta gestione del rapporto tra pubblico e privato nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Il tema è di stretta attinenza con l'adozione dei Piani di rientro e questo è possibile da

⁵²¹ La ricostruzione è rintracciabile anche nella sentenza Corte cost. n. 219 del 2013.

⁵²² M. G. PUTATURO DONATI, *Note in tema di esercizio del potere sostitutivo nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in "Federalismi", n. 21, 2014.

verificare anche mediante lo studio dei provvedimenti assunti da parte delle Regioni interessate. Le disposizioni sul Sistema sanitario nazionale avevano già previsto in precedenza le modalità con cui far fronte alla situazione della mobilità.⁵²³

Il fenomeno non può essere ritenuto marginale, soprattutto per alcune Regioni, si consideri come in alcuni casi il rimborso incide in modo non trascurabile nel bilancio della Regione di provenienza.⁵²⁴ Allo stesso tempo la fruizione da parte di molti utenti dei servizi sanitari nelle Regioni riceventi comporta conseguenze rilevanti in termini di organizzazione.

⁵²³ Il primo riferimento normativo che deve essere fatto è quello all'articolo 12, co. 3, del d.lgs. n. 502 del 1992, nella sua versione così come modificata dall'articolo 14 del d.lgs. n. 517 del 1993. La disposizione si riferisce al fondo sanitario nazionale che in tema di mobilità prevede che il finanziamento per le prestazioni erogate in caso di mobilità sanitaria debba essere compensato «in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le Regioni e le Province autonome». La disposizione si completa con quanto previsto dal successivo articolo 8-sexies, co. 8, del d.lgs. n. 502 del 1992 il quale stabilisce che in sede di Conferenza Stato-Regioni si definiscano i criteri per rimborsare le prestazioni erogate a cittadini residenti in Regioni differenti. Più in dettaglio la previsione prevede che «Il 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, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale».

⁵²⁴ In tal senso G. ZUCCATELLI, *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*, in "Monitor" n. 29, 2012 p. 6, «Per avere un'idea delle cifre in gioco, quando parliamo di mobilità di confine dobbiamo considerare che per la mobilità per i ricoveri per acuti nel 2008, su un totale di circa 2,4 miliardi di euro scambiati e più della metà sono stati scambiati tra regioni confinanti. Su questi scambi il privato pesa per circa un terzo, quando nella mobilità». Tra i dati a sostegno si veda tabella C dell'Accordo sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2014. Una considerazione sulla rilevanza del tema è stata effettuata anche dalla giurisprudenza, tra le tante nella sentenza, Cons. di Stato n. 495 del 2012, cit. «Al riguardo si deve, in primo luogo, osservare che, in linea generale, non può ritenersi irrilevante per una Regione che le prestazioni sanitarie vengano erogate in favore dei residenti nella stessa Regione ovvero in favore di residenti in altre regioni tenuto conto dell'interesse, proprio di ogni Regione, di soddisfare innanzitutto le esigenze sanitarie dei propri residenti»

A dimostrazione di una non marginalità del fenomeno si consideri il numero di Accordi che, ormai da diversi anni, le Regioni hanno sottoscritto per cercare di regolamentare i propri rapporti in ordine ai rimborsi delle prestazioni erogate.⁵²⁵ In alcuni casi, proprio in sede di Intesa, si è effettuato uno specifico riferimento alle Regioni in Piano di rientro ed alla necessità di addivenire ad un accordo sulla mobilità per facilitare percorsi di riqualificazione.⁵²⁶

Da ultimo, sul punto, il Patto per la salute 2014-2016 che all'articolo 9 commi 2, 3, 4, 5 interviene sugli Accordi finalizzati alla compensazione della mobilità interregionale prevedendone, tra l'altro, l'obbligatorietà. Gli Accordi, dovranno essere finalizzati a disciplinare le «modalità di compensazione dei costi dei ricoveri ospedalieri erogati da unità operative e/o strutture pediatriche».⁵²⁷ E' condivisibile l'idea per cui l'Accordo tra

⁵²⁵ Da ultimo, in ordine di tempo, quello sottoscritto tra la Regione Umbria e la Regione Lazio il 9 gennaio 2015. Per un confronto sui dati della mobilità sanitaria interregionale in alcune Regioni delle tre grandi aree del Paese si veda la Regione Lazio i dati reperibile sul sito internet www.mobilita-sanitaria.it Per la Regione Campania i dati reperibili sul sito internet www.sito.regione.campania.it. Per la Regione Piemonte www.sistemapiemonte.it Per la Regione Veneto www.statistica.regione.veneto.it Per la Regione Puglia www.sanita.puglia.it.

⁵²⁶ Il riferimento è alla lettera c) dell'Intesa del 3 dicembre 2009 al punto 19 rubricato «mobilità interregionale». Dalla lettura del testo dell'Intesa è possibile comprendere alcuni aspetti peculiari. Il riferimento in merito alla mobilità non attiene ad una generica necessità di contenere un fenomeno, ma ne individua nei dettagli gli aspetti maggiormente peculiari. Il testo alla lettera a) stabilisce la necessità di «evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale». Una previsione da leggere in stretta connessione con la lettera d) che individua espressamente come un rischio e dunque come un fenomeno da tenere sotto stretto controllo «l'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda».

⁵²⁷ Sulla questione della mobilità interregionale era già intervenuto il Patto per la salute 2010-2012, G. CARPANI, *Il Patto per la salute 2010-2012; questioni vecchie e modalità nuove di governo condiviso e responsabile del servizio sanitario*, in "Amministrazione in Cammino", 28 novembre 2009. Per una valutazione ancora precedente si veda l'Accordo stipulato in sede di Conferenza Unificata il 3 dicembre 2009 che al punto 19 rubricato «Mobilità interregionale» sancisce che le Regioni entro tre mesi devono «tramite accordi (...) disciplinare la mobilità sanitaria al fine di: a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e

Regioni per una programmazione territoriale di area vasta può essere lo strumento attraverso cui i soggetti istituzionali possono riuscire a bilanciare correttamente le esigenze in questione.

Che il tema incroci la legislazione sui Piani di rientro è dimostrato da alcuni provvedimenti assunti per limitare questo fenomeno che, se non programmato, può avere delle conseguenze severe nella gestione dei bilanci delle Regioni in deficit.

Il caso di maggiore interesse è da rintracciare nel provvedimento assunto dal Presidente della Regione Campania nella sua funzione di Commissario ad acta per il Piano di rientro che al fine di ridurre la spesa ha adottato i decreti commissariali con cui ha stabilito che debba essere rilasciata una preventiva autorizzazione da parte dell'Asl di competenza per i cittadini residenti nella Regione Campania al fine di ottenere il rimborso delle prestazioni sanitarie effettuate nella Regione Lazio.⁵²⁸

La questione è stata oggetto di valutazione da parte del giudice amministrativo.⁵²⁹ In prima istanza il T.A.R. per la Regione Campania ha accolto i motivi di doglianze della ricorrente statuendo che si deve escludere che la Regione, ancorché per motivi inerenti le esigenze di bilancio, possa unilateralmente disciplinare la propria mobilità passiva. Sono diversi i motivi dei ricorrenti accolti dal giudice amministrativo, due

da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale; b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale; c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai Piani di rientro; d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda».

⁵²⁸ Prot. n. 30 del 15 marzo 2012, prot. n. 72 del 29 giugno 2012, prot. n. 134 del 10 ottobre 2012 e prot. n. 17 del 12 febbraio 2013. Una scelta che ha trovato conferma da ultimo nel decreto prot. n. 3 del 2014. Sulla scorta dei provvedimenti adottati dal Commissario.

⁵²⁹ L'AIOP per la Regione Lazio ha proposto ricorso per ottenere l'annullamento dei suddetti decreti del Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta.

di essi rappresentano il cuore della questione e lasciano intendere la più ampia complessità in ordine alle esigenze da bilanciare.⁵³⁰

Il primo aspetto considerato dai Giudici attiene all'eventuale violazione dei provvedimenti del Commissario ad acta rispetto al diritto della libertà di scelta della cura e della struttura sanitaria.⁵³¹ La valutazione attiene alla scorrettezza della decisione assunta, perché priva dell'Accordo tra la Regione Lazio e la Regione Campania censurando la decisione unilaterale del Commissario ad acta.⁵³² Appare interessante questo motivo perché si pone, a parti invertite, la medesima questione. In altre parole, la Regione che limita la mobilità passiva lo fa motivando questa scelta per l'esigenza di programmazione delle risorse, ma allo stesso tempo condiziona la Regione che ha organizzato la propria offerta anche su un flusso in entrata. L'argomento dei ricorrenti è che se la Regione programma i propri servizi con riferimento alle richieste il motivo dell'organizzazione deve essere fatto valere anche per la Regione da cui proviene la mobilità passiva.⁵³³

Secondo i ricorrenti l'adozione di un provvedimento unilaterale viola «i principi di legalità, eguaglianza, leale collaborazione e semplificazione». I ricorrenti hanno anche sostenuto che i provvedimenti adottati dal Commissario ad acta possano avere profili di contrasto con la disciplina della direttiva n. 2011/24/EU in materia di cure transfrontaliere,

⁵³⁰ Si tralasciano in questa sede tutti i motivi dell'accoglimento da parte del T.A.R. per la Regione Campania inerenti ad aspetti processuali o che non attengono alla questione oggetto della presente riflessione.

⁵³¹ Sul bilanciamento tra le esigenze di contenimento della spesa ed il diritto di ciascun paziente alla scelta della struttura sanitaria si veda la sentenza Corte cost. n. 236 del 2012.

⁵³² La preventiva autorizzazione è stata stabilita dal provvedimento del Commissario ad acta per le prestazioni sanitarie erogate nella sola Regione Lazio.

⁵³³ In ordine al bilanciamento tra la tutela del diritto alla salute ex art. 32 Cost. e le esigenze di programmazione si vedano sentenza Corte cost. n. 200 del 2005, e Corte cost. n. 248 del 2011.

un aspetto che è meritevole di essere segnalato a dimostrazione dell'importanza del tema.⁵³⁴

Il Consiglio di Stato ha riformato la pronuncia del T.A.R., e statuito che è legittimo il provvedimento del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Campania, sebbene sia un provvedimento che unilateralmente ha limitato la mobilità passiva dei cittadini di ottenere cure in altre Regioni.⁵³⁵

Nel riformare la sentenza di primo grado i giudici del Consiglio di Stato hanno inquadrato la questione anzitutto facendo riferimento ai principi organizzativi su cui si fonda l'assistenza sanitaria in Italia ed in particolare prendendo le mosse dai principi stabiliti dal d.lgs. 502 del 1992. Più in dettaglio prima di affrontare la questione nel suo *punto crucis* i giudici hanno premesso che non è possibile programmare una spesa senza porsi alcun limite e «avendo riguardo soltanto ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza»; e che dunque «la spesa deve 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». Il Consiglio di Stato ha tenuto conto del principio di libertà dei cittadini nello scegliere quale struttura sanitaria reputano più idonea per ottenere l'erogazione della prestazione, in bilanciamento con la necessità di programmare l'attività attraverso un piano regionale capace di migliorare la spesa sanitaria così da ottenere un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse sia per garantire un servizio efficiente e così capace di garantire i LEA.

⁵³⁴ In merito ad una riflessione sulla direttiva 2011/24/UE, sia concesso rinviare ad A. PATANÈ, *La tutela della salute dei cittadini dell'Unione Europea nelle prestazioni sanitarie transfrontaliere. Il decreto legislativo n. 38 del 2014 in attuazione della direttiva 2011/24/UE e le possibili conseguenze per il Servizio sanitario regionale*, in A. CIANCIO (a cura di), *Nuove strategie per lo sviluppo democratico e l'integrazione politica in Europa*, Aracne, Roma, 2014. Più in generale sulle cure transfrontaliere G. URBANO, *Diritto alla salute e cure transfrontaliere*, Giappichelli, Torino, 2009.

⁵³⁵ Si veda sentenza Consiglio di Stato n. 296 del 2014.

Nel caso in specie non è dunque in discussione la possibilità per una Regione di assumere delle scelte che riducano i servizi sanitari (senza intaccare i livelli essenziali); piuttosto la necessità è quella di evitare che i cittadini ricorrano, senza una reale esigenza, a prestazioni sanitarie in Regioni diverse dalla propria e così facendo realizzino uno spreco di risorse economiche ed organizzative della Regione di residenza.

Il Consiglio di Stato ha ben inquadrato la questione statuendo che «rilevano intuibili esigenze di natura economico finanziaria a tutela dell'erario» ma anche che sussistono esigenze «di parità di trattamento dei cittadini/utenti». La conclusione è che il provvedimento del Commissario ad acta non contrasta con il principio di libera scelta del cittadino in quanto tale previsione è contemplata «da norme nazionali e regionali, si riferisce a prestazioni prive di complessità e ad alto rischio di inappropriatezza (...) che i cittadini campani ben possono ottenere nelle strutture sanitarie della Regione, essendo previsto comunque il rilascio dell'autorizzazione in casi, predeterminati, oggettivamente di necessità».

Il tema della tutela della salute attiene all'organizzazione delle autonomie locali così come previsto dal dettato costituzionale e dalla legislazione in materia. La questione della mobilità sanitaria è però interessata anche da alcuni provvedimenti adottati dall'Unione europea che potrebbero avere delle conseguenze per i sistemi sanitari degli Stati, e nello specifico caso italiano proprio per le Regioni interessate dal deficit sanitario.

Com'è noto la competenza dell'Unione Europea in tema di tutela della salute è «subalterna rispetto a quella primaria degli Stati membri»⁵³⁶ in tema di organizzazione del servizio sanitario e rientra tra quelle del terzo tipo, in cui cioè l'Unione agisce al fine di «sostenere, coordinare e

⁵³⁶ Così A. ODDENINO, *Profili internazionali ed europei del diritto alla salute* in R. FERRARA, (a cura di) *Salute e sanità*, Giuffrè, Milano, 2010, p. 134.

completare» l'azione degli Stati.⁵³⁷ Gli organi dell'Unione Europea non si possono sostituire agli Stati nella tutela della salute.⁵³⁸

Da quanto stabilito dai Trattati ne deriva che l'Unione Europea non può determinare l'organizzazione di servizi sanitari o le politiche sanitarie degli Stati membri: quella dell'Unione rimane una competenza volta a garantire la cooperazione ed il completamento di politiche che trovano negli Stati gli attori giuridicamente competenti in materia.⁵³⁹ A tal proposito, già con il trattato di Maastricht, si era introdotto un riferimento alla tutela della salute, sancendo all'articolo 129 che la Comunità «contribuisce a garantire un livello elevato di protezione della salute umana, incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione».

Un esplicito riferimento è contenuto nella Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea che, ai sensi dell'art. 6 del TFUE, ha acquisito la medesima efficacia giuridica dei Trattati istitutivi.⁵⁴⁰ All'articolo

⁵³⁷ Art. 2 TFUE «In taluni settori e alle condizioni previste dai trattati, l'Unione ha competenza per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri, senza tuttavia sostituirsi alla loro competenza in tali settori». Ci si riferisce ad una competenza di terzo tipo per distinguerla dagli altri due casi; nel primo in cui l'Unione Europea ha una competenza ad adottare atti giuridici vincolanti a cui gli Stati membri devono dare attuazione; di secondo tipo quando gli Stati membri possono porre in essere atti giuridicamente vincolanti nella misura in cui non siano state adottate disposizioni da parte dell'Unione.

⁵³⁸ Un chiaro riferimento in tal senso è contenuto nell'articolo 168 (ex art. 152 TCE) del TFUE rubricato «sanità pubblica», al cui comma 7 si sancisce che «L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica»

⁵³⁹ Si veda 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*, Giuffrè, Milano, 1998, p. 60 ss.

⁵⁴⁰ Sul riconoscimento dei diritti sociali all'interno della Carta parte della dottrina ha però espresso un parere in senso critico, per la mutevolezza con cui il suo contenuto può essere applicato dai diversi Paesi, sul punto cfr. C. SALAZAR, *I diritti sociali nella carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea: un viaggio al termine della notte*, in G. FERRARI (a cura di) *I diritti fondamentali dopo la carta di Nizza*, Giuffrè, Milano, 2001.

35 della Carta si riconosce il diritto ai cittadini di accedere alla prevenzione sanitaria, ottenendo cure mediche secondo le condizioni previste dalla legislazione degli Stati in cui queste sono erogate. Questa previsione impone agli Stati di realizzare un migliore servizio di tutela sanitaria e di organizzazione dei sistemi sanitari.⁵⁴¹ Il Trattato di Lisbona introduce alcune novità in tema di tutela della salute,⁵⁴² ma non modifica in modo sostanziale la competenza unionale in ordine alla tutela della salute. Nel Trattato si ribadisce che è «responsabilità degli Stati membri la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate», così delineando in modo chiaro la sfera di azione degli organi dell'Unione europea.⁵⁴³

In questo quadro normativo si inserisce la direttiva 2011/24 EU.⁵⁴⁴ Suddetto provvedimento appare di notevole importanza in relazione al quadro generale in cui si inseriscono i Piani di rientro. La direttiva introduce delle novità nel sistema della mobilità sanitaria tra gli Stati dell'Unione Europea e, di conseguenza, in Italia inciderà sui Sistemi

⁵⁴¹ L'articolo 35 della Carta prevede che «Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». In merito al maggiore riconoscimento ottenuto da questa in seguito all'entrata in vigore del trattato di Lisbona cfr. M. FRAGOLA, *Il Trattato di Lisbona: che modifica il Trattato sull'Unione europea e il Trattato della Comunità europea*, Giuffrè, Milano, 2010, p. 14. Il dibattito sulla vincolatività della Carta all'interno degli ordinamenti interni rimane ancora aperto anche dopo l'adozione del Trattato di Lisbona, sul punto cfr., E. CASTORINA *Due profili del cammino per la Costituzione europea: tutela dei diritti e separazione dei poteri nel Trattato di Lisbona*, in *Studi in onore di Luigi Arcidiacono*, Vol., II, Giappichelli, Torino, 2010, p. 582; M. R. FERRARESE, *Il trattato di Lisbona e la grammatica dei diritti* in F. GUARRIELLO, M. CIVITARESE, S. P. PUOTI (a cura di), *Diritti fondamentali e politiche dell'Unione europea dopo Lisbona* Santarcangelo di Romagna Maggioli, 2013, p. 124. Interessanti spunti di riflessione in A. RUGGERI, *CEDU, diritto "eurounitario" e diritto interno: alla ricerca del "sistema dei sistemi"*, in "Giurcost", 19 aprile 2013.

⁵⁴² Ci si riferisce all'articolo 6 paragrafo 4 e 5 che contiene dei riferimenti sia alla qualità dei medicinali ed al loro utilizzo per i cittadini, sia al contrasto di fenomeni che possono arrecare un danno alla salute (alcool, fumo).

⁵⁴³ P.J. CLAUDE, *Il Trattato di Lisbona*, Giuffrè, Milano, 2013, p. 386.

⁵⁴⁴ Pubblicata nella G.U.U.E. del 4 aprile 2011.

sanitari regionali in termini di una diversa organizzazione della spesa.⁵⁴⁵

Lo scopo che si persegue è quello di promuovere una maggiore integrazione tra gli Stati in materia di prestazioni sanitarie, in un'ottica di maggior tutela della salute, ponendo così i presupposti per «costruire un sistema-sanitario comune»⁵⁴⁶ che garantisca ai cittadini europei un ampliamento giuridico della tutela e stimolando allo stesso tempo gli Stati ad assumere decisioni volte al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie.⁵⁴⁷

L'adozione della direttiva è da considerare come la conclusione del percorso compiuto dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia in materia di «prestazioni sanitarie», e per questo, rappresenta una più ampia tendenza delle fonti comunitarie a rendere maggiormente fruibili i diversi sistemi sanitari nazionali da parte dei cittadini dell'Unione Europea.⁵⁴⁸ Il

⁵⁴⁵ Sul rapporto tra le Regioni e l'Unione Europea si veda E. DI SALVATORE, *Le relazioni delle Regioni italiane con l'unione europea*, in A. D'ATENA, (a cura di) *Regionalismo e sovranazionalità*, Giuffrè, Milano, 2008, p. 107 ss.

⁵⁴⁶ G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2013, p. 40.

⁵⁴⁷ Cfr. G. M. CAVO, *Accesso alle cure e rimborso delle spese sanitarie transfrontaliere nella normativa e nella giurisprudenza italiana in*, C. BOTTARI, L. ROSSI, G. ALTIMARI (a cura di), *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013, p. 80. Coerentemente con quanto detto in ordine alla competenza degli Stati in tema di organizzazione sanitaria, la direttiva non trova fondamento nell'articolo 168 TFUE avente ad oggetto la tutela della salute, bensì nell'articolo 14 TFUE (ex art. 16, TCE) che tutela il mercato interno e la libertà nella prestazione di servizi erogati ai cittadini negli Stati dell'Unione. In rapporto agli effetti della disposizione contenuta nell'articolo 14 TFUE negli ordinamenti degli Stati rispetto ai servizi di interesse generale cfr. D. GALLO, *I servizi di interesse economico generale: Stato, mercato e welfare nel diritto dell'Unione europea*, Giuffrè, Milano, 2010, p. 198 ss. P. CARETTI, *Diritto dell'Unione europea e ravvicinamento delle legislazioni nazionali: effetti sul sistema interno delle fonti*, Giappichelli, Torino, 2013, p. 114.

⁵⁴⁸ La direttiva richiama anche l'articolo 114 paragrafo 3 TFUE, il quale dispone che «nel realizzare l'armonizzazione sia garantito un livello elevato di protezione della salute umana». Le più importanti pronunce a questo riguardo sono *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, la Corte di Giustizia ha statuito che la prestazione medica era da ricondurre all'articolo 60 del Trattato in materia di libera prestazione dei servizi, in particolare così si pronuncia la Corte «La libera prestazione dei servizi comprende la libertà per i destinatari dei servizi di recarsi

ragionamento della Corte di Giustizia può essere ricondotto a due passaggi: il primo, nel quale si riconoscono le prestazioni sanitarie in quanto «servizi», il secondo nel quale si applica il principio alle «cure sanitarie transfrontaliere» intervenendo a difesa della libertà di prestazione⁵⁴⁹ tra gli Stati dell'Unione.⁵⁵⁰ Prendendo le mosse da questa considerazione, ogni provvedimento volto a limitare la possibilità di usufruire di cure in un altro Stato dell'Unione è da ritenersi in violazione delle disposizioni sulla libertà di prestazione dei servizi sancita dai Trattati.

