

# Il commissariamento della sanità regionale nella prospettiva del riequilibrio territoriale

di Giuseppe Andrea Primerano

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Le origini del commissariamento della sanità regionale e la “missione” salute per la riduzione delle diseguaglianze. – 3. Il rapporto tra potere commissariale e garanzia dei livelli essenziali di assistenza nell’ottica della giurisprudenza costituzionale. – 4. La differenziazione normativa come conseguenza del commissariamento sanitario: il “caso” Calabria. – 5. I limiti all’autonomia commissariale tra erogazione di prestazioni costituzionalmente necessitate e ponderazione degli interessi.

## 1. *Introduzione*

Nell’attuale momento storico di trasformazione del settore sanitario, pur a fronte dell’accresciuta connotazione regionalista del sistema istituzionale frutto delle riforme costituzionali intervenute a cavallo del 2000<sup>1</sup>, l’effettiva programmazione e l’efficiente erogazione di talune prestazioni essenziali non può prescindere dall’unità ordinamentale, tanto più ove si consideri che l’autonomia è pensabile solo nella cornice dell’unità<sup>2</sup>. Tale impostazione è determinante per evitare riflessi negativi sulla copertura qualitativa e quantitativa dei servizi erogati<sup>3</sup> ed assicurare modelli di assi-

---

<sup>1</sup> Il riferimento è alla l. cost. 22 novembre 1999, n. 1, e alla l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3.

<sup>2</sup> Cfr. A. RUGGERI, “Forme” e “tecniche” dell’unità, tra vecchio e nuovo regionalismo, in G. ROLLA (a cura di), *La definizione del principio unitario negli ordinamenti decentrati* (Atti del convegno dell’Associazione di diritto pubblico comparato ed europeo, Pontignano, Università degli Studi di Siena, 10-11 maggio 2002), Torino, 2003, 95 ss.; *amplius*, E. CARLONI, *Lo Stato differenziato. Contributo allo studio dei principi di uniformità e differenziazione*, Torino, 2004; per un inquadramento del processo di revisione costituzionale in senso autonomista, cfr. i contributi in A. FERRARA (a cura di), *Le autonomie territoriali nella riforma costituzionale*, Milano, 2001, cui *adde* G. FALCON (a cura di), *Lo Stato autonomista. Funzioni statali, regionali e locali nel decreto legislativo n. 112 del 1998 di attuazione della legge Bassanini n. 59 del 1997*, Bologna, 1998. Sul «rilancio dell’autonomia e dell’autogoverno locale, che ha nell’istituzione delle Regioni la sua leva fondamentale», v. già F. BASSANINI, *Le Regioni fra Stato e comunità locali*, Bologna, 1976, 7. Per esaustivi approfondimenti, si segnala il recente studio di G. GARDINI, C. TUBERTINI, *L’amministrazione regionale*, Torino, 2022, spec. 391 ss.

<sup>3</sup> Come si legge nel Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sani-

stenza e cura in grado di rimediare alle disparità tra persone e territori segnalate da più parti<sup>4</sup>.

A fronte di notevoli oneri, anche in termini di “migrazioni” dalla propria regione<sup>5</sup>, gravanti soprattutto sui cittadini del Centro-Sud<sup>6</sup>, si assiste a un’incessante ricerca di meccanismi capaci di sostenere le ragioni dell’autonomia e della differenziazione<sup>7</sup>, in molti casi, mortificate dal legislatore statale<sup>8</sup>. La prospettazione della c.d. autonomia differenziata, tuttavia,

---

tari Regionali (esercizi 2020-2021) elaborato dalla Sezione delle autonomie della Corte dei conti, deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG, 92.

<sup>4</sup> Nel discorso di fine anno 2022, consultabile sul sito [www.quirinale.it](http://www.quirinale.it), il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella ha lanciato un monito degno di nota: «Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale si rafforzi, ponendo sempre più al centro la persona e i suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive (...). Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese – tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne – creano ingiustizie, feriscono il diritto all’uguaglianza. Ci guida ancora la Costituzione, laddove prescrive che la Repubblica deve rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che ledono i diritti delle persone, la loro piena realizzazione. Senza distinzioni. La Repubblica siamo tutti noi. Insieme».

<sup>5</sup> Cfr. il Report Osservatorio GIMBE 1/2023 *Il regionalismo differenziato in sanità* (Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2023, disponibile sul sito [www.gimbe.org/regionalismo-differenziato-report](http://www.gimbe.org/regionalismo-differenziato-report)). Sul rapporto tra regionalismo differenziato e tutela della salute, per un inquadramento, F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 15, 2019; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Riv. AIC*, 2, 2019; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 1, 2020.

<sup>6</sup> La mobilità sanitaria interregionale avvera spesso forme di “turismo” sanitario non sovrapponibili a quelle considerate dalla giurisprudenza amministrativa e, sul piano generale, non consentite anche in ragione di «intuibili esigenze di natura economico-finanziaria a tutela dell’erario e di parità di trattamento dei cittadini/utenti» (Cons. Stato, sez. III, 7 gennaio 2014, n. 19; Id. 22 gennaio 2014, n. 296; Id. 11 marzo 2014, n. 1146; Id. 17 marzo 2014, n. 1320; Id. 21 luglio 2014, n. 3881), in considerazione della richiesta di autorizzazione a effettuare cure specialistiche all’estero, né con il consolidato principio di libera scelta del paziente che comprende la scelta della struttura, pubblica o privata, a cui rivolgersi.