Per questo motivo si ritiene che la direttiva 2011/24 UE nel dare alcune prime risposte, garantendo la tutela necessaria ai cittadini che usufruiscono di una prestazione sanitaria in un altro Paese dell'Unione,

in un altro Stato membro per fruire ivi di un servizio» L. FERRARI BRAVO, A. RIZZO, F. DI MAJO, *Codice dell'Unione europea: il Trattato sull'Unione europea e il trattato istitutivo della Comunità europea modificati dai Trattati di Maastricht, di Amsterdam e di Nizza e dai trattati di adesione, con annotazioni di giurisprudenza della Corte di giustizia e del Tribunale di primo grado*, Giuffrè, Milano 2008, p. 268. Nel caso *Grogan C-159/90, Society for the protection of Unborn Children Ireland*, del 1991 la Corte di Giustizia fu chiamata a valutare se l'aborto potesse rientrare all'interno del novero di pratiche sanitarie nell'accezione più ampia di "servizi", sul punto tra gli altri cfr. E. PALMERINI, *Le frontiere del biodiritto* in F. DONATO, (a cura di) *Liber amicorum per Francesco D. Busnelli: il diritto civile tra principi e regole*, Giuffrè, Milano, 2008, p. 285. L'impianto di queste due è stato confermato in *Commissione europea contro Regno di Spagna C-211/08*.

⁵⁴⁹ L'articolo 56 (ex art. 49 TCE) del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea prevede il divieto alla libera prestazione dei Servizi.

⁵⁵⁰ Sul punto la dottrina è unanime nel ritenere come i casi *Kobll* (C-158/96) e *Decker* (C-120/9) abbiano rappresentato il punto di partenza nel considerare le limitazioni al rimborso delle cure transfrontaliere come vere e proprie violazioni alla libertà di prestazione dei servizi. cfr. B. NASCIBENE, M. CONDINANZI, C. SANNA, C. AMALFITANO, *Giurisprudenza di diritto comunitario: casi scelti*, Giuffrè, Milano, 2007, p. 729 ss.; F. A. CANCELLA, *Servizi del welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, Giuffrè, Milano, 2009, pag. 225. 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*, F. Angeli, Milano, 1999, p. 222. In rapporto alle conseguenze con la sanità regionale, S. MANGIAMELLI, *L'ordinamento europeo*, Giuffrè, Milano, 2008, p. 269; M. TRABUCCHI, F. VANARA, N. FALCITELLI (a cura di), *Rapporto sanità 2003: Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Il Mulino, Bologna, 2003, p. 43.

avrà delle conseguenze anche per i Sistemi sanitari regionali già provati da alcune difficoltà economiche.⁵⁵¹ Lo scopo della direttiva è quello di voler agevolare l'accesso a un'assistenza sanitaria transfrontaliera permettendo ai cittadini di avere assicurato un sistema di qualità e cercando di promuovere la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria.⁵⁵²

Possono così essere individuati due piani che rimangono tra loro distinti: in uno si trovano i regolamenti volti alla tutela sociale dei cittadini che vivono stabilmente o risiedono per motivi di studio o lavoro in uno Stato dell'Unione diverso dal proprio,⁵⁵³ nell'altro la direttiva che persegue l'obiettivo di disciplinare le prestazioni sanitarie programmabili nel tempo.

Il capo III, rubricato «Rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera» (articoli 7, 8 e 9) contiene la disposizione per cui gli Stati devono prevedere il rimborso del costo sostenuto dal cittadino che usufruisce di una prestazione medica in uno Stato dell'Unione diverso dal proprio quando è annoverabile tra quelle rimborsabili dal proprio sistema sanitario nazionale.⁵⁵⁴

Scopo della direttiva è quello di garantire che il costo della prestazione, che in ogni caso lo Stato avrebbe sostenuto se questa fosse

⁵⁵¹ In relazione all'obbligo che sussiste in capo alle regioni di dare attuazione a quanto previsto dalla direttiva si veda A. MATTIONI, *L'obbligo costituzionale di adeguamento al diritto internazionale e comunitario dopo la revisione del Titolo V della Costituzione*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, Vol. II, Jovene, Napoli, 2005, p. 1592 ss.

⁵⁵² Questo senza però violare la competenza sancita dai Trattati che rimane in capo agli Stati nell'organizzazione dei propri sistemi sanitari.

⁵⁵³ Cfr. capo I articolo 2 rubricato «Rapporto con altre disposizioni dell'Unione». A tal proposito la direttiva pone un esplicito riferimento al regolamento n. 883/2004 (CE). In particolare oltre al regolamento n. 883/2004 (CE) il riferimento è anche all'altro recente regolamento in tema di sicurezza sociale il n. 987/2009 (CE), sul punto vedi F. BIONDI DAL MONTE, *Dai diritti sociali alla cittadinanza: la condizione giuridica dello straniero tra ordinamento italiano e prospettive sovranazionali*, Giappichelli, Torino, 2013, p. 109 ss.

⁵⁵⁴ Cfr. Articolo 7, co. 4, «I costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera sono rimborsati o direttamente pagati dallo Stato membro di affiliazione in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione».

stata erogata nel Paese dove il cittadino ha diritto alla copertura da parte del sistema sanitario, venga rimborsato o al cittadino che ha sostenuto la spesa o allo Stato dell'Unione che ha erogato la prestazione.

L'impianto della direttiva nel suo complesso è degno di particolare attenzione rispetto al divieto per lo Stato membro di negare l'autorizzazione preventiva al rimborso per la prestazione sanitaria in un altro Stato quando questa venga considerata «necessaria» ai fini della tutela della salute in relazione al caso clinico.⁵⁵⁵

In Italia è stata data attuazione alla direttiva 2011/24/EU mediante il decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014,⁵⁵⁶ prevedendo le modalità di accesso al Sistema sanitario nazionale e disciplinando le modalità con cui potrà essere richiesta l'autorizzazione preventiva da parte dei cittadini assicurati in Italia per le prestazioni da ricevere in un altro Paese dell'Unione Europea.⁵⁵⁷ I provvedimenti *de quibus* gettano le basi per il consolidamento nel diritto dell'Unione Europea della libertà

⁵⁵⁵ Nello specifico l'articolo 8, co. 5, prevede che: «Lo Stato membro di affiliazione non può rifiutarsi di concedere un'autorizzazione preventiva (...) quando l'assistenza sanitaria in questione non può essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, sulla base di una valutazione medica oggettiva dello stato di salute del paziente, dell'anamnesi e del probabile decorso della sua malattia, dell'intensità del dolore e/o della natura della sua disabilità al momento in cui la richiesta di autorizzazione è stata fatta o rinnovata».

⁵⁵⁶ Adottato in forza della legge delega n. 96 del 2013 e pubblicato nella G.U. Serie Generale n. 67 del 21 marzo 2014 in attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti per l'assistenza sanitaria transfrontaliera e della direttiva 2012/52/UE, avente ad oggetto le misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche prescritte in un altro Stato dell'Unione.

⁵⁵⁷ In quest'ultimo caso il decreto legislativo ha previsto l'autorizzazione preventiva della Asl competente secondo uno schema che ricalca in parte il procedimento già previsto dalla legge 23 ottobre 1985 n. 595 per ottenere l'autorizzazione ad usufruire delle cure in strutture sanitarie all'estero. In particolare la previsione è quella dell'art. 3, co. 5; art. 5, co. 1, che ha poi trovato attuazione mediante i decreti Ministeriali del Ministero della Sanità del 3 novembre 1989 e del 3 gennaio 1990 rispettivamente rubricati «Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero» e «Identificazione delle classi di patologia e delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero».

nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, con tutte le conseguenze che questo comporta in termini di maggiori forme di tutela della salute.⁵⁵⁸ Il decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 contiene una clausola che potremmo definire di «cedevolezza» nei confronti delle Regioni, nel rispetto della competenza prevista in materia dall'articolo 117, co. 3 Cost.⁵⁵⁹

Le Regioni saranno pertanto chiamate a svolgere il ruolo di attori principali nell'attuare un sistema che rappresenta un altro importante passo in avanti nell'integrazione tra gli Stati ed i cittadini dell'Unione.⁵⁶⁰

Se nel panorama nazionale il legislatore interviene in attuazione dei principi costituzionali e sapendo quali interventi legislativi realizzare viste le condizioni delle diverse Regioni, la direttiva troverà invece applicazione in un quadro per cui ci sono alcune realtà regionali virtuose, ed altre interessate dai Piani di rientro e dunque caratterizzate da una forte deficit di efficienza organizzativa e di disponibilità economica.

In un quadro così delineato sembrano essere almeno due le prospettive aperte.

La prima è la possibilità per le Regioni, in forza della competenza

⁵⁵⁸ 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.

⁵⁵⁹ L'articolo 18 del decreto legislativo 38 del 2014 rubricato "Clausola di cedevolezza" nel quale si stabilisce che «Le disposizioni del presente decreto riguardanti ambiti di competenza legislativa delle regioni e delle province autonome si applicano, nell'esercizio del potere sostitutivo dello Stato e con carattere di cedevolezza, nelle regioni e nelle province autonome nelle quali non sia ancora stata adottata la normativa di attuazione regionale o provinciale e perdono comunque efficacia dalla data di entrata in vigore di quest'ultima, fermi restando i principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione».

⁵⁶⁰ In conformità alla tesi dell'importanza del ruolo svolto dalle Regioni nel processo d'integrazione dell'Unione Europea ed in particolare per l'attuazione delle disposizioni da questa adottate si veda E. DI SALVATORE, *Le Relazioni delle Regioni italiane con l'Unione Europea: Fondamento costituzionale, normativa statale e disciplina statutaria*, A. D'ATENA (a cura di) *Regionalismo e sovranazionalità*, Giuffrè, Milano, 2008, p. 117.

legislativa concorrente in materia di sanità e della clausola di cedevolezza espressamente prevista dal decreto legislativo, di dare attuazione alla direttiva prevedendo un ampliamento delle prestazioni sanitarie transfrontaliere rimborsabili.⁵⁶¹ Le Regioni, in particolar modo quelle maggiormente virtuose e non interessate dai Piani di rientro per il deficit sanitario, potrebbero adottare leggi regionali che permettano ai cittadini assicurati dal proprio Servizio sanitario regionale di accedere a cure transfrontaliere ottenendo poi il rimborso da parte della propria Regione in misura maggiore rispetto a quelle previste dal decreto legislativo n. 38 del 2014.⁵⁶²

In un'ottica di bilanciamento dei principi, se da una parte c'è la necessità di dover garantire il corretto utilizzo delle risorse per mantenere un equilibrio di bilancio, certo non di minore importanza è la necessità di non comprimere il diritto alla salute che potrebbe attuarsi anche mediante un'eventuale erogazione della prestazione in un altro Paese dell'Unione

⁵⁶¹ La Corte costituzionale, con la sentenza Corte cost. n. 398 del 2006, ha statuito che in sede di attuazione delle direttive il riparto delle competenze legislative non può subire delle deroghe.

⁵⁶² In questa direzione sono già noti i casi in ordine all'adozione di leggi regionali in attuazione delle direttive e si rinvia alla dottrina per il dibattito in merito alla possibile applicazione delle direttive da parte dei Consigli regionali, in particolare sulla possibilità delle regioni di poter dare attuazione alle direttive anche mediante una legge comunitaria regionale. Tra gli altri, cfr. 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. 335-337. P. Zuddas, *L'influenza della normativa comunitaria sul riparto costituzionale delle competenze tra Stato e regioni: caratteri e limiti*, Il campano, Pisa, 2009. Così come sono altresì presenti nell'ordinamento le leggi regionali adottate per disciplinare il rimborso di prestazioni sanitarie transfrontaliere già prima dell'adozione della direttiva 2011/24/UE. Sul punto si veda 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 Legge 5 febbraio 1992 n.104» aveva individuato le modalità per i cittadini di ottenere le autorizzazioni per le prestazioni sanitarie transfrontaliere.

Europea.⁵⁶³

Se in forza della direttiva 2011/24/UE, per i cittadini dell'Unione Europea, si profila una tutela sempre più compiuta del diritto all'erogazione transfrontaliera delle prestazioni sanitarie, in Italia, alla luce della direttiva e del decreto legislativo n. 38 del 2014, il diritto costituzionalmente garantito alla tutela della salute sembra invece trovare altre forme di applicazione. Nell'eventualità appena descritta, al paziente che avesse la necessità di ottenere una prestazione che non può essere erogata nella Asl di competenza, verrà indicata, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, co. 8, del decreto legislativo, il luogo nel territorio nazionale dov'è possibile ricevere la prestazione e sarà dunque la Asl che «comunica alla persona che ha presentato la domanda di autorizzazione il prestatore di assistenza sanitaria in grado di erogare sul territorio nazionale la prestazione richiesta». Il legislatore, nel disciplinare quest'ipotesi sembra prevedere già la difficoltà di erogazione della prestazione da parte di alcune Asl nei tempi e nelle modalità previste dalla direttiva, un'ipotesi che fa scaturire in capo al richiedente il diritto ad ottenere l'autorizzazione preventiva per il rimborso della prestazione erogata in un altro Paese dell'Unione.

Per le Regioni che non possono ampliare il numero di prestazioni sanitarie transfrontaliere rimborsabili, il nodo della questione è ravvisabile nel rispetto dell'articolo 117, co. 1, Cost. in ordine ai vincoli dell'ordinamento comunitario e dell'articolo 32 Cost. In altre parole, l'adozione di eventuali provvedimenti legislativi regionali in contrasto con la previsione della direttiva. Invero, le leggi regionali potrebbero

⁵⁶³ 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. GUAZZAROTTI (a cura di), *Giudice amministrativo e diritti costituzionali*, Giappichelli, Torino, 2012, p. 480 ss. 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*, Giappichelli, Torino, 2010, pp. 494-511.

individuare modalità di autorizzazione che rendano nei fatti difficoltoso o intempestivo (rispetto al decorrere della malattia) il ricorso all'autorizzazione stessa. Una previsione che sarebbe in contrasto con l'articolo 117, co. 1, Cost. e con l'art. 32 Cost.

Sotto quest'ultimo profilo il ricorso ad eventuali prestazioni sanitarie transfrontaliere potrebbe rappresentare una delle plurime forme di tutela concreta della salute e come tale meritevole di piena applicazione nel nostro ordinamento.

Ferma restando la buona capacità che ha dimostrato il Sistema sanitario italiano di garantire ai cittadini un elevato livello nell'erogazione delle prestazioni anche in confronto agli altri Paesi dell'Unione, il quadro normativo così come descritto si è venuto ad arricchire di nuovi strumenti giuridici e pone le Regioni nella condizione di dover dimostrare di essere all'altezza del ruolo di attore nel processo di integrazione europea. Allo stesso tempo l'Unione Europea pone le Regioni davanti alla condizione per cui i cittadini assicurati avranno la possibilità di fare ricorso all'erogazione delle prestazioni sanitarie in altri Paesi, con modalità più facilmente accessibili e tutelate. Su quest'ultimo punto, la Corte di Giustizia si è espressa in modo chiaro nell'affermare il diritto ad avere rimborsato il costo sostenuto all'estero per una prestazione sanitaria nel caso in cui l'attesa per l'erogazione nel proprio Paese diventi non «accettabile» secondo le esigenze cliniche.⁵⁶⁴

Nell'indagare l'istituto dei Piani di rientro è necessario effettuare un riferimento anche alle ricadute delle più recenti decisioni assunte dall'Unione Europea, nella convinzione che queste produrranno delle conseguenze, nel lungo periodo, nella programmazione regionale in materia sanitaria. Se, già prima dell'entrata in vigore della direttiva, l'orientamento della Corte di Giustizia era quello di condannare gli Stati a rimborsare le spese sostenute dai propri cittadini, laddove il sistema

⁵⁶⁴ In questo senso la Sentenza Watts (C-372/04), si veda sul punto A. SANTUARI, *Il termalismo in Europa: un caso di turismo sanitario*, Cedam, Padova, 2010, p. 58.

sanitario non fosse riuscito ad erogare le prestazioni, alla luce del rinnovato quadro giuridico testé delineato vi è l'esigenza di un serio sforzo affinché le Regioni rendano sempre più efficienti ed attrattivi i propri Servizi sanitari regionali migliorando la gestione delle risorse economiche ed umane. Non è possibile per le Regioni assumere delle scelte di programmazione senza una valutazione sulle conseguenze delle decisioni assunte a livello europeo. Nel caso in esame, sembra possibile affermare che la recente direttiva, ed i successivi provvedimenti assunti dal legislatore statale, potrebbero avere come conseguenza un aumento della mobilità sanitaria internazionale, che deve essere considerata nella programmazione dei Piani di rientro.

Da una parte dovrà cogliersi l'opportunità di erogare prestazioni sanitarie anche ai cittadini provenienti da altri Paesi europei; dall'altra è d'uopo ritenere che forme di inefficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, oltre a collidere con i principi costituzionali in materia, potranno favorire forme di c.d. "turismo sanitario", che in questa chiave di lettura sembrano trovare forti limiti di principio nell'ordinamento.⁵⁶⁵

⁵⁶⁵ L'espressione "turismo sanitario", può essere rintracciata anche in alcune recenti pronunce della terza sezione del Consiglio di Stato, sempre nell'ottica di considerare il "turismo sanitario" in quanto «*non consentito sul piano generale*»; Consiglio di Stato, Sez. III, Sent. 19/2014; Consiglio di Stato, Sez. III, sent. n. 296 del 2014; Consiglio di Stato, Sez. III, sent. n. 1146 del 2014; per tutte Consiglio di Stato Sez. III, sent. n. 1320 del 2014, «In tale contesto, 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». Si segnala come la tesi di realizzare un sistema comunitario di assistenza ospedaliera fosse già stata espressa dalla dottrina molti anni prima dell'adozione della direttiva, G. BARCELLONA, *Libertà transfrontaliera di cure ospedaliere e sistema delle convenzioni al vaglio del diritto comunitario*, in "Sanità pubblica e privata", n. 1, 2002, p. 15 ss.

4.1. La necessità di un corretto bilanciamento tra le esigenze organizzative ed i principi costituzionali.

L'organizzazione dei servizi sanitari su base regionale è una scelta da considerare ormai consolidata. Un impianto legislativo che si colloca nel quadro Costituzione in materia di tutela della salute (art. 32). Il Servizio sanitario nazionale non può essere inteso come un sistema realizzato a compartimenti stagni, in cui le condizioni organizzative ed economiche influiscono sul diritto di scelta del cittadino a potersi rivolgere alla struttura che ritiene più idonea al soddisfacimento delle proprie esigenze. Un diritto che solo in parte può essere limitato in relazione alla necessità di programmare l'utilizzo delle risorse da parte delle Regioni.⁵⁶⁶ Sussiste, in altre parole, la necessità di giungere ad un equilibrio tra la tutela della salute, il diritto alla scelta da parte dei cittadini e le esigenze di organizzazione e programmazione delle Regioni, in virtù di quel rapporto che deve sussistere tra cittadini residenti e servizi erogati sul territorio.

In un contesto di regionalismo competitivo ciascuna Regione ha la necessità di organizzare gli investimenti che ritiene più idonei per erogare i servizi ai propri cittadini,⁵⁶⁷ ed è per questo che sussiste la necessità di conoscere il numero di utenti che utilizzeranno e usufruiranno del Sistema sanitario regionale. In questo senso una soluzione che sembra andare nella giusta direzione è quella prevista dal Patto per la salute 2014-2016, in cui

⁵⁶⁶ G. ZUCCATELLI, *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*, in "Monitor", n. 29, 2012, p. 5. La limitazione al diritto della libertà di scelta del luogo di cura su tutto il territorio nazionale in virtù di limiti oggettivi e rappresentati dalle risorse finanziarie è stata espressamente contemplata dalla Corte costituzionale, si vedano le sentenze Corte cost. n. 248 del 2011, Corte cost. n. 94 del 2009 e la già citata sentenza Corte cost. n. 200 del 2005.

⁵⁶⁷ Sulla considerazione per cui la Costituzione nella sua nuova formulazione del Titolo V ha ritenuto accettabile che si realizzino delle differenze regionali in termini di erogazioni delle prestazioni si veda P. GIARDA, *Le regole del federalismo fiscale nell'articolo 119: un economista di fronte alla nuova Costituzione* in "Le Regioni", n. 6, 2001, pp. 1425-1484.

è sancito all'articolo 9 la prescrizione di stipulare Accordi tra le Regioni, soprattutto quelle confinanti.

Si reputa che tale strumento sia il più adatto in quanto le Regioni, in uno spirito di leale collaborazione, possono individuare le forme più adatte per coordinare eventuali (reali) necessità da parte dei cittadini ad ottenere prestazioni da parte di Asl di altre Regioni.

In assenza di suddetti Accordi, ed in mancanza di una collaborazione costruttiva e leale tra Regioni, il rischio è quello di veder violato il principio di tutela della salute dei cittadini. Il Consiglio di Stato ha ritenuto che l'eventuale limite alla mobilità è «sottoposta al controllo intrinseco del giudice amministrativo in merito alla valutazione dei presupposti per la concessione dell'autorizzazione» e che dunque, nel caso in cui ne ricorrano i requisiti,⁵⁶⁸ sussiste la possibilità di poter ottenere una tutela giudiziaria. Non è condivisibile la decisione del giudice amministrativo, in questa parte, perché subordina la tutela del diritto ad un procedimento complesso, qual è quello della tutela giudiziaria, rispetto al tempo e alla sostenibilità economica, di chi necessita di una prestazione sanitaria.

Non si condivide la tesi per cui l'esigenza di programmazione, ancorché in una condizione di risorse circoscritte, possa dare origine alla limitazione della libertà di scelta da parte dei cittadini senza la garanzia di poter ottenere nel proprio territorio la prestazione nel pieno rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Un'impostazione di questo tipo comporterebbe una violazione del diritto alla tutela della salute realizzando una disparità che non potrebbe trovare giustificazione nel rapporto che intercorre tra residenza e diritto ad ottenere i servizi.

Dato che è di pari importanza l'obiettivo di impedire che si abusino di

⁵⁶⁸ I requisiti considerati dal Consiglio di Stato sono quelli previsti nel decreto del Commissario ad Acta: «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».

prestazioni a bassa complessità (c.d. di routine) presso strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate di Regioni diverse rispetto a quella di residenza è necessario che si intervenga nella programmazione tra gli Enti che erogano il servizio.

In conclusione, l'Accordo tra Regioni sembra essere lo strumento migliore al fine di programmare su scala più vasta l'offerta dei servizi, evitando uno spreco di risorse pubbliche o l'avvantaggiarsi di soggetti privati a discapito di strutture pubbliche capaci di erogare le prestazioni richieste. Le Regioni, incapaci di erogare servizi adeguati dovranno, anche sulla base dei dati della mobilità interregionale, adottare le decisioni migliori per correggere eventuali storture nell'erogazione della prestazione dei servizi sanitari. Quest'ultime però non possono trovare nella limitazione alla mobilità passiva lo strumento per protrarre condizioni di inefficienza in un servizio assai importante qual è quello dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La soluzione, a queste forme di inefficienza, non può essere la limitazione della mobilità passiva e quindi la compressione dei diritti, senza intervenire per il miglioramento nell'erogazione dei servizi. Il rischio è quello di far pagare il costo dell'incapacità gestionale ai cittadini che si troverebbero limitati nella libertà di scelta. La soluzione sembrerebbe piuttosto da ricercare nella realizzazione di sistemi sanzionatori per le Regioni, con la propria inefficienza, incrementano fenomeni di mobilità passiva, e premiali per chi dimostra di saper organizzare il servizio.

5. Riforme istituzionali e costituzionali, le conseguenze per la legislazione sui Piani di rientro sanitari

Le considerazioni effettuate in relazione alla legislazione sui Piani di rientro ed in particolare in rapporto all'evoluzione del regionalismo in Italia non possono non tenere in considerazione la riforma costituzionale recentemente approvata, e che interessa da vicino il tema del regionalismo,

con conseguenze importanti per la potestà legislativa delle Regioni, e con delle ricadute di non poco momento per il tema della legislazione sui Piani di rientro sanitari.⁵⁶⁹

Il primo dei profili è da individuare nelle motivazioni di fondo che hanno spinto il legislatore ad adottare la riforma. Come si è già detto, l'adozione dei Piani di rientro sanitari potrebbe essere interpretata come la risposta, tra l'altro, al fallimento della potestà legislativa concorrente, così com'è stato messo in evidenza da una parte della dottrina.⁵⁷⁰

La tesi che si è invece voluta sostenere, nel ricostruire l'evoluzione della legislazione sull'organizzazione della sanità, è quella per cui esiste un unico Sistema sanitario nazionale, composto da diversi Sistemi sanitari regionali, caratterizzati da peculiarità differenti che possono, in alcuni casi, dare origine ad una mancata attuazione dei principi costituzionali. Per

⁵⁶⁹ Il riferimento è alla riforma presentata dal Consiglio dei Ministri il 31 marzo del 2014 alle Camere rubricata: Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del Titolo V della parte seconda della Costituzione. Il testo della riforma di legge, C-2613-D è stato approvato il 12 aprile 2016, senza la maggioranza qualificata dei due terzi.

⁵⁷⁰ La tesi può essere confermata anche mediante la lettura dei testi delle audizioni tenute durante l'approvazione dei testi di riforma della Costituzione, sul punto A. BARBERA, *Audizione presso la Commissione affari costituzionali del Senato della Repubblica, in ordine al Disegno di legge costituzionale 1429-B*, Seduta del 3 agosto 2015, in "Forum di Quaderni Costituzionali", p. 2, «Il secondo punto, da sempre obbiettivo dei riformatori, trova una ragione in più grazie all'esperienza fin qui accumulata. Il tradizionale criterio di ripartizione "per materie" delle competenze fra stato e regioni ha mostrato gravi limiti. In maniera opportuna la parte del progetto relativa alla riforma del Titolo V tende a contenere il criterio della distribuzione delle materie facendo riferimento agli interessi coinvolti, se nazionali, locali o regionali (da qui la eliminazione della competenza concorrente, la previsione di una clausola di salvaguardia, il riferimento a "norme generali" ecc.). Opportunamente si punta non tanto alla distinzione fra "materie" ma fra "funzioni"». Anche se non sono mancate osservazioni contrarie, che hanno argomentato proprio sull'opinabilità della tesi per cui la potestà legislativa concorrente abbia attualmente un ruolo nell'elevato contenzioso dinanzi la Corte costituzionale tra lo Stato e le Regioni, G. TARLI BARBIERI, *Audizione sul disegno di legge costituzionale n. 1429-B, Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del Titolo V della parte II della Costituzione*, in "Forum di Quaderni Costituzionali".

questo l'impianto legislativo necessita di una previsione che possa intervenire nel correggere eventuali storture. Da ciò non è però possibile desumere un'immediata correlazione tra la necessità di una previsione legislativa che intervenga nel correggere il mancato raggiungimento degli obiettivi previsti con l'opportunità di stravolgere l'impianto fondato su di un regionalismo competitivo. La soluzione non può essere quella di superare il regionalismo che è da considerare imm modificabile nel patto costituzionale, anche in ragione dell'art. 5 Cost., da più parti ritenuto elemento del nucleo essenziale della Costituzione.

L'esperienza dei Piani di rientro mette in luce è la necessità di una seria riflessione per individuare un luogo di confronto per le istanze regionali nel solco del regionalismo italiano. In tal senso la forte incisività che un istituto come quello dei Piani di rientro ha avuto nella vita delle autonomie permette di comprendere che è necessaria la realizzazione di un Senato che possa realmente rappresentare i territori nella loro complessità. Alla luce di quest'esperienza si può desumere che interventi, così incisivi sulla vita quotidiana dei cittadini, necessitino di una condivisione piena anche da parte di quei mondi vitali della società quali sono le Università, le Camere di Commercio, gli Ordini professionali, il Terzo settore, soprattutto là dove si consideri la nuova competenza della seconda Camera a valutare le politiche pubbliche, sull'esempio di altre esperienze, prima tra tutte quella francese. Ed infatti, la valutazione delle *policies*, secondo gli orientamenti della scienza politica, non può prescindere – sia nella fase c.d. a priori, sia in quella di monitoraggio che, infine, nella fase a posteriori – dal coinvolgimento dei destinatari diretti delle politiche. Non v'è dubbio che, tra questi destinatari, vi siano appunto non solo le autonomie regionali ma, all'interno di queste, le c.d. autonomie funzionali, meritevoli anch'esse di adeguata rappresentanza in Senato. In tal senso il Senato delle autonomie, diversamente da quanto previsto nell'attuale testo di riforma, dovrebbe essere un luogo in cui rappresentare le autonomie locali ed andare nella direzione di tratteggiare un sistema capace di

raccogliere quelle istanze territoriali del vivere quotidiano della società. Solamente un Senato delle autonomie, così composto, potrebbe compartecipare in modo realmente consapevole all'assunzione di decisioni complesse nei diversi territori, senza correre il rischio di divenire solo la rappresentazione di un'intenzione di propositi che poi invece produce nella concreta predisposizione delle norme una riduzione degli spazi di autonomia.⁵⁷¹

Il testo della modifica della Costituzione, recentemente approvato, sembra invece voler proporre un modello di trasformazione del Senato solamente in chiave di superamento del bicameralismo perfetto, partendo dalla dichiarata volontà di semplificazione del processo legislativo (oltre che di una razionalizzazione dell'elemento fiduciario). Il percorso logico argomentativo, seguito dal legislatore, sembra prendere le mosse più da una paventata necessità di riduzione dei costi della democrazia e della velocizzazione del procedimento che non dall'esigenza di realizzare un sistema funzionale nell'attuazione del regionalismo italiano. Di qui la previsione per cui soltanto i membri della Camera rappresentano «la Nazione» superando il sistema previgente. Ai Senatori, nelle intenzioni, sarebbe invece attribuito il compito di rappresentare le Istituzioni territoriali, anche se non è ben chiaro come questo possa avvenire attraverso le competenze attribuite al Senato eventualmente riformato.⁵⁷²

⁵⁷¹ Senza soffermarsi sulle differenze nei giudizi appare condiviso il parere per cui «Deve rilevarsi come, osservando le funzioni in concreto esercitate dal Senato, questa rappresentanza sia di fatto incerta, ed anzi nell'ultimo passaggio del disegno di legge costituzionale alla Camera essa sia stata ulteriormente contenuta», G. AZZARITI, Audizione alla I Commissione affari costituzionali del Senato della Repubblica nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla revisione della Parte II della Costituzione, 30 luglio 2015.

⁵⁷² Questo ruolo sembrerebbe derivare dal fatto che il Senato della Repubblica è composto da Senatori eletti dai Consigli regionali secondo un sistema volto a garantire le scelte espresse dagli elettori regionali. Tra le altre possibili osservazioni sul punto non si comprende il perché della permanenza nel Senato della Repubblica dei Senatori a vita (chi ha svolto il ruolo di Presidente della Repubblica) e dei senatori di nomina presidenziale (non più a vita) in un organo che dovrebbe rappresentare le istituzioni territoriali con un compito, quindi del

La riproposizione, con schemi istituzionali differenti, non garantirà nei fatti una diversa proposizione delle istanze politiche, ma è assai probabile che si riproporranno i medesimi equilibri partitico/politici ed è anche per questo che non si può considerare il testo attuale come il risultato di un serio sforzo per creare un'assemblea che rappresenti le autonomie locali e funzionali, bensì solamente l'ennesimo tentativo - gattopardesco - di una riforma che non prende in seria considerazione il percorso di riflessione già condotto negli anni per la realizzazione di un regionalismo forte. Il rischio concreto è, in altre parole, che i partiti e movimenti politici riescano a riprodurre nel Senato le stesse maggioranze della Camera neutralizzando di fatto quell'obiettivo di realizzare un luogo di raccordo con le Autonomie locali. Non è così possibile assecondare la tesi per cui con le modifiche ipotizzate nei confronti dell'attuale bicameralismo perfetto si stia dando origine ad un impianto che possa realizzare l'ambizioso obiettivo di dare vita ad una camera capace di valorizzare e completare il percorso di autonomia avviato nel 1948.

Una conferma di quanto affermato sulla mancata presenza all'interno del testo di riforma di una ferma volontà di valorizzare l'impianto regionalista della Costituzione si ha nella previsione per cui si ipotizza di abolire la potestà legislativa concorrente, riducendo fortemente il carattere programmatico delle Regioni senza però individuare ulteriori e diverse forme di autonomia. Una previsione che avrebbe delle immediate

tutto peculiare. Il ruolo esercitato dal Senato nella vita delle autonomie è possibile da riscontrare anche nel caso in cui si esercita il potere sostitutivo, per cui indirettamente si dovrebbe valorizzare il ruolo di Comuni e Regioni. La dottrina, pur esprimendo un apprezzamento per lo sforzo esercitato dal legislatore nel tentativo di creare un Senato capace di rappresentare le Istituzioni territoriali è altresì concorde nel ritenere che «L'elemento di debolezza del nuovo Senato sembra riguardare soprattutto la mancata individuazione di significativi strumenti di cooperazione che, nell'ambito delle funzioni ed attribuzioni del Senato, dovrebbero essere finalizzati a favorirne il ruolo di composizione dei conflitti di competenze tra Stato e Regioni», così P. BILANCIA, F. SCUTO, *La riforma Costituzionale e il rapporto Stato-Regioni*, Centro studi sul federalismo, Research paper, dicembre, 2015.

conseguenze anche per le materie oggetto del presente studio. In particolare ci si riferisce alla tutela della salute ed al coordinamento della finanza pubblica. In tutti e due i casi la competenza diverrebbe esclusiva dello Stato, con opportune distinzioni tanto di ordine sistematico, quanto per valutazioni di merito.

In merito alla tutela della salute la lettera m) del nuovo articolo 117 Cost. prevede che è di competenza esclusiva dello Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare».⁵⁷³

La previsione di riforma potrebbe stravolgere l'impianto fino ad ora adottato non soltanto in termini generali ma in dettaglio per quanto attiene agli aspetti di maggiore rilievo nella tutela della salute. La modifica, così come ipotizzata dal legislatore costituzionale, intervenendo anche in ordine alla materia delle «politiche sociali» inciderà su uno degli aspetti cardine dell'organizzazione locale per quanto attiene ai servizi di assistenza che, come ricostruito nella prima parte del lavoro, rappresentano un aspetto essenziale della vita degli Enti locali.⁵⁷⁴

⁵⁷³ A. D'ATENA, *Il riparto delle competenze tra Stato e Regioni ed il ruolo della Corte costituzionale*, reperibile al sito internet www.cortecostituzionale.it. Secondo l'autore la differenza che si verrebbe a realizzare tra la vecchia competenza concorrente ed il sistema a seguito della riforma costituzionale sarebbe da rintracciare nel fatto che mentre per i "principi" si fa riferimento anche a quelli non scritti per cui si può dedurre che in ogni caso nell'ordinamento sono presenti dei principi mentre per quanto attiene alle disposizioni generali e comuni queste necessitano di un'espressa indicazione nell'ordinamento. Secondo questa lettura si potrebbe realizzare la condizione per cui la Regione, in assenza di suddette disposizioni, si troverebbe a legiferare con il solo limite di quanto sancito in Costituzione. Da ciò non si può che desumere che sarà la Corte costituzionale a «domandarsi in che misura l'innovazione si ripercuota, per questo aspetto, sulle materie che, attualmente assoggettate alla competenza concorrente di cui all'art. 117, comma 3, la riforma demanda allo Stato limitatamente "disposizioni generali e comuni", come la tutela della salute, l'istruzione ed il governo del territorio».

⁵⁷⁴ Sul punto si condivide la tesi per cui la salute ed i servizi legati all'assistenza sociale devono sempre più essere caratterizzati da una forte stabilizzazione attribuendo la loro competenza al medesimo livello di competenza da cui

La scelta effettuata non è il risultato di un'opinione che trova solo voci concordi. Anche in sede di lavori parlamentari ci sono state considerazioni critiche sul punto.⁵⁷⁵ Non convince l'argomentazione maggiormente utilizzata per cui con questa modifica si ridurrebbe il contenzioso dinanzi la Corte costituzionale. Sembra piuttosto che proprio la scelta di rafforzare l'elenco delle materie di potestà legislativa esclusiva possa determinare un ulteriore aumento del contenzioso dinanzi la Corte costituzionale, per il conflitto che ne deriverebbe tra lo Stato e le Regioni, oltre alle conseguenze negative che deriverebbero da un neocentralismo.⁵⁷⁶

scaturisca un rapporto di forte collaborazione, di contro se le due materie non sono caratterizzate da una forte sinergia per il livello di competenza e di leale collaborazione nell'erogazione il rischio è che si realizzi un insuccesso e che le modifiche costituzionali possano peggiorare e non migliorare l'erogazione del servizio. E. ROSSI, *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due «materie» difficilmente separabili*, in E. CA TELANI, R. TARCHI, *I Diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, op. cit. p. 181.

⁵⁷⁵ Tra le più autorevoli, la Commissione parlamentare bicamerale per le questioni regionali ha considerato, nel parere sul testo di riforma costituzionale S. 1429, che «la riconduzione alla competenza legislativa esclusiva dello Stato di alcune materie attualmente attribuite alla legislazione concorrente, ma inerenti ad interessi oggettivamente indivisibili e di rilevanza nazionale (...) appare largamente condivisibile ed è del resto in linea con l'interpretazione dell'articolo 117 elaborata dalla Corte costituzionale, la quale si è adoperata per riportare ad una logica di sistema il dettato dell'articolo come novellato dalla revisione costituzionale del 2001». Nel fare ciò la commissione parlamentare ha correttamente inquadrato la questione mettendo in luce come già la Corte costituzionale ha adottato una logica che ha ridotto drasticamente il contenzioso tra lo Stato e le Regioni ed ha individuato in quali materie è opportuna una modifica del regime della potestà legislativa (grandi reti di trasporto e navigazione, ordinamento della comunicazione, produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia) a differenza di quelle come la salute in cui non si ravvede il motivo di una modifica così radicale. Sul punto I. CIOLLI, *La riforma del Titolo V e i conflitti di fronte alla Corte costituzionale*, Relazione in Seminario di discussione dell'Associazione "Gruppo di Pisa" dal titolo: *Corte costituzionale e riforma della Costituzione*, Firenze, 23 ottobre 2015, reperibile sul sito internet www.gruppodipisa.it, in particolare si veda il punto n. 6, «La dissoluzione della potestà legislativa concorrente? Tra mistificazione e realtà».

⁵⁷⁶ M. CECCHETTI, *I veri obiettivi della riforma costituzionale dei rapporti stato-regioni e una proposta per realizzarli in modo semplice e coerente*, reperibile nel sito internet www.gruppodipisa.it, il quale tratteggia le previsioni di modifica costituzionale nella considerazione per cui «Il testo della riforma, in buona sostanza, finisce per riproporre e addirittura, forse, per rafforzare rispetto al modello anteriore al 2001 le antiche logiche della preminenza dell'interesse nazionale unilateralmente

Non è inoltre di secondaria importanza la valutazione per cui le tante modifiche apportate al testo di riforma sembrano aver licenziato una proposta di modifica che non corrisponda all'esigenza di «chiarezza nella Costituzione» a cui dovrebbe ispirarsi ogni modifica del testo costituzionale.

Un ragionamento differente si deve invece realizzare in ordine all'attribuzione, in capo allo Stato, del coordinamento della finanza pubblica. Non condividendo l'impianto di fondo della riforma, è però possibile individuare alcuni profili meritevoli di maggiore apprezzamento, tra questi è annoverabile proprio la scelta di ricondurre allo Stato il compito di esercitare un ruolo di coordinamento della finanza pubblica nel suo insieme. Anche alla luce della legislazione dei Piani di rientro l'attribuzione di questa materia alla potestà legislativa esclusiva dello Stato rafforzerebbe l'orientamento che la Corte costituzionale ha assunto nella necessità di definire un quadro funzionale sul punto. La giurisprudenza costituzionale ha avuto più volte occasione di delineare i confini nella differenza tra le disposizioni di principio e di dettaglio superando in parte le questioni connesse alle controversie sul punto. Tuttavia, come si è messo in evidenza nel corso della trattazione dell'istituto sui Piani di rientro, rimangono dei nodi irrisolti nell'attribuire alla competenza concorrente il coordinamento della finanza pubblica, che la previsione enunciata riuscirebbe a meglio definire proprio perché cristallizzerebbe un quadro già definito dal Giudice delle leggi.

Strettamente connesso al tema della rivisitazione del rapporto tra Stato e Regioni, anche nella riformulazione della potestà legislativa, è da inquadrare la previsione in ordine al potere sostitutivo da parte dello Stato ed alla clausola di supremazia.⁵⁷⁷

definito dallo Stato-soggetto nell'ambito del circuito della rappresentanza politica nazionale, seppure mediante un vago, confuso e quasi mai decisivo apporto partecipativo di personale politico "designato" dalle assemblee elettive regionali».
⁵⁷⁷ Il richiamo fatto dal legislatore sembra essere quello all'art. 72 della Costituzione tedesca.

L'attuale testo di riforma, se approvato in via definitiva, introdurrebbe la possibilità per lo Stato d'intervenire nelle materie di competenza esclusiva delle Regioni, quando è necessario tutelare l'unità giuridica ed economica della Repubblica. Non è necessario soffermarsi a lungo sulla previsione per comprendere che questa modifica avrebbe un impatto decisivo nella vita delle Regioni in quanto ne deriverebbe la possibilità per il Parlamento, mediante la proposta del Governo, di intervenire sulle materie di competenza esclusiva delle Regioni allorquando «lo richieda la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica della Repubblica o lo renda necessario la realizzazione di programmi o di riforme economico-sociali di interesse nazionale». È noto che, soprattutto in presenza del nuovo testo dell'art. 81 Cost., sono molti gli spazi di manovra per il futuro legislatore che volesse applicare suddetta clausola anche per le materie di competenza esclusiva delle Regioni.

E' così possibile affermare che suddetta clausola, inserita in una cornice più ampia di ridimensionamento della competenza delle Regioni, può mettere in grave crisi l'impianto autonomista della Costituzione ed il percorso compiuto dalla legislazione anche negli anni più recenti.⁵⁷⁸ La tesi sembra essere quella per cui il regionalismo forte, auspicato da più parti, si scontri con un rinnovato centralismo.

Una considerazione differente è da effettuarsi in ordine alla previsione contenuta nell'articolo 120, co. 2, Cost. in cui si prevede che lo Stato possa escludere i titolari degli organi di governo regionale e locale dall'esercizio delle rispettive funzioni quando è accertato lo stato di grave dissesto finanziario dell'ente. La previsione assumerebbe un particolare valore se fosse intesa nell'ottica per cui la sostituzione da parte dello Stato,

⁵⁷⁸ La riforma nel testo attualmente approvato, supera anche la previsione contenuta nell'art. 116 Cost. individuando pochissime materie attribuibili alla competenza delle Regioni ed introducendo come ulteriore requisito la condizione per cui le Regioni interessate da un eventuale attribuzione di competenza deve garantire l'equilibrio tra entrate e spese di bilancio. Tra le altre in ultima lettura è stata introdotta la materia delle politiche sociali come di competenza esclusiva dello Stato ma attribuibile alle Regioni per tramite dell'art. 116 Cost.

anche degli organi di vertice di Regioni ed Enti locali, non è posta in antitesi alla possibilità di realizzare un regionalismo forte. In altre parole, se l'impianto in un suo quadro più ampio avesse valorizzato i profili dell'autonomia regionale si sarebbe potuto maggiormente comprendere la necessità di garantire la possibilità da parte dello Stato d'intervenire in modo diretto nelle scelte delle Regioni. Diversamente, suddetta previsione, se inserita nel contesto di riforma rappresenta un'ulteriore limitazione dello spazio di azione delle Regioni e di conseguenza un ridimensionamento dello Stato regionale.

La previsione per cui permane il sistema di approvazione bicamerale di alcune leggi non può in alcun modo compensare quanto si è riferito e che va nella direzione di un forte ridimensionamento dell'autonomia.⁵⁷⁹ Senza potersi addentrare ulteriormente in considerazioni più specifiche, basti riflettere sul procedimento di approvazione delle leggi bicamerali e del peso relativo che potrebbe esercitare il Senato in una composizione che con ogni probabilità risponderà a logiche di maggioranza politica piuttosto che all'effettiva tutela degli interessi regionali.⁵⁸⁰

In conclusione, all'indomani dell'eventuale modifica definitiva, il quadro che si verrebbe a realizzare sarebbe quello per cui l'impianto dello Stato delle autonomie verrebbe fortemente limitato da una modifica che

⁵⁷⁹ Ci si riferisce alla nuova formulazione dell'art. 116 Cost. che attiene alle ulteriori forme di autonomia per le Regioni; all'art. 117 Cost. in ordine alla legislazione che regola la possibilità per gli Enti locali di stipulare Accordi con le Autonomie locali di altri Stati; all'art. 119 sull'attribuzione delle risorse per i Comuni, Città Metropolitane e Regioni. All'articolo 120 Cost. in merito all'importante attribuzione del potere sostitutivo, così com'è stato già descritto.

⁵⁸⁰ Sul punto ha in modo condivisibile osservato A. PACE, *Audizione nel procedimento di revisione costituzionale (d.d.l n. 1429-B)*, 28 luglio 2015. «prevedere che il Parlamento sia composto: da un lato, da un Senato composto da 100 senatori - di cui cinque in discutibilissima rappresentanza del Presidente della Repubblica, del quale avrebbero la stessa durata e 95 consiglieri e sindaci part time; e, dall'altro, da una Camera che continuerebbe ad essere composta da 630 deputati, induce a ritenere che sia una lustra, uno specchietto per le allodole, sostenere che il Senato possa svolgere un ruolo rilevante nelle riunioni del Parlamento in seduta comune per le elezioni del Presidente della Repubblica, dei giudici costituzionali e dei componenti laici del Consiglio Superiore della Magistratura».

nelle intenzioni, ancora prima che nelle modifiche alla Costituzione, vuole ridurre la capacità di azione delle Regioni prediligendo l'assunzione di decisioni a livello centrale, che però non sembrano in alcun modo poter garantire una maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi.⁵⁸¹

L'attribuzione di una competenza esclusiva in capo allo Stato, proprio nella materia di tutela della salute, non sembra poter garantire un miglioramento nell'erogazione dei servizi. Il rischio è anzitutto di bloccare il percorso virtuoso intrapreso da alcune Regioni che hanno raggiunto risultati eccellenti nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Da ultimo non è possibile trascurare il fatto che la riforma non prende in considerazione le Regioni a Statuto speciale, che continuerebbero ad aver garantito un maggiore livello di autonomia tale per cui si realizzerebbero delle differenze ancora più marcate di quelle attualmente presenti tra le Regioni. Se è già meritevole di una specifica riflessione l'opportunità di mantenere un regionalismo differenziato nelle attuali dinamiche della vita della Repubblica, ci si dovrebbe perlomeno interrogare sulle conseguenze che si potrebbero determinare allorché la specialità non producendo risultati eccellenti nell'erogazione dei servizi e nel rispetto dei livelli essenziali venga mantenuta in un quadro generale di riforma che ha invece assunto un orientamento opposto e nel senso di un rimarcato centralismo.⁵⁸²

⁵⁸¹ Il rischio è che s'innesci un successivo desiderio di riformare la riforma spingendo la vita istituzionale del Paese in un perenne stato d'incertezza, V. TONDI DELLA MURRA, *Una riforma «semper reformanda»*, in Osservatorio, Rivista A.I.C., 1 ottobre 2015.

⁵⁸² Di particolare interesse è quanto osservato da S. PAJNO, *Testo dell'audizione sul disegno di legge costituzionale A.C. 2613-B presso la I Commissione Affari costituzionali della Camera, (29 ottobre 2015)*, in Osservatorio, Rivista A.I.C., per cui l'approvazione dell'attuale testo di riforma costituzionale produrrebbe come conseguenza «La permanenza in vigore della clausola di adeguamento automatico del 2001, con l'esito di mantenere in vita, anche oltre l'entrata in vigore della legge costituzionale in esame, il titolo V come allora riformato. Resterebbero quindi in vigore, contemporaneamente ma per diverse parti del territorio nazionale, due differenti versioni del Titolo V, con l'esito quasi paradossale secondo il quale i futuri compilatori dei testi costituzionali in commercio dovrebbero inserire due

Considerazioni conclusive

La riflessione sulla legislazione dei Piani di rientro affonda le proprie radici in un contesto ben più ampio, che è quello della tutela della salute e dunque dell'erogazione dei servizi sanitari per tramite del Servizio sanitario nazionale.

Nella prima parte del lavoro si è cercato di argomentare la tesi per cui la genesi evolutiva dei Piani di rientro è da rintracciare nella necessità di garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza in attuazione dell'articolo 32 Cost. Le argomentazioni della Corte costituzionale a sostegno della costituzionalità dei Piani di rientro, soprattutto alla luce del principio di coordinamento della finanza pubblica, sono così state inquadrare in più vasto contesto in merito alla valutazione di suddetto istituto rispetto ai principi costituzionali.

Per dimostrare suddetta tesi si è ricostruita l'interpretazione del diritto alla tutela della salute, così come riconosciuto in Costituzione. Le considerazioni in ordine alla normativa sull'organizzazione sanitaria nell'Italia repubblicana ha permesso di comprendere la ratio dell'introduzione dei Piani di rientro nell'ordinamento, a partire dalla valutazione dell'articolo 19 ter del d.lgs. n. 502 del 1992, così come modificato dal d.lgs. n. 229 del 1999.

Tramite lo studio della legislazione è stato possibile dedurre che l'istituto in esame scaturisce anzitutto dall'esigenza immediata di garantire il rispetto dei livelli essenziali e dunque della piena attuazione del diritto di tutela della salute, ed anche dalla volontà di rivedere l'organizzazione sanitaria intervenendo sulle criticità strutturali. La previsione del 1999 è andata nella direzione di garantire uno strumento capace di intervenire a

testi di tale parte della Costituzione. Ovviamente, peraltro, il regime dell'applicabilità alle Regioni speciali e dalle Province autonome di uno di questi testi – ossia quello oggi in vigore – resterebbe tutt'altro che chiaro, continuando ad essere affidato ai tortuosi percorsi interpretativi e applicativi della clausola di maggior favore contenuta nell'art. 10 della legge Cost. n. 3 del 2001».

sostegno dell'autonomia regionale prima delle più recenti difficoltà e che era stato pensato dal legislatore per garantire il miglior funzionamento possibile nell'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte delle Regioni.

L'evoluzione della legislazione sui Piani di rientro nella cornice costituzionale non è possibile da realizzare senza che si prenda in considerazione la nascita del Sistema sanitario nazionale e la sua evoluzione in attuazione dell'art. 32 Cost. e poi con la trasformazione nel senso di una sanità fortemente regionalizzata, coerente con il progetto di un regionalismo forte. Il combinato disposto tra le disposizioni in materia di tutela della salute e di organizzazione delle Autonomie locali nasce dalla necessità di garantire il pieno funzionamento di questi due anime della Costituzione.

Le riforme adottate negli anni Novanta in materia sanitaria e la successiva riforma costituzionale hanno impegnato la dottrina e la giurisprudenza in una riflessione sugli aspetti di maggiore criticità. In tal senso sembra però potersi affermare che, seppur dopo un primo momento di difficoltà, si è definito un quadro chiaro nella divisione delle materie, anche per quelle di natura concorrente, per cui il contenzioso è ormai estremamente ridotto. Un argomento rilevante alla luce delle argomentazioni addotte a fondamento delle recenti modifiche della Costituzione. Per quanto attiene allo studio delle riforme costituzionali si è sostenuto il ragionamento per cui la riforma del Titolo V non ha apportato delle modifiche strutturali nella materia di tutela della salute per quanto riguarda, in particolar modo, l'organizzazione regionale dei servizi sanitari. Le previsioni contenute nella riforma hanno confermato in Costituzione un impianto che si era già venuto a delineare alla fine degli anni Novanta mediante la modifica della legislazione ordinaria.

L'interpretazione, corroborata dalla ricostruzione che si è effettuata della legislazione in materia sanitaria, permette di affermare che non è possibile ricondurre alla riforma del Titolo V la forte impronta regionalista nella materia di organizzazione dei servizi sanitari. Di contro si è però

considerato che l'organizzazione sanitaria, caratterizzata da una forte regionalizzazione, non ha dato ovunque i risultati sperati. A conferma di una differenziazione non sempre virtuosa si consideri che alcune tra le Regioni non sono riuscite a garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e l'efficiente erogazione dei servizi sanitari.

In questo quadro s'inserisce la considerazione per cui dai dati degli organi preposti al monitoraggio (Ministero, Agenas, Assessorati Regionali) emerge che non si può ricondurre il mancato rispetto dei livelli essenziali ad un minore impiego delle risorse. Il dato è che in presenza del medesimo quadro legislativo e con l'identico impiego delle risorse pro capite alcune Regioni hanno dimostrato una capacità gestionale eccellente dell'autonomia, per cui ne è derivato un miglioramento e un ampliamento dei Servizi (il caso Lombardia ed Emilia Romagna valga per tutti). Lo stesso risultato non è invece stato raggiunto da altre Regioni anche quando si è realizzato un maggiore trasferimento di risorse da parte dello Stato, com'è avvenuto in seguito alla sottoscrizione dei Piani di rientro.

Dopo dieci anni dall'entrata in vigore della legislazione e fermo restando l'analisi effettuata in dettaglio in ordine all'inquadramento dei Piani di rientro nell'ordinamento è possibile affermare che suddetto strumento può essere letto solo se ricondotto nel più ampio contesto dello Stato regionale così com'è stato pensato dai Costituenti nel testo originario e come si è evoluto dopo la riforma del 2001.

L'autonomia regionale che rappresenta un principio, non modificabile, della Costituzione ha dimostrato attraverso la materia interessata dai Piani di rientro sanitari, che l'autonomia può anche generare il mancato raggiungimento degli obiettivi. Non è però possibile ricondurre all'autonomia la causa della gestione errata dei servizi, perché in tal caso si sosterebbe la tesi di una ricostruzione, non condivisibile, di un fallimento del regionalismo italiano.

Diversamente è invece possibile addivenire alla conclusione che l'impianto di un regionalismo forte ha garantito la piena attuazione del

principio autonomistico ma che è necessario uno strumento capace di intervenire nel caso in cui le scelte assunte non garantiscano il rispetto di quei principi che la Costituzione riconosce su tutto il territorio nazionale. La soluzione, in questo senso, non è quella di sanzionare le Regioni riconducendo a queste un insieme eterogeneo di responsabilità, bensì di rafforzare il controllo e gli obblighi in capo a quelle Regioni deficitarie.

La legislazione sui Piani di rientro ha così dimostrato che è possibile intervenire secondo uno schema caratterizzato da fasi differenti in cui l'intervento dello Stato è sussidiario rispetto alle scelte assunte dalle Regioni. Non è di secondaria importanza la considerazione per cui la legislazione sui Piani di rientro ha espressamente previsto che sono gli organi della Regione che hanno il compito di individuare le maggiori criticità e le possibili soluzioni attraverso la predisposizione del Piano.

Non è ipotizzabile che la tradizione fortemente accentrata delle scelte amministrative e politiche, fino almeno alla piena operatività delle Regioni, che ha caratterizzato l'ordinamento possa improvvisamente generare autonomie efficienti e responsabili, soprattutto in quei casi in cui è assente una tradizione di buona amministrazione anche da parte degli uffici periferici dello Stato. Per siffatto motivo è necessario uno strumento legislativo capace di affiancare le Regioni in maggiore difficoltà. Questo non è soltanto un mezzo per garantire quei livelli essenziali di cui lo Stato è artefice e garante ma è un modo per permettere di avviare un percorso virtuoso di autonomia. Non si condivide l'interpretazione della legislazione sui Piani di rientro come la dimostrazione di un fallimento del regionalismo. Quest'ultima argomentazione sembra prediligere l'intento di affrontare la questione del regionalismo in chiave di un ridimensionamento dell'autonomia e di un rafforzamento delle scelte assunte dallo Stato.

Così come la Costituzione ha riconosciuto la presenza di autonomie speciali, nel senso di una maggiore autonomia, sarebbe necessario da parte

(perlomeno) dell'interprete riconoscere che l'autonomia può essere differenziata nella misura in cui può essere temporaneamente limitata dallo Stato. Se l'autonomia è un mezzo per addivenire alla piena realizzazione dell'eguaglianza sostanziale quest'obiettivo è possibile da raggiungere solo se sussiste una responsabilità condivisa da parte dei territori che gestiscono le decisioni. Il valore aggiunto, rappresentato da un pieno raggiungimento dell'eguaglianza sostanziale, è possibile da ottenere soltanto se rimangono elevati i livelli nell'erogazione dei servizi. In caso contrario, nel rispetto dei principi costituzionali, è necessario uno strumento che possa realizzare una temporanea condivisione delle scelte con lo Stato, senza che questo possa essere interpretato come il fallimento dell'autonomia regionale.

Se questo è il senso e lo scopo dell'introduzione dei Piani di rientro nell'ordinamento non è però possibile sottrarsi dalla necessità di collocare la legislazione dei Piani di rientro rispetto ai parametri sanciti dalla Costituzione. L'interprete non può esimersi da uno studio in ordine alla qualificazione giuridica della legislazione e degli Accordi che ne sono scaturiti. La difficoltà iniziale che si presenta all'interprete è certamente da ricondurre alla frammentarietà della legislazione a fondamento dei Piani di rientro sanitari. Il lavoro ricostruttivo delle disposizioni legislative che si è effettuato, non solo di quelle più importanti, permette di disegnare un quadro d'insieme, così da garantire una più accurata interpretazione, dato che il legislatore non ha mai adottato una previsione legislativa organica neanche negli anni più recenti.

Dalla ricostruzione dei diversi interventi legislativi in materia è stato possibile affermare che la legislazione sui Piani di rientro ha subito un'evoluzione che ha apportato delle modifiche sostanziali rispetto alla previsione iniziale. L'origine dell'intervento dello Stato nelle Regioni incapaci di garantire un elevato livello di efficienza dei servizi e di un equilibrio economico è da rintracciare nella modifica dell'art. 19-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 ad opera del del d.lgs. n. 229 del 1999. Nel momento in cui lo Stato ha constatato che alcune Regioni non erano nelle condizioni

di garantire i principi costituzionali in materia sanitaria e di equilibrio economico è intervenuto, senza però modificare l'impianto regionalista dell'organizzazione della sanità.

L'evoluzione della legislazione in ordine ai Piani di rientro può essere ricondotta a tre fasi differenti. La prima che coincide con la legge finanziaria n. 311 del 2004 ed è caratterizzata dall'introduzione dell'istituto nell'ordinamento. Questo primo riferimento da parte del legislatore è stato caratterizzato dall'esigenza d'intervenire con urgenza nelle Regioni contraddistinte dal forte deficit in ambito sanitario. La scelta del legislatore, in questa prima fase, sembra essere stata rappresentata da una maggiore condivisione tra lo Stato e le Regioni rispetto alle modalità con cui addivenire ad una soluzione per il superamento del deficit sanitario.

La seconda fase può essere individuata a far data dalla legge finanziaria n. 191 del 2009 che ha rappresentato un momento di passaggio importante nella legislazione in materia, perché ha delineato un'articolazione maggiormente dettagliata delle disposizioni sui Piani di rientro. Gli interventi legislativi contenuti nelle leggi finanziarie e negli altri provvedimenti successivi hanno poi confermato quanto previsto in questa legge finanziaria. Dopo il 2010 il legislatore è intervenuto con provvedimenti volti a modificare singoli aspetti, frutto anche dell'esperienza empirica maturata con l'attuazione dei Piani di rientro nelle diverse Regioni.

La ricostruzione degli Accordi che sono scaturiti dalle previsioni legislative ha permesso di definire il quadro d'insieme, in quanto sono i successivi Accordi tra lo Stato e le Regioni che realizzano la concreta attuazione nell'ordinamento. Dal 2004, data dell'adozione della prima legislazione in materia, si è assistito ad una sottoscrizione diluita nel tempo degli Accordi tra lo Stato e le Regioni. Per questo se l'istituto è unitario, in quanto è la legge che li prevede, sono però molteplici gli Accordi conclusi con differenze apprezzabili nel loro contenuto.

La rilevanza delle differenze che distinguono il contenuto degli Accordi viene in evidenza nel momento in cui si qualifica giuridicamente l'Accordo sottoscritto nell'ordinamento ed in particolare nel sistema delle fonti. La giurisprudenza ha subito un'evoluzione in funzione delle modifiche legislative ed ha accolto, a far data dal 2010, l'interpretazione di una forte vincolatività degli Accordi sottoscritti per il legislatore regionale.

Dalla ricostruzione giurisprudenziale che si è effettuata appare ormai consolidato l'orientamento che qualifica la legislazione sui Piani di rientro sanitari come un'esplicitazione del principio di coordinamento della finanza pubblica e per cui l'Accordo sottoscritto diviene norma interposta nel giudizio di costituzionalità delle leggi regionali. Rispetto all'orientamento della Corte costituzionale, che è ormai costante nel qualificare la legislazione nel senso che si è detto, si è così effettuata la ricostruzione della giurisprudenza della Corte anche in tema di coordinamento della finanza pubblica.

Presi in considerazione i parametri individuati in precedenza dalla Corte costituzionale per qualificare una disposizione legislativa come attuazione del principio di coordinamento della finanza pubblica o meno ed effettuato un raffronto con quanto statuito dalla Corte in tema di Piani di rientro è possibile considerare quest'ultima legislazione come espressione del coordinamento della finanza pubblica. Questa qualificazione ha però messo in evidenza alcune incongruità interpretative che attengono alla valutazione per cui nell'Accordo sottoscritto è possibile individuare delle descrizioni di dettaglio rispetto alle scelte che deve assumere la Regione per la risoluzione del deficit sanitario. Se cioè si prendono in esame le singole disposizioni previste all'interno degli Accordi stipulati bisogna valutare in concreto se queste possono rientrare o meno all'interno dell'esplicitazione del principio di coordinamento della finanza pubblica.

Rispetto a questo la Corte deve effettuare un bilanciamento dei principi, considerando che le scelte assunte producono conseguenze

importanti nell'ordinamento, soprattutto in un momento di risorse finanziarie limitate ed in presenza della riforma dell'articolo 81 Cost. che nella sua nuova formulazione introduce il principio del pareggio di bilancio.

Nell'interpretazione generale della disciplina si deve però tenere conto dello strumento che si è adottato, in particolare gli Accordi che prendono il nome di Piani di rientro, e che contengono al loro interno profili di dettaglio che sono il risultato di una più articolata valutazione tra lo Stato e le Regioni delle possibili cause che hanno prodotto il deficit in materia sanitaria e delle possibili soluzioni che si possono adottare. Pur potendo considerare la vincolatività dei Piani di rientro in quanto norme interposte del principio di coordinamento della finanza pubblica nel giudizio dinanzi alla Corte costituzionale, non è possibile spingersi fino a considerare ogni profilo contenuto nel Piano come in attuazione di suddetto principio. Un'interpretazione che si è argomentata prendendo le mosse dall'interpretazione della Corte costituzionale anche le disposizioni di dettaglio rispetto alla gestione della sanità regionale in quanto espressione del principio di coordinamento della finanza pubblica, prescindendo dalla valutazione in merito al raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati.

Il medesimo ragionamento si ripropone allorché si devono prendere in considerazione provvedimenti legislativi regionali contenenti scelte che non sono regolate dall'Accordo. Non è così possibile considerare tutte le previsioni contenute in quest'ultimo in quanto principi di coordinamento della finanza pubblica, tale per cui dalla loro violazione ne deriverebbe un'automatica inadempienza del vincolo costituzionale. Questa sarebbe un'interpretazione assai estensiva sia dei principi costituzionali sia della precedente giurisprudenza costituzionale sul punto.

Per siffatti motivi si è invece considerato che sarebbe più corretta un'interpretazione delle disposizioni legislative regionali con riferimento ai Piani di rientro che tenga in considerazione in misura maggiore gli obiettivi

di riduzione del deficit e di miglioramento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, prescindendo dai singoli aspetti previsti o meno nell'Accordo rispetto alle scelte assunte in dettaglio dalla Regione.

L'Accordo stipulato, che è un atto amministrativo con cui lo Stato e le Regioni s'impegnano reciprocamente, trova la sua fonte nella legge che ha previsto e regolato la possibilità di sottoscriverlo. La vincolatività per la Regione deriva dalla previsione legislativa in forza di un principio costituzionale che si attua per tramite dell'Accordo che poi diviene norma interposta nel giudizio di costituzionalità. In funzione di ciò la questione delle previsioni di dettaglio contenute negli Accordi sui Piani di rientro sanitari si ricollega alla lettura dell'eventuale limitazione all'autonomia politica. Se si considera ammissibile la possibilità che nell'Accordo vi siano previsioni di dettaglio e che la Giunta regionale che sottoscrive l'Accordo può vincolare la vita istituzionale della Regione per gli anni avvenire, si deve considerare che lo Stato decidendo di sollevare o meno la questione dinanzi alla Corte costituzionale, rispetto a decisioni di dettaglio, può limitare le scelte della Regione su una tema, qual è quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, che ha un peso di rilievo nella vita politico istituzionale di una Regione.

Se si dovesse considerare valida la tesi per cui la leale collaborazione imporrebbe alla Regione di non discostarsi dalle scelte di dettaglio assunte in sede di Accordo si realizzerebbe un'eccessiva limitazione all'autonomia regionale per tramite di quanto sottoscritto dalla sola Giunta regionale con il Governo, anche per eventuali consiliazioni successive e frutto di una diversa consultazione elettorale. Quest'ultima considerazione assume una particolare rilevanza in funzione proprio della leale collaborazione rispetto alla vincolatività dei Piani di rientro sanitari per le Regioni.

La Corte costituzionale anche nell'interpretare l'applicazione dei Piani di rientro nell'ordinamento ha preso in considerazione il profilo della leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni. La questione non è di secondaria importanza e viene in rilievo in due diversi momenti. Il primo

attiene alla sottoscrizione dell'Accordo, il secondo alla sua attuazione mediante l'adozione degli atti legislativi ed amministrativi da parte della Regione.

Nel ricostruire i diversi Piani di rientro sanitari sottoscritti viene in evidenza come la leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni rappresenta una modalità da cui non si può prescindere, sia perché rappresenta uno dei criteri individuati dalla Corte per esercitare il coordinamento della finanza pubblica, sia perché solo attraverso la piena collaborazione possono essere individuate e risolte le criticità presenti. Per questi motivi lo Stato, nell'esercitare la propria competenza, deve necessariamente coinvolgere le Regioni interessate.

Qui si inserisce il dibattito sull'opportunità di sottoscrivere l'Accordo da parte della Giunta regionale senza un intervento da parte del Consiglio regionale. Questo può rappresentare un *vulnus* proprio nell'ottica del rispetto del principio di leale collaborazione, non solo tra lo Stato e la Regione, ma bensì anche tra gli organi della Regione. In tal senso si è argomentato che non appare possibile considerare come pienamente rispettato suddetto principio in assenza di una piena collaborazione tra le parti. Un ragionamento che assume una particolare rilevanza se si considera l'argomentazione utilizzata dinanzi alla Corte per cui la Regione, se non rispetta l'Accordo sottoscritto, violerebbe, tra gli altri, il principio di leale collaborazione.

Il ragionamento potrebbe essere condivisibile solo nella misura in cui gli organi di rappresentanza della Regione fossero, in un'ottica di partecipazione tra le parti, interessati dall'assunzione dei vincoli. Fin dalla sua genesi il rapporto che intercorre tra lo Stato e le Regioni caratterizzate dal deficit deve essere fondato su una collaborazione finalizzata a superare suddetta condizione senza intaccare l'autonomia regionale costituzionalmente garantita. La Regione che decide di sottoscrivere l'Accordo lo fa in quanto è consapevole che in assenza del trasferimento da parte dello Stato non si possono garantire il rispetto dei livelli essenziali

di assistenza oltre che la normale attività dei servizi ad essa attribuiti. Lo Stato, nell'esercitare la propria competenza in materia di coordinamento della finanza pubblica, per tramite dell'Accordo, deve tenere in considerazione la peculiare disparità di posizioni vista, tra l'altro, la difficoltà economica in cui versa la Regione che richiede la sottoscrizione del Piano di rientro. In ordine a quest'ultimo profilo non è possibile ritenere le disposizioni legislative regionali incostituzionali per la sola violazione del principio di leale collaborazione. Una tesi che, se pur meritevole di attenzione, non è condivisibile proprio in funzione delle considerazioni effettuate in merito alle modalità di sottoscrizione dell'Accordo.

Il principio di leale collaborazione viene in rilievo durante tutto il periodo di attuazione del Piano, anche con riferimento all'esercizio del potere sostitutivo da parte dello Stato; che nel sostituirsi alle Regioni, in funzione di quanto previsto dall'articolo 120 Cost., nomina il Commissario ad acta soltanto nel caso in cui la Regione non possa autonomamente risolvere la propria condizione di deficit. Un procedimento che dimostra la possibilità per la Regione di effettuare le scelte più idonee in autonomia, e solo in mancanza dell'adozione di provvedimenti in tal senso, lo Stato esercita il potere sostitutivo.

Le riflessioni sull'esercizio del potere sostitutivo da parte dello Stato, sono strettamente connesse alla ricostruzione dei motivi che hanno indotto lo Stato ad intervenire per sostituirsi alle Regioni inadempienti. La questione non è per nulla secondaria a tutta la ricostruzione sulla legislazione in tema di Piani di rientro, perché fornisce un'ulteriore chiave di lettura. Il Governo nell'adottare i provvedimenti volti a sostituirsi all'organo regionale individua l'evoluzione della sottoscrizione del Piano di rientro da parte della Regione e la sua mancata attuazione. Il procedimento è dunque caratterizzato da fasi differenti, per cui la necessità di sottoscrivere un Piano deriva dalla constatazione che c'è stata una responsabilità da parte degli organi regionali non soltanto nella

produzione del deficit, ma anche nell'incapacità di ridurlo con gli strumenti legislativi ordinari. In questa prospettiva, che si realizza in più fasi, il primo elemento è che la Regione ha prodotto un deficit finanziario e soltanto dopo che si registra anche la mancata attuazione di quanto concordato nel Piano di rientro, lo Stato esercita il potere sostitutivo mediante la nomina del Commissario ad acta.

La genesi e l'evoluzione dell'applicazione del potere sostitutivo rappresentano così una delle chiavi di lettura per l'istituto dei Piani di rientro. Il quadro normativo ha disegnato un percorso all'interno del quale si devono muovere le Regioni. Il primo è rappresentato da una forte collaborazione tra le Regioni e lo Stato, in cui le prime analizzano i motivi della mancanza di efficienza per tentare di risolverlo in modo autonomo presentando e cercando di attuare un piano volto non alla sanzione bensì alla responsabilizzazione delle Regioni. Solamente in un secondo, ed eventuale, momento interviene lo Stato per esercitare il proprio potere sostitutivo.

Nell'eventualità in cui il Commissario si sostituisca agli organi della Regione nell'attuazione del Piano di rientro, non sussiste la possibilità da parte di questo di dettare delle linee generali in applicazione del Piano, bensì si realizza la sostituzione degli organi nell'adozione delle scelte puntuali che si sono già effettuate con la sottoscrizione. Questo profilo, come si è messo in luce anche attraverso la ricostruzione della giurisprudenza, assume un ruolo essenziale in quanto anche il potere del Commissario ad acta è condizionato a quanto stabilito nel Piano sottoscritto, motivo per cui da un mancato rispetto di questo ne deriva un'illegittimità degli atti del Commissario. Una condizione che è stata oggetto di una specifica valutazione e che ha permesso di giungere alla conclusione per cui l'operato del Commissario ad acta si è concretizzato, in alcuni casi, in violazione delle disposizioni per l'esercizio del potere sostitutivo proprio perché si sono predisposte misure non previste dal Piano.

L'esercizio del potere sostitutivo da parte dello Stato nell'applicazione dei Piani rientra a pieno titolo nel quadro costituzionale e dimostra la piena armonia di questo strumento rispetto al regionalismo italiano.

Le Regioni, in forza della loro autonomia, possono assumere le scelte maggiormente idonee alla risoluzione del deficit ed alla corretta erogazione dei servizi, lo Stato interviene solo nel caso in cui le Regioni non sono state capaci autonomamente di erogare i servizi secondo le proprie competenze. L'autonomia garantisce alle Regioni caratterizzate da una buona capacità amministrativa di assumere le scelte migliori per raggiungere risultati eccellenti, il Piano di rientro rappresenta invece lo strumento capace di accompagnare il percorso di autonomia per quelle Regioni con minori capacità. Infine, lo Stato garantisce il rispetto dei principi costituzionali mediante la propria competenza a sostituirsi alle scelte delle Regioni in caso in cui perduri la condizione di mancato rispetto degli obiettivi. Per i buoni risultati che, nel complesso, l'istituto dei Piani di rientro ha dimostrato poter garantire, si può considerare applicabile anche ad altre materie, nell'ottica di un buon funzionamento dello Stato regionale.

Bibliografia

ADVERSI M., SESTA M., (a cura di), *L' erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014.

ALLEGRETTI U., *Autonomia regionale e unità nazionale*, in “Le Regioni”, n. 1, 1995, pp. 9-26.

ALLEGRETTI U., *L'istituzione degli Enti ospedalieri*, in MATTIONI A. (a cura di), *Gli ospedali, aspetti giuridico-amministrativi*, Vita e Pensiero, Milano, 1970.

ALPA G., *Danno biologico e diritto alla salute. Un'ipotesi di applicazione diretta dell'art. 32 della Costituzione*, in “Giurisprudenza italiana”, n. 1, 1976, pp. 447-460.

ANELLO W., CAPRIO G., *I difficili rapporti tra centro e periferia. Conferenza Stato-Regioni, Conferenza Stato Città Autonomie, Conferenza unificata*, in “Istituzioni del Federalismo”, n. 1, 1998, pp. 47-62.

ANTONELLI V., *L'azienda sanitaria locale: struttura e funzioni*, in “Amministrazione in cammino”, 2010.

ANTONIAZZI S., *Governance territoriale e nuovi modelli di organizzazione sanitaria*, in P. BILANCIA (a cura di), *Modelli innovativi di Governance territoriale, profili teorici e applicativi*, Giuffrè, Milano, 2011.

ANTONIAZZI S., *Riforma del Titolo V della Costituzione e “tutela della salute”: le prospettive offerte dalle nuove competenze regionali per la materia sanitaria*, in “Diritto dell'economia”, n. 1, 2003, pp. 67-100.

ANTONINI L., *Art. 117*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI, (a cura di) *Commentario alla costituzione*, Utet, Torino, 2006.

ANTONINI L., *I principi di coordinamento del federalismo fiscale* in Id, (a cura di), *Verso un nuovo federalismo fiscale*, Giuffrè, Milano, 2005.

ANZON A., *«Leale collaborazione» tra Stato e Regioni, modalità applicative e controllo di costituzionalità*, in “Giurisprudenza Costituzionale”, fasc. 6, 1998, p. 3532 ss.

ANZON A., *I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale. Il nuovo regime e il modello originario a confronto*, Giappichelli, Torino, 2002.

ANZON A., *I poteri delle Regioni. Lo sviluppo attuale del secondo regionalismo*, Giappichelli, Torino, 2008.

ANZON A., *Istanze di unità e istanze autonomistiche nel «secondo regionalismo»: le sentenze nn. 303 del 2003 e 14 del 2004 della Corte costituzionale e il loro seguito*, in “Le Regioni”, n. 4-5, 2008, p. 779-790.

ANZON A., *Le potestà legislative dello Stato e delle Regioni*, Giappichelli, Torino, 2005.

ANZON A., *Quale regionalismo differenziato?*, in “Istituzione del Federalismo”, n. 1, 2008, pp. 51-62.

ANZON A., *Un passo indietro verso il regionalismo duale*, in Atti Seminario A.I.C. 12 gennaio 2002 dal titolo Il nuovo Titolo V della parte II della Costituzione. Primi problemi della sua attuazione, Giuffrè, Milano, 2002.

AQUILI C., *La potestà legislativa regionale nella riforma del Titolo V: le prospettive aperte e i nodi connessi all'attuazione delle nuove disposizioni costituzionali*, in Amministrazione in Cammino, 2010.

ARRIGO T., *Il danno alla persona*, in VISINTINI G. (a cura di), *Trattato della responsabilità contrattuale*, Vol. 3, Cedam, Padova, 2009.

ATELLA V., CINCOTTI F., *Un'analisi dei Piani di rientro*, in “Ragiusan”, n. 26, 2009, pp. 76-80.

AVANZINI G., *Il commissario straordinario* Giappichelli, Torino, 2013.

BACHELET V., *Coordinamento*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. X, Giuffrè, Milano, 1962.

BALBONI E., *Dal federalismo gridato al federalismo possibile*, in BINDI E., PERINI M., (a cura di), *federalismo e regionalismo, Teoria e prassi nell'attuale fase storica*, Giuffrè, Milano, 2006

BALBONI E., *Diritti sociali, sanità e federalismo: il ruolo che spetta all'autonomia regionale* in CATELANI E., TARCHI R., (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Editoriale scientifica, Napoli, 2015.

BALBONI E., *Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali*, in “Istituzioni del Federalismo”, n. 6, 2001, pp. 1103-1112.

BALBONI E., *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi della riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, Milano, 2003.

BALBONI E., RINALDI P. G., *livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in “Le Regioni”, n. 5, 2006, pp. 1114-1132.

BALDINI V., *Concretizzazione legislativa dei diritti fondamentali e loro tutela giurisdizionale. Quando l'efficacia della Costituzione dipende dalla volontà del legislatore ordinario*, in “Diritto pubblico comparato ed europeo”, n. 2, 2014, pp. 621-639.

BALDINI V., *La concretizzazione dei diritti fondamentali*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2015.

BALDUZZI R. (a cura di), *La responsabilità professionale in ambito sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2010. G. GIORGI, *Le aziende sanitarie*, in “Sanità pubblica e privata”, n. 3, 2000, pp. 801-820.

BALDUZZI R., (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza*, Giuffrè, Milano, 2005.

BALDUZZI R., (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, *Atti del Convegno di Genova, 24 febbraio 2004*, Giuffrè, Milano, 2004

BALDUZZI R., *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del Servizio Sanitario Nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, in Id., (a cura di) *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna, 2009.

BALDUZZI R., *Alcune conclusioni: La difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali*, in CATELANI E., GRISOLIA M.C., BALDUZZI R., CERRINA FERONI, G., (a cura di), *Organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011.

BALDUZZI R., CARPANI G., *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013.

BALDUZZI R., *Cittadinanza corti e salute*, Cedam, Padova, 2007.

BALDUZZI R., DE TURA A., *Spunti per una manutenzione straordinaria del SSN*, in BOTTARI C., FOGLIETTA F., VANDELLI L. (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013.

BALDUZZI R., DI GASPARE G., (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Giuffrè, Milano, 2001.

BALDUZZI R., DI GASPARE G., (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V: Atti della Giornata nazionale di studio, Genova, 15 gennaio 2002*, Giuffrè, Milano, 2002.

BALDUZZI R., *Il diritto alla salute e la manutenzione del sistema sanitario*, in "Monitor", n. 29, 2012, pp. 3-5.

BALDUZZI R., *I nemici distratti dell'aziendalizzazione*, in "Il bisturi", n. 6, 2006.

BALDUZZI R., *Il Servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assestamento normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998 n. 419*, in "Quaderni Regionali", 1998, pp. 941-961.

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)*, in "Quaderni Regionali", n. 1, 2004, pp. 11-26.

BALDUZZI R., *La legge n. 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d'insieme*, in "Sanità pubblica e privata", n. 1, 1999, pp. 161-172.

BALDUZZI R., *La legislazione regionale dopo la l. cost. n. 3 del 2001: sanità, commercio, servizi pubblici locali, comunicazione, urbanistica, elezioni regionali, servizi sociali, tributi regionali, istruzione*, in "Le Regioni", n. 5, 2005, pp. 717-742.

BALDUZZI R., (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2012.

BALDUZZI R., (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Giuffrè, Milano, 2004.

BALDUZZI R., *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.

BALDUZZI R., *Le "sperimentazioni gestionali" tra devoluzione di competenze e fuoriuscita dal sistema*, in "Quaderni Regionali", n. 2, 2004, pp. 529-545.

BALDUZZI R., *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in BARBERIS G., LAVANDA I., RAMPA G., SORO B., (a cura di), *La politica economica tra mercati e regole. Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2005.

BALDUZZI R., *Livelli essenziali e risorse disponibili: uno nodo costituzionale*, in, *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Vita e Pensiero, Milano, 2011.

BALDUZZI R., *I livelli essenziali nel settore della sanità*, in G. BERTI E G.C. DE MARTIN, (a cura di), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici*, Giuffrè, Milano, 2003.

BALDUZZI R., *L'impatto della devolution sul Servizio sanitario nazionale*, in "Cosmopolis", n. 1, 2006.

BALDUZZI R., *Note sul concetto di essenziale nella definizione dei lep*, in "Rivista delle politiche sociali", n. 4, 2004, 165-182.

BALDUZZI R., PARIS D., *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative commento alla sentenza n. 438 del 2008*, in "Giurisprudenza Costituzionale", n. 6, 2008, pp. 4954-4970.

BALDUZZI R., *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in "Monitor", n. 22, 2010, pp. 3-5.

BALDUZZI R., *Quanti sono i sistemi sanitari italiani ? Un'introduzione*, in Id. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, Giuffrè, Milano, 2005.

BALDUZZI R., *Salute, (diritto alla)*, in CASSESE S., (a cura di) *Dizionario di Diritto Pubblico*, Vol. VI, Giuffrè, Milano, 2006.

BALDUZZI R., (a cura di) *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2009.

BALDUZZI R., SERVETTI D., *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R., CARPANI G., (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013.

BALDUZZI, R. (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2009.

BALDUZZI R., *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in "Quaderni Regionali", n. 3, 2008, pp. 1029-1054.

BALDUZZI R., *Titolo V e tutela della salute* in R. BALDUZZI, G. DI GASPARÈ (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002.

BALDUZZI R., *Un inusitato intreccio di competenze. livelli essenziali e non essenziali*, in VIOLINI L. (a cura di) *Verso il decentramento delle politiche di welfare*, Giuffrè, Milano, 2011.

BALDUZZI R., *Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema*, in "Monitor", n. 27, 2011, pp. 3-5.

BALDUZZI R., *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Giappichelli, Torino, 2009.

BALDUZZI R., *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in BARBERIS G., LAVANDA I., RAMPÀ G., SORO B., (a cura di) *La politica economica tra mercati e regole. Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Rubbettino, Roma, 2005.

BANCHERO A., *I livelli essenziali delle prestazioni nell'ambito dei servizi alla persona: dalla tutela della salute alla protezione sociale*, in "Quaderni Regionali", n. 2, 2008, pp. 461-481.

BARCELLONA G., *Libertà transfrontaliera di cure ospedaliere e sistema delle convenzioni al vaglio del diritto comunitario*, in "Sanità pubblica e privata", n. 1, 2002, pp. 15-48.

BARTOLE S., BIN, R. FALCON G., TOSI R., (a cura di) *Diritto Regionale*, Il Mulino, Bologna, 2005.

BARTOLE S., CAMMELLI M., ONIDA V., PASTORI G., (a cura di) *Comuni, Province, Regioni, Stato: riformare la riforma?*, in *Amministrare*, fasc. 1/2, 2006.

BARTOLE S., *Interpretazioni e trasformazioni della Costituzione repubblicana*, Il Mulino, Bologna, 2004.

BARTOLE S., *La Corte costituzionale chiude al «federalismo»*, in "Giurisprudenza Costituzionale", n. 6, 2007, pp. 4039-4044.

BARTOLE S., *La Corte costituzionale e la ricerca di un contemperamento fra supremazia e collaborazione nei rapporti tra Stato e Regioni*, in "Le Regioni", n. 3, 1988, pp. 562-576.

BARTOLE S., *La funzione normativa tra Consiglio e Giunta*, in D'ATENA, A. (a cura di), *I nuovi statuti delle Regioni ad Autonomia ordinaria*, Giuffrè, Milano, 2008.

BASSANINI F., MERLINI S., (a cura di), *Crisi fiscale e indirizzo politico*, Il Mulino, Bologna, 1995.

BASSI F., *I rapporti tra le unità sanitarie locali e i presidi sanitari privati (case di cura private)*, in *I rapporti tra le U.S.L. e i presidi sanitari ed il sistema delle convenzioni in attuazione della legge di riforma sanitaria, atti del convegno nazionale*, Giuffrè, Milano, 1982.

BELFIORE G., *Dal sistema delle Conferenze alla Conferenza che fa sistema: quid novi?*, in "Federalismi", 4 aprile 2007.

BELLENTANI M., BUGLIARI ARMENIO 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*, Il Mulino, Bologna, 2013.

BELLETTI M., *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*, reperibile al sito internet www.issrfa.cnr.it, 2013.

BELLETTI M., *I "livelli essenziali delle prestazioni" alla prova del "coordinamento della finanza pubblica". Alla ricerca della perequazione perduta*, in ADVERSI, M. SESTA M., (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014.

BELLETTI M., *Nota a sent. n. 216 del 2008, Corte Cost. Prove (poco gradite) di regionalismo cooperativo*, in "Le Regioni", n. 3, 2008, pp. 983-100.

BELLETTI M., *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale*, Aracne, Roma, 2012.

BELLETTI M., *Testo provvisorio della relazione, Poteri statali di garanzia e decisione ultima, commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in *Atti del Convegno Dieci anni dopo più o meno autonomia regionale?*, organizzato dall'ISGRE e da Il Mulino, Bologna, 27-28 gennaio 2011.

BELLETTI M., *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. 1176-1190.

BELLINI V., *Considerazione sulla legge 386*, in *Annali di studi giuridici e socio-economici sul Servizio Sanitario Nazionale e Regionale*, Anno II, vol. I, 1976.

BENEDETTI A., *Nota sentenza Corte Cost. n. 4/2004 Competenza statale «di principi» e coordinamento della finanza pubblica*, in "Giornale di Diritto Amministrativo", n. 7, 2007, pp. 733-739.

BERTI G., *art. 5*, in BRANCA G. (a cura di) *Commentario alla Costituzione, Principi Fondamentali*, Zanichelli, Bologna, 1975.

BERTI G., *La riforma sanitaria nel quadro della programmazione* in, *Il servizio sanitario nazionale*, atti del convegno sulla legge n. 833/1978, Giuffrè, Milano, 1981.

BERTOLISSI M., *L'autonomia finanziaria delle Regioni ordinarie*, in "Le Regioni", n. 2, 2004, pp. 429-450.

BERTOLISSI M., *L'autonomia finanziaria regionale*, Cedam, Padova, 1983.

BIFULCO R., *Il coordinamento finanziario tra crisi economica e contesto europeo*, in TONIATTI R., GUELLA F., *Il coordinamento dei meccanismi di stabilità finanziaria nelle Regioni a Statuto speciale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2014.

BIFULCO R., *Il modello italiano delle conferenze Stato-autonomie territoriali (anche) alla luce delle esperienze federali*, in “Le Regioni”, n. 2, 2006, pp. 233-268.

BIFULCO R., *La cooperazione nello Stato unitario composto*, Cedam, Padova, 1995.

BIFULCO R., *Sostituzione e sussidiarietà nel nuovo Titolo V: note alla sentenza n. 43 del 2004*, in “Giurisprudenza Italiana”, n. 1, 2005, pp. 2-6.

BIFULCO R., *Voce, Conferenza Stato-Regioni*, in CASSESE S. (a cura di), *Dizionario di Diritto pubblico*, Giuffrè, Milano, 2006.

BIN R., *Audizione presso la I.a Commissione della Camera dei Deputati sul disegno di legge costituzionale in materia di revisione della parte seconda della Costituzione*, in “Forum di Quaderni Costituzionali”, 9 ottobre 2014.

BIN R., FALCON G., *Diritto Regionale*, Il Mulino, Bologna, 2012.

BIN R., *L'atto di indirizzo e coordinamento può trovare nella giurisprudenza costituzionale il fondamento della sua legalità?*, in “Le Regioni”, n. 2, 1996, pp. 320-321.

BIN R., *Le deboli istituzioni della leale cooperazione, nota a Corte Cost. n. 507/2002*, in “Giurisprudenza Costituzionale”, fasc. 5, 2002, pp. 4184-4188.

BIN R., *Le potestà legislative regionali dalla Bassanini ad oggi*, in RUGGIERI A., SILVESTRI G. (a cura di), *Le fonti di diritto regionale alla ricerca di una nuova identità*, Giuffrè, Milano, 2001.

BIN R., *Le prassi della cooperazione nel sistema italiano di multilevel government* in, “Istituzioni del Federalismo”, n. 7, 2006, pp. 689-706.

BIN R., PITRUZZELLA G., DONATI D., *Diritto alla salute e sistema sanitario*, in *Id.* (a cura di), *Lineamenti di diritto pubblico per i servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2014.

BIN R., *Ricchi solo di idee sbagliate: i costi dell'antipolitica*, in “Le Regioni”, n. 3, 2012, pp. 440-454.

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*, Eurac book, Bolzano, 2015.

BIN R., Voce, *Legge regionale*, Digesto Disc. Pubbl., IX pubbl., Utet, Torino, 1994.

BIONDI DAL MONTE F., *Dai diritti sociali alla cittadinanza: la condizione giuridica dello straniero tra ordinamento italiano e prospettive sovranazionali*, Giappichelli, Torino, 2013.

BOBBIO G. MARTINI M., *Diritto sanitario: Introduzione ed evoluzione della disciplina*, in BOBBIO G. MORINO M. (a cura di), *Lineamenti di Diritto Sanitario*, Cedam, Padova, 2010

BOMPIANI A., *Considerazioni in merito alla politica di sicurezza sociale nel settore dell'assistenza e della sanità*, in "Sanità pubblica e privata", n. 4, 1996, pp. 491-524.

BONETTI P., *Trattamento giuridico dello straniero e disciplina dell'immigrazione*, in ONIDA V., RANDAZZO B., (a cura di) *Viva vox Constitutionis: temi e tendenze nella giurisprudenza costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2006.

BORDIGNON M., DIRINDIN N., *Costo standard. Nome nuovo per vecchi metodi*, in www.lavoce.info.it, 2010.

BORGONOVİ E., TARRICONE R., *Introduzione*, in CANTÙ E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2012.

BOTTARI C., BELLETTI M., (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014.

BOTTARI C., FOGLIETTA F., VANDELLI L., (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013.

BOTTARI C., *Il diritto alla tutela della salute* in, NANIA R., RIDOLA P. (a cura di), *I diritti costituzionali*, Vol. III, Giappichelli, Torino, 2006.

BOTTARI C., ROSSI L., ALTIMARI S., Guglielmo. *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013.

BOTTARI C., *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Giappichelli, Torino, 2000.

BOTTINO G., *Il potere di organizzazione degli Enti Pubblici: «Leale collaborazione» e coordinamento amministrativo nei rapporti tra lo Stato e le Regioni*, in "Giurisprudenza Costituzionale", n. 1, 2006, pp. 158-166.

BRANCA M., *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. 11, 1999, pp.

BRANCA M., *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in “Sanità pubblica e privata”, n. 1, 1999, pp. 173-193.

BRANCASI A., *Ambito e regole del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario: il quadro costituzionale*, in L. CAVALLINI CADEDDU (a cura di), *Il coordinamento dinamico della finanza pubblica*, Jovene, Napoli, 2012.

BRANCASI A., *Il coordinamento della finanza pubblica nel federalismo fiscale*, in “Diritto Pubblico”, n. 2, 2011, pp. 451-482.

BRANCASI A., *La controversa, e soltanto parziale, continuità nella giurisprudenza costituzionale sul coordinamento finanziario*, in “Giur. Cost.”, n. 3, 2007, p. 1648-1653.

BRANCASI A., *La finanza regionale locale nella giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in “Diritto Pubblico” n. 3, 2003, pp. 857-902.

BRANCASI A., *Uguaglianze e disuguaglianze nell'assetto finanziario di una repubblica federale*, in “Diritto Pubblico”, n. 3, 2002, pp. 909-980.

BRONZINI M., *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2011.

BUZZACHI C., *Funzioni delle Regioni*, in BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G., *Il Sistema integrato dei Servizi Sociali*, Giuffrè, Milano, 2007.

CABRAS D., *Appunti sul tema del coordinamento della finanza pubblica tra Unione Europea, Stato e Autonomie Locali*, in “Federalismi”, 1 ottobre 2010.

CALAMANDREI P., LEVI F., (a cura di), *Commentario sistematico alla Costituzione Italiana*, vol. I, G. Barbera, Firenze, 1950.

CALANNI R., *I Piani di rientro dal deficit sanitario*, in “Rassegna Amministrativa Siciliana”, n. 1, 2011, pp. 340-350.

CALZOLAIO S., *Il mondo dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in “Federalismi”, n. 23, 2014.

CAMERLENGO Q., *Autonomia regionale e uniformità sostenibile: principi fondamentali, sussidiarietà e intese forti*, in “Le Regioni”, n. 2-3, 2006, pp. 423-437.

CAMERLENGO Q., *L'autonomia locale e il potere regionale di indirizzo e coordinamento: itinerari ricostruttivi e prospettive di riforma*, in "Le Regioni", n. 4, 1999, pp. 689-736.

CAMMELLI M., *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in *L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, Atti del convegno Nazionale di Diritto Sanitario*, Padova 25-26-27 giugno 1981, M. Ragno Editore, Roma, 1981.

CANALETTI F., *Le unità sanitarie locali: aspetti organizzativi e contabili*, Cacucci, Bari 1983.

CANCILLA F. A., *Servizi del welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, Giuffrè, Milano, 2009.

CAPOTOSTI P. A., *La Conferenza permanente per i rapporti fra Stato e Regioni: una tendenza verso il regionalismo cooperativo*, in "Le Regioni", n. 1, 1981, pp. 896-924.

CAPOTOSTI P. A., *La tutela della salute tra riconoscimenti giuridici e condizionamenti finanziari*, in *Studi in onore di Luigi Arcidiacono, vol. II*, Giappichelli, Torino, 2010.

CAPPELLARO G., LONGO F., RICCI A., *Le sperimentazioni Gestionali nel SSN: rilevazione nazionale e analisi dei modelli emergenti*, in CANTÙ E. (a cura di) *Rapporto OASI 2012*, Egea. Milano, 2012.

CARAVITA B., *Articolo 32*, in CRISAFULLI V., PALADIN L. (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 1990.

CARAVITA B., *La disciplina costituzionale della salute* in, "Diritto societario", n. 1, 1984, pp. 21-60.

CARAVITA B., *Lineamenti di diritto costituzionale federale e regionale*, Giappichelli, Torino, 2009.

CARAVITA B., *Riflessioni sul mondo della sanità tra riforme e istanze di autonomia*, in "Federalismi", n. 4, 2004.

CARAVITA C., *La Costituzione dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2002.

CARDINI A., MASSIMINO F., *I rapporti tra pubblico e privato nel settore sanitario, la concorrenza e la dipendenza economica*, in "Sanità pubblica e privata", n. 2, 2000, pp. 209-223.

CARELLA V., *La tutela della salute e della prevenzione*, in “Sanità pubblica e privata”, n. 11, 1999, pp. 1365-1384.

CARETTI P., *Diritto dell'Unione europea e ravvicinamento delle legislazioni nazionali: effetti sul sistema interno delle fonti*, Giappichelli, Torino, 2013.

CARETTI P., *Il sistema delle Conferenze e i suoi riflessi sulla forma di governo nazionale e regionale*, in “Le Regioni”, n. 3, 2000, pp. 547-553.

CARETTI P., *Indirizzo e coordinamento e potere sostitutivo nella più recente giurisprudenza della Corte costituzionale*, in “Le Regioni”, n. 1, 1992, pp. 1168-1203.

CARETTI P., *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. 1223-1232.

CARETTI P., *Rapporti fra Stato e Regioni: funzione di indirizzo e coordinamento e potere sostitutivo*, in “Le Regioni”, n. 6, 2002, pp. 1325-1336.

CARETTI P., *Stato, Regioni, Enti locali tra innovazione e continuità. Scritti sulla riforma del Titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2003.

CARETTI P., TARLI BARBIERI G., *Diritto Regionale*, Giappichelli, Torino, 2012.

CARINCI F., *Il principio di sussidiarietà verticale nel sistema delle fonti*, Quaderni Costituzionali, 20 novembre 2011.

CARIOLA A., *Diritti fondamentali e riparto di giurisdizione*, in *I diritti fondamentali oggi*, Atti del V convegno dell'Associazione italiana dei costituzionalisti, Cedam, Padova, 1995.

CARLI M., *Il limite dei principi fondamentali (alla ricerca di un consuntivo)*, Giappichelli, Torino, 1992.

CARLI M., *L'attuale organizzazione politica ed amministrativa delle Regioni*, in ANTONETTI N., DE SIERVO U. (a cura di), *Che fare delle Regioni ?*, Atti del convegno Roma 24 e 25 gennaio 2014, Istituto Luigi Sturzo, Roma, 2014.

CARLI M., *La gabbia dei principi fondamentali*, in “Le Regioni”, n. 3, 2001, pp. 579-582.

CARLI M., *Regioni ed autonomie locali: la Conferenza Stato-Regioni*, in “Quaderni Costituzionali”, n. 1, 1984, pp. 173-189.

CARLI M., *Tra punti fermi e nodi non sciolti*, in ARABIA A. G., *Le Regioni allo*

specchio. I rapporti regionali sulla legislazione, Giuffrè, Milano, 2010.

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. 257-296.

CARPANI C., *La conferenza Stato-regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Il Mulino, Bologna, 2006.

CARPANI G., *A proposito della responsabilità di risultato del direttore generale dell'azienda sanitaria*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La responsabilità professionale in ambito sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2010.

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*, Il Mulino, Bologna, 2004.

CARPANI G., *Cogestire la sanità. Accordi e intese tra Governo e Regioni nell'ultimo decennio*, in ROVERSI MONACO F. A., BOTTARI C., (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio* Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2012.

CARPANI G., *Comuni e servizio sanitario dopo la riforma del titolo V della Costituzione*, in RICCA M., CHIEFFI L., (a cura di), *Il governo della salute, regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez, Roma, 2005.

CARPANI G., *I livelli essenziali di assistenza nel panorama normativo*, in "Monitor", n. 21, 2008, pp. 6-26.

CARPANI G., *I Piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2012.

CARPANI G., *Il concorso degli enti locali all'esercizio delle competenze regionali*, in "Sanità pubblica e privata", n. 3, 2000, pp. 331-354.

CARPANI G., *Il Patto per la salute 2010-2012; questioni vecchie e modalità nuove di governo condiviso e responsabile del servizio sanitario*, in "Amministrazione in Cammino", 28 novembre 2009.

CARPANI G., *L'irreversibile esclusività del rapporto di lavoro dei medici del Ssn: cronaca di una "modifica" annunciata (le modifiche indotte in sede di conversione al decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81)*, in "Sanità pubblica e privata", n. 6, 2004, pp. 581-601.

CARPANI G., *La collaborazione strutturata tra Regioni e tra queste e lo Stato. Nuovi equilibri e linee evolutive dei raccordi "verticali" ed "orizzontali"*, in *federalismi.it*, n. 19, 2009.

CARPANI G., *Prove "primaverili" di federalismo sanitario solidale e leale collaborazione con il Governo*, in "Sanità pubblica e privata", n. 4, 2004, pp. 341-354.

CARPANI G., *Qualità della normazione dopo la riforma del Titolo V Cost: un obiettivo condiviso fra livelli di governo*, in "Quaderni Regionali", n. 3, 2007, pp. 751-800.

CARROZZA P., *Principio di collaborazione e sistema delle garanzie procedurali (la via italiana al regionalismo cooperativo)* in "Le Regioni", n. 1, 1984, pp. 562-594.

CASSETTA E., *Relazione introduttiva*, in Id (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale, atti del convegno sulla legge n. 833/1978*, Giuffrè, Milano, 1981.

CASTELLI L., *La leale collaborazione fra Regioni ed Enti locali: Il consiglio delle autonomie locale*, "Giornale Dir. Amm.", Fasc. 12, 2006, pp. 1291-1299.

CASTORINA E. *Due profili del cammino per la Costituzione europea: tutela dei diritti e separazione dei poteri nel Trattato di Lisbona*, in *Studi in onore di Luigi Arcidiacono*, Vol. II, Giappichelli, Torino, 2010.

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, 2005, pp. 215-228.

CASTORINA E., *Il nuovo modello costituzionale di finanza regionale e locale (spunti di riflessione intorno all'art. 119 Cost.)* in "Nuove Autonomie", n. 1, 2007, pp. 97-119.

CASTORINA E., *La riforma del Titolo V della Costituzione: Quadro riassuntivo ed aspetti problematici della legge costituzionale 18 ottobre 2001*, Giuffrè, Milano, 2003.

CATELANI A., *La sanità pubblica*, Cedam, Padova, 2010.

CATELANI E., CERRINA FERONI C., GRISOLIA M. C., *Introduzione*, in Id. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011.

CAVASINO E., *L'attuazione della Costituzione. Il carattere flessibile del diritto alla salute* in Id. (a cura di), *La flessibilità del diritto alla salute*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012.

CAVASINO E., *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 giugno 2012.

CAVO G. M., *La gestione del deficit sanitario regionale tra concertazione, Piani di rientro e commissariamento ad acta*, in BOTTARI C. (a cura di) *La disciplina degli acquisti di servizi e beni nelle aziende sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013.

CAVO G., *Il contenimento della spesa sanitaria dalla regionalizzazione al d.lgs. 68/2011: un obiettivo raggiunto?*, in ROVERSI MONACO F. A., BOTTARI C. (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Maggioli, Rimini, 2012.

CECCANTI S., *Audizione al Senato sulla proposta di riforma costituzionale proposta dal Governo Renzi*, in "Forum Quaderni Costituzionali", 13 maggio 2014.

CECCHETTI M., *I veri obiettivi della riforma costituzionale dei rapporti stato-regioni e una proposta per realizzarli in modo semplice e coerente*, reperibile al sito www.gruppodipisa.it.

CELOTTO A., *Commento alla sentenza n. 361/2010, Postilla in tema di abrogazione «eliminativa»*, in "Giurisprudenza Costituzionale", fasc. 6, 2010, p. 5099 ss.

CELOTTO A., *La materia sanitaria nell'ambito delle competenze legislative regionali del nuovo art. 117 Cost.*, in "L'Arco di Giano", n. 32, 2002, pp. 31-38.

CERRUTI T., *I Piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in "Rivista A.I.C"., n. 4, 2013.

CHESSA V., *La sussidiarietà verticale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in VOLPE G. (a cura di) *Alla ricerca dell'Italia federale*, Plus, Pisa, 2003.

CICCONETTI S. M., *Creazione indiretta del diritto e norme interposte* in, "Giurisprudenza Costituzionale", n. 1, 2008, pp. 565-575.

CICCONETTI S. M., *Creazione indiretta del diritto e norme interposte*, in "Rivista AIC", 19 maggio 2008.

CILIONE G., *Diritto sanitario*, Maggioli, Rimini, 2005.

CILIONE G., *Diritto sanitario*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013.

CILIONE G., *Pubblico e privato nel nuovo sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie assistenziali (in particolare specialistiche ed ospedaliere)* in "Sanità pubblica e privata" n. 1, 2000, pp. 19-85.

CISLAGHI C., DI VIRGILIO E., MORANDI I., TAVINI G., *Come determinare e ripartire il fabbisogno: bisogni, consumi, costi*, in "Monitor", n. 22, 2009, pp. 49-63.

CLAUDE P.J., *Il Trattato di Lisbona*, Giuffrè, Milano, 2013.

CLERICO G., *La "governance" della dinamica di crescita della spesa sanitaria pubblica (II parte)*, in "Tendenze nuove" 5, 2013, pp. 473-492.

CLERICO G., *La governance della sanità pubblica. La coesistenza fra efficienza e qualità*, Giuffrè, Milano, 2015.

COLAPIETRO C., RUOTOLO M., *Diritti e libertà*, Giappichelli, Torino, 2014.

COLASANTE P., VICECONTE N., *La giustizia costituzionale e il nuovo regionalismo, Vol. II: Risultati della ricerca presentata al Seminario di studi: Roma, 29 maggio 2012*, Milano, Giuffrè, 2013.

CONTICELLI M., *Privato e pubblico nel Servizio sanitario*, Giuffrè, Milano, 2012.

CORRÀ D., *Le Ipab dalla legge Crispi al decreto legislativo 4 maggio 2001 n. 207* in, Id, (a cura di), *La disciplina delle nuove Ipab*, Maggioli, Milano, 2005.

CORRADO L. R., *Bocciato lo spostamento di risorse già destinate alla copertura del debito sanitario della Campania*, in "Diritto & Giustizia", n. 1, 2013.

CORSO G., *Pubblico e Privato nel sistema sanitario*, in CORSO G. MAGISTRELLI P., FARES G., (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile. Atti del Convegno svoltosi il 27 novembre 2008 in Roma presso l'Accademia Nazionale dei Lincei*, Giappichelli, Torino, 2009.

CORTESE F., *Il coordinamento Stato-Regioni e il Regionalismo Speciale alla prova della finanza pubblica*, in TONIATTI R., GUELLA F., (a cura di), *Il coordinamento dei meccanismi di stabilità finanziaria nelle Regioni a Statuto speciale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2014.

CORVAJA F., *La competenza concorrente tra Stato e Regioni* in, Atti del Convegno *Dieci anni dopo: più o meno autonomia regionale?*, 27-28 gennaio 2011, Il Mulino, Bologna, 2011.

CORVAJA F., *La potestà concorrente, tra conferme e novità*, in "Le Regioni", n. 2, 2011, pp. 287-340.

COSMELLI G., *Vincoli alla spesa sanitaria regionale e garanzia dei Lea: il punto sull'autonomia legislativa e finanziaria delle Regioni speciali alla luce degli ultimi sviluppi della giurisprudenza costituzionale*, in Studi Issirfa.

COSTANZO A., *Il principio di proporzionata collaborazione fra Stato e regioni*, in “Giurisprudenza Costituzionale”, n. 3, 2008, p. 2799-2819.

COSTANZO A., *Modelli, principi e loro influenze interpretative. Il caso della collaborazione tra Stato e Regioni*, in “Giurisprudenza Costituzionale”, n. 1, 1990, p. 2467 ss.

COSULICH M., *La legge n. 833 del 1978 e il Trentino Alto-Adige: Un pedissequo recepimento regionale ?*, in BALDUZZI R. (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna, 2009.

CRISAFULLI V., *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Giuffrè, Milano, 1952.

CRISAFULLI V., *Le norme “programmatiche” della Costituzione*, in Id., *Stato, popolo, governo*, Giuffrè, Milano, 1988.

CRISAFULLI V., PALADIN L., (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 1990.

CRISAFULLI V., *Vicende della «questione regionale»*, in “Le Regioni”, n. 4, 1982, pp. 497-508.

CROCE D., *Per una nuova aziendalizzazione del servizio*, in ROVERSI MONACO F. A., BOTTARI C. (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Maggioli, Milano, 2012.

CUCCURULLO C., *Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di rientro*, in CUCCURULLO C., LEGA F., FERRÈ F. (a cura di), *L' aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto Oasi 2012*, Cergas, Milano, 2012.

CUOCOLO F., *Il difficile rapporto fra leggi statali e regionali* in, “Giurisprudenza Costituzionale”, n. 1, 1985, pp. 2667- 2678.

CUOCOLO F., *Le leggi cornice nei rapporti tra Stato e Regioni*, Giuffrè, Milano, 1967.

CUOCOLO F., *Principi di diritto costituzionale*, Giuffrè, Milano, 1996.

CUOCOLO F., *Vent'anni di autonomia regionale fra concentrazione e decentramento*, in Id. (a cura di) *Le Regioni. Bilancio di vent'anni*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1991.

CUOCOLO L., *A rebours, la tutela della salute tra Regioni e Stato*, in “Quaderni Regionali”, n. 1, 2005, pp. 63-86.

CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Giuffrè, Milano, 2005.

CUOCOLO L., *Sanità: a chi l'organizzazione?*, in *Amministrazione in cammino*, 2005.

D'ALOIA A., *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in “Le Regioni”, n. 6, 2003. pp. 1063-1140.

D'ANGELOSANTE M., *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia* Santarcangelo di Romagna Maggioli, 2012.

D'AURIA G., *Gli accordi Stato-Regioni sui «Piani di rientro» dai disavanzi sanitari: quali vincoli per la legislazione regionale? (Osservazioni a Corte Cost. 23 aprile 2010 n.141 e 17 marzo 2010 n.100)*, in “Foro Italiano”, 2010, pp. 2642-2650.

D'AMICO N., *I rapporti fra la nuova legge costituzionale e il Fiscal Compact*, in “Giornale di diritto Amministrativo”, n. 10, 2012, pp. 933-942.

D'ATENA A., *verso una riconsiderazione della cd. Collaborazione tra Stato e Regioni ?*, in *Giurisprudenza Italiana*, 1987.

D'ATENA A., *Approfondimenti di diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2012

D'ATENA A., *La Consulta parla ... e la riforma del Titolo V entra in vigore (Nota a C. Cost. N. 282/2002)*, in “Giurisprudenza costituzionale”, fasc. 3, 2002, pp. 2026-2034.

D'ATENA A., *La giurisprudenza costituzionale 2008-2010*, in Id (a cura di), *Sesto rapporto sullo stato del regionalismo in Italia*, Giuffrè, Milano, 2011.

D'ATENA A., *La nuova disciplina costituzionale dei rapporti internazionali e con l'Unione Europea* in “Rassegna Parlamentare”, Fasc. 4, 2002, pp. 913-940.

D'ATENA, A. *Diritto Regionale*, Giappichelli, Torino, 2015.

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, pp. 47-55.

- DAL CANTO F., *I diritti e i doveri costituzionali*, in ROMBOLI R. (a cura di), *Manuale di diritto costituzionale*, Vol. I, *Lo Stato e gli altri ordinamenti giuridici, i principi fondamentali, i diritti e i doveri costituzionali*, Giappichelli, Torino, 2011.
- DAL CANTO F., *Nota a Corte costituzionale, 11 gennaio 2010*, in “Giurisprudenza costituzionale”, n. 2, 2010, pp. 44-65
- DAMILIANO M., *Romano Prodi, Missione incompiuta*, Laterza, Roma, 2015.
- DE ANGELIS M., *Materiali per lo studio del Sistema sanitario nazionale*, Esculapio, Milano, 2015.
- DE CESARE G., *L'attuale «momento» della sanità*, in Id. (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano, 1984.
- DE CESARE G., *Stato e prospettive del diritto sanitario*, Bulzoni editore, Roma, 1974.
- DE FIORES C., *Federalismo fiscale e Costituzione. Note a margine della legge n. 42/2009*, in Studi in onore di Vincenzo Atripaldi, Jovene, Napoli, 2010.
- DE GIOVANNI E., *Gli utenti del servizio sanitario nazionale*, in “Sanità pubblica e privata”, n. 2, 1999, pp. 263-270.
- DE SIERVO U., *Il sistema delle fonti: il riparto della potestà normativa tra Stato e Regioni*, in “Le Regioni”, n. 6, 2004, pp. 1245-1266.
- DE VINCENTI C., FINOCCHI GHERSI R., TARDIOLA A., *La Sanità in Italia, Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, 2010.
- DEGANI L., MOZZANICA R., *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, gli interventi*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2009.
- DEIAS F., *I livelli essenziali di assistenza. Concetti generali, normativa di riferimento, esperienze comparate*, in “Sanità pubblica e privata”, n. 1, 2007, pp. 6-13.
- DEL GESSO C., *La visione sistematica dell'azienda sanitaria pubblica*, Franco Angeli, Milano 2014.
- DELLI PRISCOLI L., *Il limite dell'utilità sociale nelle liberalizzazioni*, in “Giurisprudenza Commerciale”, fasc. 2, 2014, pp. 352-382.
- DI COSIMO G., *Materie (riparto di competenza)*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, I tomo, Torino, Utet, 2008.

DI GASPARE G., *Innescare un sistema in equilibrio della finanza pubblica ritornando all'art. 81 della Costituzione*, in DI GASPARE G., LUPO N., (a cura di) *Le procedure finanziarie in un sistema multilivello*, Giuffrè, Milano, 2005.

DI GASPARE G., *L'art. 81 della Costituzione, abdicazione della sovranità finanziaria dello Stato?* in "Amministrazione in Cammino", 2014.

DI GASPARE G., *Teoria e critica della globalizzazione finanziaria, dinamiche del potere finanziario e crisi sistemiche*, Cedam, Padova, 2012.

DI SALVATORE E., *Le relazioni delle Regioni italiane con l'Unione Europea: fondamento costituzionale, normativa statale e disciplina statutaria*, in D'ATENA A., (a cura di), *Regionalismo e sovranazionalità*, Giuffrè, Milano, 2007.

DI SALVATORE E., *Le relazioni delle Regioni italiane con l'unione europea*, in D'ATENA A., (a cura di) *Regionalismo e sovranazionalità*, Giuffrè, Milano, 2008.

DICKMANN R., *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.

DICKMANN R., *La corte (si) chiarisce: i Commissari ad acta non possono esercitare poteri sostitutivi in via normative. (nota a corte cost., 17 dicembre 2010, n. 361)*, in "Federalismi", n. 2, 2011.

DICKMANN R., *La Corte costituzionale attua (ed integra) il Titolo V (Osservazioni a Corte cost., 1° ottobre 2003, n. 303)*, in "Federalismi", n. 12, 2003.

DICKMANN R., *Sull'esercizio del potere legislativo a titolo sostitutivo da parte dei Commissari ad acta*, in "Federalismi", n. 14, 2008.

DIMASI L., *La nuova sanità dopo la riforma Balduzzi. Spunti di riflessione sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale*, in "Sanità pubblica e privata", n. 2, 2013, pp. 11-15.

DIRINDIN N., *Chi paga per la salute degli italiani ?*, Il Mulino, Bologna, 1996.

DIRINDIN N., *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza* in "Sanità pubblica e privata", n. 7/8, 2000, pp. 1013-1029.

DIRINDIN N., *Fabbisogni e costi standard in sanità: limiti e meriti di una proposta conservativa*, in "Rassegna giuridica della sanità", n. 28, 2011, pp. 66-70.

DIRINDIN N., *Federalismo fiscale e sanità: rischio o opportunità?* in "Rassegna giuridica della sanità", 2010, pp. 83-88.

- DONATI A., *La manovra correttiva 2010*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2010.
- DOSI K., Laurence, *Assistenza sanitaria e tutela del cittadino: modelli privatistici e orizzonte europeo*, Torino, Giappichelli, 2008.
- ELEFANTE C., *Enti ecclesiastici ospedalieri sanità pubblica e spending review*, Giappichelli, Torino, 2014.
- ESPOSITO C., *Autonomia e decentramento amministrativo nell'art. 5 della Costituzione*, in Id, *La Costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1954.
- FALCITELLI N., *Il pagamento mediante tariffe per prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale: aspetti normativi e tecnici*, in AROSIO F., BORRI G. (a cura di), *I sistemi di finanziamento ospedaliero e nella riabilitazione*, Franco Angeli, Milano, 2012.
- FALCITELLI N., *Presentazione, Relazione sullo stato sanitario del Paese, 1981/1983*, Istituto poligrafico e zecca dello Stato, Roma, 1987.
- FALCON G., *Il nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in “Le Regioni”, n. 1, 2001.
- FALCON G., *Lo stato della questione sulla funzione di indirizzo e coordinamento* in GIZZI E., ORSI BATTAGLINI A., (a cura di) *La funzione di indirizzo e coordinamento*, Franco Angeli, Milano, 1988.
- FALCON G., *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della parte seconda della Costituzione*, in “Le Regioni”, n. 6, 2001, pp. 1257-1272.
- FARES G., *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013.
- FAVRETTO A. R., *Il diritto alla salute dei minori nella prospettiva del federalismo. Un paradosso virtuoso?* in “Quaderni Regionali”, n. 1, 2002, pp.79-97.
- FAZZI L., *Le riforme del Sistema sanitario e il volontariato* in BOTTARI C., FOGLIETTA, F., VANDELLI L. (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013.
- FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007.
- FERRARA R., *L'organizzazione amministrativa della sanità*, in Id. (a cura di), *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007.
- FERRARESE M. R., *Il trattato di Lisbona e la grammatica dei diritti* in GUARRIELLO F., CIVITARESE M., PUOTI S. P., (a cura di), *Diritti fondamentali*

e politiche dell'Unione europea dopo Lisbona Santarcangelo di Romagna Maggioli, 2013.

FERRARI A., *La programmazione sanitaria tra federalismo e aziendalizzazione* in, BALDUZZI R. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Giuffrè, Milano, 2001.

FERRARI BRAVO L., RIZZO A., DI MAJO F., *Codice dell'Unione europea: il Trattato sull'Unione europea e il trattato istitutivo della Comunità europea modificati dai Trattati di Maastricht, di Amsterdam e di Nizza e dai trattati di adesione, con annotazioni di giurisprudenza della Corte di giustizia e del Tribunale di primo grado*, Giuffrè, Milano, 2008.

FERRARI G. F., PARODI G. (a cura di), *La revisione costituzionale del titolo V. tra nuovo regionalismo e federalismo: problemi applicativi e linee evolutive*, Cedam, Padova, 2003.

FERRARI G. F., *Relazione conclusiva in Lo statuto costituzionale del non cittadino: atti del 24. Convegno annuale*, Jovene, Napoli, 2010.

FERRO G. A., *Le norme fondamentali di riforma economico sociale ed il nuovo Titolo V della Costituzione*, in "Nuove Autonomie", n. 5, 2005, pp. 683-685.

FIGONI F., *Leale collaborazione e correttezza costituzionale*, in "Jus", n. 1, 2007, p. 189.

FOA S., *Il fondamento europeo del diritto alla salute. Competenze istituzionali e profili di tutela*, in GALLO C.E., PEZZINI B., (a cura di) *Profili attuali del diritto alla salute*, Giuffrè, Milano, 1998.

FOGLIA M., *L'approccio standard nell'ambito dell'attuazione del c.d. federalismo fiscale: tra autonomia, efficienza e tutela dei diritti e delle prestazioni essenziali*, in Atti Convegno Annuale Gruppo di Pisa, Trapani 8-9 giugno 2012.

FONTANA G., *L'incostituzionalità delle interferenze regionali sui poteri commissariali del presidente della giunta*, Nota a: Corte costituzionale, 11 marzo 2011, n. 78, in "Giurisprudenza costituzionale", n. 2, 2011, p. 1196 ss.

FRAGOLA M., *Il Trattato di Lisbona: che modifica il Trattato sull'Unione europea e il Trattato della Comunità europea*, Giuffrè, Milano, 2010.

GALLO C. E., *In materia sanitaria i rapporti tra organi di vertice e la dirigenza medico-sanitaria*, in "Ragiusan", n. 248, 2004, pp. 12-21.

GALLO C. E., *La concorrenza nell'erogazione dei servizi sanitari e la posizione delle imprese private*, in "Sanità pubblica e privata", n. 3, 2003, pp. 249-258.

GALLO D., *I servizi di interesse economico generale: Stato, mercato e welfare nel diritto dell'Unione europea*, Giuffrè, Milano, 2010.

GALLO F., *Federalismo fiscale e vincolo del pareggio di bilancio*, Relazione all'Accademia Nazionale dei Lincei, reperibile in www.lincci.it.

GHERSI F., TARDIOLA A., *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del Ssn*, in DE VINCENTI C., FINOCCHI GHERSI R., TARDIOLA A., (a cura di), *La Sanità in Italia, Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, 2010.

GIARDA P., *Il pareggio di Bilancio nella Costituzione: Una prospettiva economica*, in Astrid online, 25 ottobre 2011.

GIARDA P., *Le regole del federalismo fiscale nell'articolo 119: un economista di fronte alla nuova Costituzione*, in "Le Regioni", n. 6, 2001, pp. 1425-1484.

GIORGI G., *Le aziende sanitarie*, in "Sanità pubblica e privata", n. 3, 2000, pp. 801-820

GIRELLI F., *Gli stranieri residenti in Lombardia totalmente invalidi per cause civili hanno diritto alla circolazione gratuita sui servizi di trasporto pubblico di linea nel territorio regionale*, Rivista AIC, 27 gennaio 2006.

GRANARA D., *Il principio autonomistico nella Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2013.

GRANDI F., *L'abbandono dei LEP alle Regioni: il caso dell'interruzione volontaria di gravidanza*, in "Rivista A.I.C.", 13 marzo 2015.

GRASSO G., *Il costituzionalismo della crisi*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012.

GRIGLIO E., *Il legislatore "dimezzato": i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in "Le Regioni", n. 3, 2012, pp. 455-502.

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.

GROPPI T., *Nota alla sentenza n. 43 del 2004*, in "Forum di Quaderni Costituzionali", 24 maggio 2004,

GUIDUCCI L., *Quadro generale delle prestazioni e particolari aree di intervento*, in Id (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, F. Angeli, Milano, 1999.

GUZZANTI E., *L'evoluzione dell'Assistenza primaria nell'Italia pre e post unitaria:*

il ruolo delle condotte mediche, in Id, (a cura di) *L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Iniziative Sanitarie, Roma, 2009.

IACOVIELLO A., *Il coordinamento della finanza pubblica come binario per la ricentralizzazione della legislazione e dell'amministrazione in tempi di crisi*, in "Giurisprudenza Costituzionale", fasc. n. 4, 2013, pp. 3524-3530.

IMMORDINO D., *Autonomia finanziaria, sussidiarietà e strumenti della leale collaborazione. L'autonomia finanziaria a dieci anni dalla riforma costituzionale*, in "Le Regioni", n. 2, 2011, pp. 415-453.

IMMORDINO D., *Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contributo regionale di solidarietà ambientale: prove tecniche (fallite) di «federalismo fiscale»*, in "Le Regioni", n. 3, 2012, pp. 606-622.

IMMORDINO M., *La salute degli immigrati irregolari tra "certezza" del diritto e "incertezza" della sua effettività*, in "Nuove Autonomie", n. 3, 2013, pp.197-223.

IMMORDINO M., *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. 197-221.

JORIO E., *I nuovi governatori regionali di fronte al debito della sanità ereditata*, in "Federalismi", n. 6, 2010.

JORIO E., *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2013.

JORIO E., *La Corte dei conti bocchia i Piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in "Federalismi", n. 2, 2010.

JORIO E., *Un patto per la salute (e la finanziaria 2010) non propriamente compatibile con l'esordio del federalismo* in "Ragiusan", n. 26, 2009, pp. 6-12.

JORIO E., *Un primo esame del d.lgs. n. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale, nonché sul finanziamento della sanità (cinque dubbi di incostituzionalità)*, in "federalismi", n. 12, 2012.

JORIO E., *Verso il servizio sanitario federale*, in *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, F. A. ROVERSI MONACO E CARLO BOTTARI, (a cura di), Rimini, Maggioli, 2012.

LA FALCE M.G., *L'attività di affiancamento delle Regioni in materia socio-sanitaria: i Piani di rientro*, in BALBONI E. (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Jovene, Napoli, 2008.

LAVAGNA C., *Basi per uno studio delle figure giuridiche soggettive contenute nella Costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1953.

LAVAGNA C., *Problemi di giustizia costituzionale sotto il profilo della «manifesta infondatezza»*, Giuffrè, Milano, 1957.

LEGA F., *Lineamenti essenziali e sviluppo recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Egea, Milano, 2013.

LEOTTA F., *La competenza legislativa nei sistemi autonomisti. Dalla crisi della sovranità statale all'affermarsi della sussidiarietà*, Giuffrè, Milano, 2007.

LESSONA S., La tutela della salute pubblica in, CALAMANDREI P., LEVI A., (a cura di) *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, G. Barbera, Firenze, 1950.

LIZZA P., *Profili costituzionali del danno biologico*, in “*Giurisprudenza di merito*”, n. 1, 1977.

LOSURDO F., *Coordinamento della finanza pubblica e tutela della salute nella “legislazione della crisi” (nota a Corte cost., sent. n. 104 del 2013)*, in Osservatorio A.I.C., ottobre, 2013.

LUCIANI M., *Diritto alla salute*, in Digesto IV ed. Disc. Pubbl., XIII, Utet, Torino, 1997.

LUCIANI M., *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett., m della Costituzione)*, in “*Politica del diritto*”, n. 3, 2002, pp. 345-360.

LUCIANI M., *Il difficile incontro tra la giurisprudenza costituzionale e il nuovo Titolo V Il principio di continuità e gli elementi di novità introdotti dalla l. Cost. n. 3 del 2001*, in “*Le Regioni*” n. 2, 2004, pp. 355-380.

LUCIANI M., *Il diritto costituzionale alla salute. Profili costituzionali* in “*Dir. Soc.*”, n. 1, 1980, pp. 769-780.

LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3 del 2001*, Atti Convegno AIC Il nuovo titolo V parte II della Costituzione, in *Rivista A.I.C.*, 14 gennaio 2002.

LUCIANI M., *voce Salute (Diritto alla) – Dir. Cost.*, in “*Enc. giur.*”, 1991.

LUCISANO D., *Legge della Regione Calabria 13 luglio 2010, n. 16 recante “Definizione del finanziamento della Stazione Unica Appaltante”*. *Corte*

costituzionale, sentenza n. 163/2011 in, *Coordinamento della Finanza Pubblica*, reperibile sul sito internet www.affariregionali.it.

LUPO N. (a cura di) *Atti del Convegno "Le procedure finanziarie in un sistema multilivello"* Roma 27 maggio 2004, Giuffrè, Milano, 2005.

LUPO N., RIVOSACCHI G., *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in "Le Regioni", 5-6, 2012, pp. 1062-1075.

LUTHER J., *Appunti per lo studio giuridico dei sistemi sanitari comparati* in BALDUZZI R., (a cura di) *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2009.

MAINARDIS C., *Autonomia finanziaria, sussidiarietà e strumenti della leale collaborazione – Chiamata in sussidiarietà e strumenti di raccordo nei rapporti Stato-Regioni*, in "Le Regioni", n. 2-3, 2011, pp. 455-485.

MAINARDIS C., *i poteri sostitutivi statali: una riforma costituzionale con (poche) luci e (molte) ombre*, in "Le Regioni", n. 6, 2001, pp. 1357-1424.

MAINARDIS C., *Nuovo Titolo V e poteri statali: La prospettiva della giurisprudenza costituzionale* in, Id. (a cura di), *Poteri sostitutivi statali e autonomia amministrativa regionale*, Giuffrè, Milano, 2007.

MAINARDIS C., *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. 150-161.

MANFRELOTTO R., *Indirizzo politico delle Regioni, funzione regolamentare e distinzione della politica dall'amministrazione a livello regionale* in PATRONI GRIFFI A., (a cura di) *Il Governo delle Regioni tra politica e amministrazione*, Giappichelli, Torino, 2007.

MANGIA A., *Ancora sugli obblighi internazionali nel Titolo V*, in "Quaderni Costituzionali", fasc. 4, 2002, pp. 806-807.

MANGIA A., *Attuazione legislativa ed applicazione giudiziaria del diritto alla salute*, in "Diritto Pubblico", fasc. 3, 1998, pp. 751-776.

MANGIA A., *I Diritti sociali tra esigibilità e provvista finanziaria*, in CAVASINO E., SCALA G., VERDE G., (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*, Editoriale scientifica, Napoli, 2013

MANGIAMELI S., *L'ordinamento europeo*, Giuffrè, Milano, 2008.

MANGIAMELI S., *Le Regioni italiane tra crisi globale e neocentralismo*, Giuffrè, Milano, 2013.

MANGIAMELI S., *Letture sul regionalismo italiano: il Titolo V tra attuazione e riforma della riforma*, Giappichelli, Torino, 2011.

MARI A., Nota a Trib. Trani, sez. Ruvo, 12 gennaio 2004 n. 19534, in “Diritto e Giustizia”, fasc. 12, 2004, pp. 74-108.

MARINO CAFERRA V., *Il volontariato*, in Id. (a cura di), *Diritti della persona e Stato sociale*, Zanichelli, Bologna, 1991.

MARTINES T., *Diritto costituzionale*, Giuffrè, Milano 1997.

MARTINES T., *Studio sull'autonomia politica delle Regioni*, in “Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico”, n. 1, 1956, p. 100 ss.

MASSA M., Intervista a GIORGIO PASTORI, *Il regionalismo visto da Giorgio Pastori*, in “Diritti Regionali”, Fasc. 1, 2006.

MATTIONI A. (a cura di), *Il ruolo dell'Unità sanitaria locale nell'attuazione della programmazione-processo*, Vita e Pensiero, Milano, 1988.

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. 3-4.

MATTIONI A., *Il diritto alla salute ed il paradosso del Titolo V*, in “L'arco di Giano”, n. 69, 2011, pp. 41-54.

MATTIONI A., *L'obbligo costituzionale di adeguamento al diritto internazionale e comunitario dopo la revisione del Titolo V della Costituzione*, in *Studi in onore di Giorgio Bertè*, Vol. II, Jovine, Napoli, 2005.

MATTIONI A., *La competenza legislativa concorrente in materia di sanità. Un'interazione tra indirizzo politico di maggioranza e indirizzo politico-costituzionale*, in BALDUZZI R. (a cura di) *La Sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Giuffrè, Milano, 2004.

MATTIONI A., *La dignità nella Costituzione*, in “Jus”, n. 2, 2008, pp. 251-265.

MATTIONI A., *La legge quadro 328/2000: legge di attuazione di principi costituzionali*, in BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G., (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali, commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, Milano, 2007.

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

MATTIONI A., *Salute e assistenza. Rapporti tra «livelli di governo» dopo la recente revisione costituzionale* in, BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V: Atti della giornata nazionale di studio*, Genova, 15 gennaio 2002, Giuffrè, Milano, 2002.

MAZZAROLLI L., *Modificazioni nella gestione e nel finanziamento degli Enti ospedalieri*, in *Annali di studi giuridici e socio-economici sul Servizio Sanitario Nazionale e Regionale*, Anno II, Vol. I, 1976.

MELONI G., *La potestà legislativa regionale nei rapporti con la legge statale*, Giuffrè, Milano, 1991.

MENICHETTI E., *L'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale: profili di organizzazione e della dirigenza* in BALDUZZI R., DI GASPARE G., (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Giuffrè, Milano, 2004.

MERLONI F., *La leale collaborazione nella Repubblica delle Autonomie*, in “Diritto Pubblico”, vol. 8, 2002, pp. 827-880.

MERLONI F., *Una definitiva conferma della legittimità dei poteri sostitutivi regionali*, in “Le Regioni”, n. 4, 2004, pp. 1074-1083.

MERUSI F. (a cura di), *Unità sanitarie e istituzioni*, Il Mulino, Bologna, 1982.

MEZZANOTTE P., *Tutela della salute* in SESTA M., (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014.

MICHETTI M., *La Corte alle prese con la leale collaborazione*, in “Giurisprudenza Costituzionale”, fasc. 1, 2006, pp. 261-269.

MINCHETTI M., *Titolo v e potere sostitutivo statale. Profili ricostruttivi ed applicativi*, reperibile al sito internet www.issirfa.cnr.it, 2012.

MOLASCHI V., *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Giuffrè, Milano, 2010.

MOLASCHI V., *Tutela della concorrenza, vincoli di spesa e rapporti tra servizio sanitario nazionale e soggetti privati: una riflessione alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione*, nota a: T.A.R. Milano, 29 ottobre 2003, n. 4899, sez. I, in “Foro Amm.” TAR, fasc. 5, 2004, pp. 1271-1298.

MONTEDORO G., *Il diritto alla salute al tempo della crisi*, in LIGUORI, F. ZOPPOLI A., (a cura di) *La sanità flessibile*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012.

MONTUSCHI L., *Articolo 32*, in BRANCA G., (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Zanichelli, Rocca di San Casciano, 1976.

MONTUSCHI L., *Commento all'articolo 32 Cost.*, in BRANCA G., (a cura di), *Commentario della Costituzione* MORANA D., *Il diritto (di tutti) alle cure e quello degli indigenti alla loro gratuità: graduazione di programmaticità ed ambiti di discrezionalità*, in Id., (a cura di), *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2014.

MOR G., *Il riordino della sanità nella crisi dello Stato sociale e della Costituzione materiale*, in "Le Regioni", n. 1, 1994, pp. 957-988.

MOR G., *Poteri e funzioni comunali nei confronti dell'unità sanitaria locale*, in A.A.V.V., *L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, Atti del Convegno Nazionale di Diritto Sanitario, Padova, 25-26-27 giugno 1981*, Ragno Editore, Roma, 1981.

MORANA D., *Dal 1948 al 1978: L'interpretazione (riduttiva) dell'art. 32 Cost. nel primo «trentennio sanitario»* in BALDUZZI R., (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna, 2009.

MORANA D., *I diritti a prestazione in tempo di crisi: Istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in "Rivista A.I.C.", n. 4, 2013.

MORANA D., *Il modello costituzionale sulla tutela della salute e la sua attuazione*, in Id. (a cura di), *La salute nella Costituzione italiana*, Giuffrè, Milano, 2002.

MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002.

MORANA D., *La tutela della salute fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V*, in "Giurisprudenza costituzionale", n. 1, 2003, pp. 2034-2042.

MORANA D., *Le norme statali di dettaglio in materia sanitaria tra vecchio e nuovo titolo v: spunti dalla giurisprudenza costituzionale*, in "Rassegna Parlamentare", n. 3, 2010, pp. 707-723.

MORANA D., *Tutela della salute e diritto (diritti) alla salute nella Costituzione italiana*, in Id, (a cura di) *La salute come diritto costituzionale: Lezioni*, Giappichelli, Torino, 2013.

- MORRONE A., *Pareggio di bilancio e Stato costituzionale*, in “Lavoro e Diritto”, Fasc. 3, 2013, pp. 357-381.
- MORRONE A., *Per un “progetto di Regione”*, in “Istituzioni del Federalismo”, n. 1-2, 2010, pp. 47-71.
- MORTATI C., *L'interesse nazionale come limite della legislazione esclusiva* in, *Studi in onore di Emilio Crosa*, Giuffrè, Milano, 1960.
- MORTATI C., *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Raccolta di Scritti di Costantino Mortati, Vol. III*, Giuffrè, Milano, 1972.
- MUSOLINO S., *I rapporti Stato-Regioni nel nuovo titolo V, alla luce dell'interpretazione della Corte costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2007.
- NAPOLI C., *Autonomia Finanziaria*, Atti del convegno, Gruppo di Pisa, Bergamo 6-7 giugno 2014, versione provvisoria reperibile sul sito internet www.gruppodipisa.it.
- NASCIMBENE B., CONDINANZI M., SANNA C., AMALFITANO C., *Giurisprudenza di diritto comunitario: casi scelti*, Giuffrè, Milano, 2007.
- NISCO A., *La tutela penale dell'integrità psichica*, Giappichelli, Torino, 2012.
- NOCILLA D., *Autonomia, coordinamento e leale collaborazione tra i due rami di un parlamento bicamerale*, in “Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico”, fasc. 4, 1998, pp. 935-981.
- NOCITO W., *Dinamiche del regionalismo italiano ed esigenze unitarie*, Giuffrè, Milano, 2011.
- ODDENINO A., *Profili internazionali ed europei del diritto alla salute* in FERRARA, R. (a cura di) *Salute e sanità*, Giuffrè, Milano, 2010.
- ODONE C., *Regioni e diritto comunitario: il quadro delle norme di procedura e l'attuazione regionale delle direttive CE*, in “Istituzioni del Federalismo”, n. 3, 2007, pp. 335-337.
- OLIVETTI M., *Le funzioni legislative regionali* in, GROPPI T., OLIVETTI, M. (a cura di) *La Repubblica delle autonomie*, Utet, Torino, 2001.
- OLIVETTI M., *Nuovi statuti e forma di governo delle Regioni. Verso le Costituzioni regionali?* Il Mulino, Bologna, 2002.
- ONIDA V., *Conclusioni*, in CAVALERI P. (a cura di) *Temi di diritto regionale nella giurisprudenza costituzionale dopo le riforme*, Giappichelli, Torino, 2008.

PACE A., *Postilla: La legge incostituzionale come legge nulla ma esistente e una legge per decreto davvero inesistente* in “Giurisprudenza costituzionale”, fasc. 6, 2010, p. 5100 ss.

PAJNO S., *Testo dell'audizione sul disegno di legge costituzionale A.C. 2613-B presso la I Commissione Affari costituzionali della Camera, (29 ottobre 2015)*, in Osservatorio, Rivista A.I.C.

PALADIN L., *Le fonti del diritto italiano*, Il Mulino, Bologna 1996.

PALLANTE F., *Federalismo e diritti sociali*, in VITALE E. (a cura di), *Quale federalismo?*, Giappichelli, Torino, 2011.

PALMERINI E., *Le frontiere del biodiritto* in DONATO F., (a cura di), *Liber amicorum per Francesco D. Busnelli: il diritto civile tra principi e regole*, Giuffrè, Milano, 2008.

PANZERA C., *I livelli essenziali delle prestazioni fra sussidiarietà e collaborazione*, in “Le Regioni”, n. 38, 2010, pp. 938-957.

PAPA S., *La sussidiarietà alla prova: i poteri sostitutivi nel nuovo ordinamento costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2008.

PARILLA S., *Le risorse del servizio sanitario: dell'accordo del 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005*, in “Ragiusan”, n. 23, 2006, pp. 70-79.

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, pp.983-1024.

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, pp. 202-226.

PASTORI G., *Diritti della persona e interesse della collettività nel servizio sanitario nazionale*, in *Atti del Convegno nazionale sulla riforma sanitaria*, Milano, 21/22 ottobre 1977, Grafischa, Milano, 1978.

PASTORI G., *Presentazione*, in CODINI E., FOSSATI A., FREGO LUPPI S. A., (a cura di) *Manuale di diritto dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2015.

PASTORI G., *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in “Diritto Pubblico”, n. 1, 2002, pp. 85-98.

PATANÈ A., *Illegittimo il divieto di esecuzione forzata nelle Regioni che hanno sottoscritto il Piano di Rientro del deficit sanitario regionale. Annotazione a Corte costituzionale n. 186/2013*, in “OPAL”, n. 3, 2013.

PATANÈ A., *La tutela della salute dei cittadini dell'Unione Europea nelle prestazioni sanitarie transfrontaliere. Il decreto legislativo n. 38/2014 in attuazione della direttiva 2011/24 e le possibili conseguenze per il Servizio sanitario regionale*, in CIANCIO A., (a cura di), *Nuove strategie per lo sviluppo democratico e l'integrazione politica in Europa*, Aracne, Roma, 2014.

PAVOLINI E., *Le dinamiche dell'integrazione socio sanitaria in Italia*, in BRONZINI M. (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale, pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Edizioni Scientifiche, Napoli, 2011.

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*, Donzelli editore, Roma, 2012.

PEDERZOLI V., *I nuovi criteri di finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in "Sanità pubblica e privata", n. 6, 2002, pp. 735-750.

PELLEGRINI P., *I livelli essenziali di assistenza in un ordinamento decentrato*, BALDUZZI R., (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution, atti del convegno di Genova, 24 febbraio 2013*, Giuffrè, Milano, 2004.

PENNELLA G., *Federalismo fiscale a geometria variabile*, in "Il Lavoro nelle PA", fasc. n. 1, 2002, pp. 48-65.

PEREZ R., *La finanza pubblica*, in *Trattato di diritto amministrativo* a cura di S. CASSESE, *Diritto amministrativo generale*, Tomo I, II ed., Giuffrè, Milano, 2003.

PERGOLESI F., *Alcuni lineamenti dei "diritti sociali"*, Giuffrè, Milano, 1953.

PERLINGIERI P., PISACANE P., *Art. 32, Commento alla Costituzione italiana*, Edizioni Scientifiche italiane, Napoli, 1997.

PERRELLA A., CICCETTI A., *I fenomeni sociali e socio-sanitari in Molise: rapporto 2010*, Franco Angeli, Milano, 2011.

PESIANI M., BELLINI V., ROSSI F. P., *Il Servizio sanitario nazionale, commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Zanichelli, 1984.

PEZZINI B., *Diritto alla salute e dimensione della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e Salute*, Cedam, Padova, 2007.

PEZZINI B., *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002.

PICCIONE D., *Gli enigmatici orizzonti dei poteri sostitutivi del governo: un tentativo di razionalizzazione*, in "Giurisprudenza costituzionale", fasc. 2, 2003, pp. 1208-1233.

PICHI M., *L'autonomia amministrativa delle Regioni*, Giuffrè, Milano, 2005.

PIERONI M., *Gli strumenti nazionali di coordinamento della finanza pubblica: aspetti giuridici*, in "Rivista Corte dei Conti", n. 1-2, 2013, pp. 433-457.

PIGNATTI M., *Nota a: Corte costituzionale, 12 maggio 2011, n.163, La stazione unica appaltante: le modalità di finanziamento e la trasparenza dell'attività*, in "Foro amministrativo", fasc. 12, 2011, p. 3611 ss.

PIOGGIA A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali* Giappichelli, Torino,

PIOGGIA A., VANDELLI L., *La Repubblica delle Autonomie nella giurisprudenza costituzionale: Regioni ed Enti locali dopo la riforma del Titolo V*, Il Mulino, Bologna, 2006.

PIRAINO A., *L'autonomismo federale di Luigi Sturzo, dirigente dell'Anci*, in "Federalismi", 14 ottobre 2015.

PITINO A., *Autonomie e salute* in, MORELLI A., TRUCCO L. (a cura di), *Diritti e autonomie territoriali*, Giappichelli, Torino, 2014.

PITINO A., *Il diritto alla salute degli immigrati tra leggi ordinarie e costituzione*, in "Quaderni Regionali", n. 2, 2009, pp. 491-524.

PITRUZZELLA G., *Sanità e Regioni*, in "Le Regioni", n. 6, 2009, pp. 1177-1183.

PIZZETTI F., *Evitare di mettere vino nuovo in otri vecchi: la XV legislatura e l'attuazione del Titolo V*, in "Le Regioni", n. 5, 2006, pp. 867-876.

PIZZETTI F., *Il disegno di legge delega del Governo per la attuazione del Titolo V*, in PIZZETTI F., POGGI A., (a cura di), *Il sistema "instabile" delle autonomie locali*, Giappichelli, Torino, 2007.

PIZZETTI F., *Il sistema delle conferenze e la forma di governo italiana*, in "Le Regioni", n. 4, 2000, pp. 49-102.

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, pp. 599-628.

PIZZETTI F., *Le nuove esigenze di governance in un sistema policentrico «esplosivo»*, in “Le Regioni”, n. 6, 2001, pp. 1153-1196.

PIZZOLATO F., *Il sistema di protezione sociale nel processo di integrazione europea*, Giuffrè, Milano, 2002.

PIZZOLATO F., *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in “Amministrazione in cammino”, 2007.

PIZZOLATO F., *Potere sostitutivo e principio di sussidiarietà: alla ricerca della tutela degli «interessi unitari» prime considerazioni*, in “Nuove Autonomie”, n. 3/4, 2004, pp. 493-502.

PIZZORUSSO A., *Voce, Sistema costituzionale delle Fonti*, in Digesto delle Discipline Pubblicistiche, Utet, Torino, 1991.

POGGI R., *La legge ospedaliera commento articolo per articolo della legge 12 febbraio 1968 n. 132*, Messaggerie italiane, Firenze, 1968.

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

PRINCIPATO L., *Il diritto - talvolta - degli stranieri extracomunitari all'assistenza sociale*, in “Giurisprudenza costituzionale”, fasc. 2, 2013, pp. 718-727.

PUGLIESE G. (a cura di) *Salute e società. Risultati della ricerca «La salute come bene individuale e collettivo. Tutela dei relativi diritti»*, Consiglio Nazionale delle ricerche, Centro Lombardo per l'educazione sanitaria, Milano, 1977.

PUTATURO DONATI M. G., *Note in tema di esercizio del potere sostitutivo nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in “Federalismi”, n. 21, 2014.

RAFTI V., *Il processo di aziendalizzazione nella sanità attraverso le riforme*, in “Sanità pubblica e privata”, n. 9, 1999, pp. 305-320.

RICCA M., CHIEFFI L. (a cura di), *Il Governo della salute, Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez, Roma, 2005.

RIVOSECCHI G., *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.

ROLLA G., *La tutela costituzionale dei diritti*, Giuffrè, Milano, 2014.

ROSSI E., *Principi e diritti nei nuovi Statuti regionali*, in “Rivista di Diritto Costituzionale”, n. 10, 2005, pp. 51-96.

ROSSI E., *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due «materie» difficilmente separabili*, in CATELANI E., TARCHI R., (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Editoriale scientifica, Napoli, 2015.

ROSSI S., *Il giudice amministrativo alla prova dei diritti fondamentali il caso del rimborso delle cure all'estero* in BONETTI P., CASSATELLA A., CORTESE, F. DEFFENU A., GUAZZAROTTI A., (a cura di), *Giudice amministrativo e diritti costituzionali*, Giappichelli, Torino, 2012.

ROVERSI MONACO F. A., (a cura di), *Il nuovo Servizio sanitario nazionale*, Maggioli, Rimini, 2000.

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 di Quaderni Costituzionali”, 24 febbraio 2010.

RUGGERI A., *CEDU, diritto “eurounitario” e diritto interno: alla ricerca del “sistema dei sistemi”*, in “Giurcost”, 19 aprile 2013.

RUGGERI A., *Dalla giurisprudenza di fine anno una opportuna precisazione in tema di disciplina (con legge costituzionale) delle fonti*, in “Forum di Quaderni Costituzionali”, 9 maggio 2013.

RUGGERI A., SPADARO A., *Dignità dell'uomo e giurisprudenza costituzionale (prime notazioni)*, in “Politica e Diritto”, n. 3, 1991, pp. 343-377.

RUGGIU I., *Conferenza Stato Regioni: un istituto del federalismo «sommerso»*, in “Le Regioni”, n. 5, 2000, pp. 853-901.

SALAZAR C., *I diritti sociali nella carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea: un viaggio al termine della notte*, in FERRARI G. (a cura di), *I diritti fondamentali dopo la carta di Nizza*, Giuffrè, Milano, 2001.

SALAZAR C., SPADARO A. (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della regione Calabria*, Giappichelli, Torino, 2013.

- SALERNO G. M., *Equilibrio di bilancio, coordinamento finanziario e autonomie territoriali*, in Id. (a cura di), *Costituzione e pareggio di bilancio/ ARSAE*, Jovene, Napoli, 2011.
- SANDULLI A., *La Conferenza Stato-Regioni e le sue prospettive*, in “Le Regioni”, n. 5, 1985, pp. 837 ss.
- SANDULLI A., *Linee generali della riforma ospedaliera-ponte del 1974*, in *Annali di studi giuridici e socio-economici sul Servizio sanitario nazionale e regionale*, Anno II, Volume primo, Ragno editore, Roma, 1976.
- SANGIULIANO R. (a cura di), *Diritto sanitario e servizio sanitario nazionale*, Simone, Napoli, 2006.
- SANTUARI A., *I servizi sociali e socio-sanitari nel contesto europeo* in ADVERSI M., SESTA M., (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014.
- SANTUARI A., *Il termalismo in Europa: un caso di turismo sanitario*, Cedam, Padova, 2010.
- SAPORITO G., *Attuazione del Servizio sanitario nazionale: programmazione e convenzioni*, in *Il servizio sanitario nazionale, atti del convegno sulla legge n. 833/1978*, Giuffrè, Milano, 1981.
- SCOCA G., *Il governo regionale del Servizio sanitario nazionale*, in A.A.V.V., *L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, Atti del Convegno Nazionale di Diritto Sanitario, Padova, 25-26-27 giugno 1981*, Ragno Editore, Roma, 1981.
- SCACCIA G., *Le competenze legislative sussidiarie e trasversali*, in “Diritto Pubblico”, n. 2, 2004, pp. 461-500.
- SCIULLO G., *Indirizzo e coordinamento*, in *Dig. discipline pubblicistiche*, IX, 1994.
- SCOTTI BERTINELLI L., *voce I.N.A.M.*, in *Novissimo Digesto II*, Utet, Torino, 1968.
- SERVETTI D., *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
- SERVETTI D., *Servizi socio-sanitari e intercomunalità. Il caso piemontese*, in BALDUZZI R. (a cura di), *Annuario Drasd 2011*, Giuffrè, Milano, 2011.

- SICLARI M., *L'articolo 32, primo comma, della Costituzione italiana nell'interpretazione della Corte costituzionale*, in "Lex Social", n. 2, 2012.
- SICLARI M., *La Tecnica delle norme interposte*, in "Foro It", fasc. 11, 1998.
- SICLARI M., *Le norme interposte nel giudizio di costituzionalità*, Cedam, Padova, 1992.
- SILVESTRI E., *Le leggi-cornice*, in "Diritto Pubblico", n. 1, 1970, pp. 48-91.
- SILVESTRI G., *Dal potere ai principi. Libertà ed eguaglianza nel costituzionalismo contemporaneo*, Roma-Bari, 2009.
- SILVESTRI G., *Uguaglianza, Ragionevolezza e Giustizia Costituzionale*, in CARTABIA M., VETTOR T., (a cura di), *Le Ragioni dell'uguaglianza*, Giuffrè, Milano, 2008.
- SKOOG G. E., *Soft budget constraint. The Emergence, Persistence and Logic of an Institution*, Boston, 2000.
- SOLA G., *La rilevanza costituzionale del principio di leale collaborazione*, "in Quaderni Regionali", n. 2, 2009, pp. 553-627.
- SORRENTINO F., *Diritto alla salute e trattamenti sanitari; sulla facoltà del malato d'interrompere le cure (tra art. 32 cost. e c.p.)*, in "Quaderni Regionali", n. 1, 2007, pp. 441-448.
- SORRENTINO F., *Le fonti del diritto italiano*, Cedam, Roma, 2009.
- SORRENTINO F., *Le fonti del diritto italiano, seconda edizione*, Cedam, Padova, 2015.
- SORRENTINO F., *Riflessioni preliminari sul coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario* in Studi in onore di Franco Modugno, Jovene, Napoli, 2011.
- SPADARO A., *Sui principi di continuità dell'ordinamento, di sussidiarietà e di cooperazione fra Comunità/Unione Europea, Stato e Regioni*, in "Rivista Trimestrale di Diritto pubblico", n. 1, 1994, pp. 1041-1094.
- SPANDONARO F., *Dal superamento dell'emergenza sanitaria al risanamento*, in "Monitor", n. 37, 2015, p. 42
- SPATARO O., *I diritti degli immigrati nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in "Nuove Autonomie", n. 2-3, 2013, pp. 269-297.

SPATARO O., PIRAINO A., *Specialità e asimmetrie: la Regione Sicilia*, in Astrid online, 2012.

STERPI S., BARILETTI A., BURATTI C., CEREÀ G., MAYNARD A., LUDBROOK A., *Bisogno di salute e finanziamento della sanità in Italia*, Vita e Pensiero, Milano, 1983.

STORNAIUOLO G., *Il finanziamento di spesa in materia sanitaria: una proposta di modifica del D.lgs. 56/2000 in applicazione dell'articolo 119 del Titolo V della Costituzione*, in "Rivista economica del Mezzogiorno", n. 1, 2005, pp. 61-95

TAMBURRINI V., *I poteri sostitutivi statali: tra rispetto dell'autonomia regionale e tutela del principio unitario*, Giuffrè, Milano, 2012.

TARLI BARBIERI G., *I rapporti tra la legislazione statale e la legislazione regionale*, in BETTINELLI E., RIGANO F. (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, Giappichelli, Torino, 2004.

TARONI F., *livelli essenziali di assistenza ipotesi «federali» e futuro del servizio sanitario nazionale* in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza tutela della salute e progetto di "devolution"*, Giuffrè, Milano, 2004.

TARONI F., *Sopravvivere alla crisi? Politiche e istituzioni sanitarie in Italia*, in "Sistema salute", n. 57, 2013, pp. 56-68.

TARONI F., *Tempi moderni*, in "Politiche sanitarie", n. 2, 2011, pp. 56-67.

TONDI DELLA MURRA V., *Una riforma «semper reformanda»*, in Osservatorio Rivista A.I.C., 1 ottobre 2015.

TOSI R., *La legge costituzionale n. 3 del 2001: note sparse in tema di potestà legislativa e amministrativa*, in "Le Regioni", n. 6, 2001, pp. 1236-1246.

TRABUCCHI M., VANARA F., FALCITELLI N. (a cura di), *Rapporto sanità 2003: Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Il Mulino, Bologna, 2003.

TRIPODINA C., *Art. 32*, in BARTOLE S., BIN R., CRISAFULLI V., PALADIN L., (a cura di) *Commentario breve alla Costituzione*, Seconda ed., Cedam, Padova, 2008.

TUBERTINI C., *Appunti sulle problematiche istituzionali degli interventi sostitutivi*, in Astrid online, 20 aprile 2009.

TUBERTINI C., *Stato, Regioni e tutela della salute*, in VANDELLI L. (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Il Mulino, Bologna, 2007.

URBANO G., *Diritto alla salute e cure transfrontaliere*, Giappichelli, Torino, 2009.

VALICENTI R., *Equilibrio di bilancio e coordinamento della finanza pubblica delle autonomie territoriali*, in "Rivista A.I.C.", n. 1, 2012.

VANDELLI L., *Amministrazione centrale e servizio sanitario*, Maggioli, Rimini, 1984.

VANDELLI L., *Prefazione*, in Id. (a cura di), *Il governo delle Regioni: sistemi politici, amministrazioni, autonomie speciali*, Il Mulino, Bologna, 2013.

VERCILLO G., *Diritti fondamentali tutelati dalla costituzione, potere amministrativo e situazioni giuridiche soggettive del privato*, in "Diritto Processuale Amministrativo", fasc., 4, 2010, pp. 1370-1408.

VERONESI G., *Il regime dei poteri sostitutivi alla luce del nuovo art. 120, comma 2, della Costituzione*, in "Istituzioni del Federalismo", n. 5, 2002, pp. 733-758.

VICECONTE N., *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI, R. CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2012.

VICECONTE N., *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in (a cura di) MANGIAMELI S., *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e la sua riforma, Atti delle giornate di studio, Roma, 20-21-22 ottobre*, Vol. II, Giuffrè, Milano, 2011.

VICECONTE N., *La forma di governo nelle regioni ad autonomia ordinaria. Il parlamentarismo iper-razionalizzato e l'autonomia statutaria*, Jovene, Napoli, 2010.

VICECONTE N., *Nota a: Corte costituzionale, 12 dicembre 2014, n. 278, Gli atti del commissario ad acta in sanità tra «forma» amministrativa e «sostanza» legislativa: la Corte asserisce ma non chiarisce*, "Giurisprudenza Costituzionale", fasc. 6, 2014, pp. 4732-4740.

VIOLINI L., *I confini della sussidiarietà: potestà legislativa, leale collaborazione e strict scrutiny*, in "Le Regioni", n. 2-3, 2004, pp. 587-602.

VIOLINI L., LOCATELLI F., *La determinazione dei livelli essenziali*, in SCUDIERO M. (a cura di), *Le autonomie al centro, Vol. I*, Jovene, Napoli, 2007.

VIOLINI L., *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*, In “Le Regioni”, n. 6, 2003, pp. 691-702.

VIOLINI L., *Regioni e ricerca scientifica, ovvero riforma Bassanini v. Riforma Costituzionale*, in “Le Regioni”, n. 2, 2001, pp. 422-430.

VIPIANA P., *I provvedimenti applicativi dei Piani di rientro nell'ambito del sindacato giurisdizionale amministrativo* in, BALDUZZI R. (a cura di), *La Sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2012.

VIPIANA P., *Tendenze centripete e centrifughe negli ordinamenti statali dell'Europa in crisi*, Giappichelli, Torino, 2014.

VITIELLO B., *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni*, in “Istituzioni del Federalismo”, n. 6, 2006, pp. 955-994.

ZAGREBELSKY V., *Un'introduzione al diritto fondamentale alla salute* in CAVO G. M., BOTTARI C., ROSSI L. S., ALTIMARI G., (a cura di), *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano* Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2010.

ZUCCATELLI G., *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*, in “Monitor”, n. 29, 2012, pp. 4-6.

ZUDDAS P., *L'influenza della normativa comunitaria sul riparto costituzionale delle competenze tra Stato e regioni: caratteri e limiti*, Il campano, Pisa, 2009.

ZUDDAS P., *L'influenza del diritto dell'Unione Europea sul riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni*, Cedam, Padova, 2010.