<sup>7</sup> Cfr. il d.d.l. recante «disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, terzo comma, della Costituzione» (A.S. 615) presentato dal Ministro per gli affari regionali e le autonomie dott. R. Calderoli, attualmente in corso di esame in commissione.

<sup>8</sup> È quanto rileva F.G. SCOCA, *La pubblica amministrazione come organizzazione*, in L. MAZZAROLI, G. PERICU, A. ROMANO, F.A. ROVERSI MONACO, F.G. SCOCA (a cura di), *Diritto amministrativo*, I, Bologna, 2005, 297, secondo cui «il legislatore statale, con l’avallo

non può superare l'imprescindibilità del coordinamento centrale per una reale promozione dello sviluppo economico, infrastrutturale e sociale dei territori più disagiati<sup>9</sup>.

Il rispetto della dignità umana e dell'uguaglianza è un valore comune agli ordinamenti caratterizzati dal pluralismo, dalla non discriminazione, dalla giustizia e dalla solidarietà (art. 2 TUE). La riduzione del divario tra i livelli di sviluppo delle varie regioni e il ritardo di quelle meno favorite presuppone il rafforzamento delle politiche di coesione (art. 3 TUE e artt.

---

della Corte costituzionale, ha in molti modi tentato (spesso con successo) di mortificare le autonomie riconosciute dalla Costituzione, e in particolare le autonomie regionali, utilizzando in misura esageratamente ampia i poteri di indirizzo e coordinamento, ovvero servendosi del principio di "leale collaborazione" tra Stato e Regioni, o ancora interpretando in modo estensivo i limiti contenutistici della legislazione regionale».

<sup>9</sup> Cfr. L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., 25, che, in tale prospettiva, richiama l'intervento straordinario svolto dalla Cassa per il Mezzogiorno istituita con l. 10 agosto 1950, n. 646. Al riguardo cfr. G. MORI (a cura di), *Autonomismo meridionale: ideologia, politica e istituzioni*, Bologna, 1981, spec. i contributi di E. GUAITA, *Intervento straordinario e autonomie locali*, 95 ss., e M. VILLARI, *La Cassa per il mezzogiorno e il problema dell'autonomia regionale*, 149 ss. F. MANGANARO, *Osservazioni sulla questione meridionale alla luce del PNRR e del regionalismo differenziato*, in *Nuove autonomie*, 2, 2022, 387 ss., spec. 392 ss., affronta il tema della coesione partendo dalla "questione meridionale" nel nostro Paese e ricorda come la riduzione del divario di cittadinanza sia una delle tre priorità trasversali alle sei Missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Si vedano, in particolare, le lettere c) e d) dell'art. 3 del Regolamento 2021/241/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza, dedicate all'esigenza di garantire una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva ed alla coesione economica, sociale e territoriale. Si veda, inoltre, il titolo I della parte III del d.l. 24 febbraio 2023, n. 13, convertito con modificazioni dalla l. 21 aprile 2023, n. 41. Anche G.P. MANZELLA, *Il "tempo" della politica di coesione*, in *www.federalismi.it*, 13, 2021, si sofferma sulla centralità politica dell'intervento di coesione: «una centralità di azione, in ragione della più completa attenzione ai temi della disuguaglianza e della inclusività, accanto a quelli più tradizionali della competitività (...); una centralità di metodo amministrativo, in ragione delle modalità di organizzazione e di funzionamento comuni ai diversi livelli di governo che è capace di suscitare (...); una centralità di rapporto tra istituzioni e cittadinanza, dato che nell'intervento di coesione ci sono ricadute dirette in termini di identità europea (...). Sono questi i motivi per cui la politica di coesione va "presa sul serio": da tutti i livelli istituzionali. Con una maggiore attenzione politica al tema; con un'azione di rafforzamento delle strutture amministrative coinvolte sia a livello statale, sia a livello regionale; con uno sforzo in più dal punto di vista della valutazione dei risultati e della loro comunicazione».

174 e 175 TFUE)<sup>10</sup>, valore fondante il *Next Generation EU*<sup>11</sup> e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il PNRR, per rafforzare l'equità degli investimenti programmati, ha previsto che almeno il 40% delle risorse territorializzabili siano destinate al Mezzogiorno, a dimostrazione della rilevanza del riequilibrio territoriale e dell'esigenza di implementare gli interventi di perequazione infrastrutturale tra aree geografiche già previsti, ma non attuati, dal processo di revisione costituzionale in senso federalista<sup>12</sup>.

Il riferimento della Carta al principio di equità intergenerazionale (art. 9, comma 3, Cost.)<sup>13</sup>, fondamento delle molteplici articolazioni dello sviluppo sostenibile<sup>14</sup>, supporta un simile impianto che questo lavoro mira a indagare sotto il profilo della tutela della salute e, nello specifico, prestando particolare attenzione al commissariamento della sanità regionale.

Il contributo prende spunto dalle origini di tale forma di commissariamento e dalla finalità della materia sanitaria di contrastare le disegualianze, che denotano condizioni di povertà<sup>15</sup>, per poi soffermarsi sull'affermazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e sulla connotazione del potere sostitutivo di cui all'art. 120, comma 2, Cost. che offre copertura alle nomine commissariali volte all'attuazione dei programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario regionale, ridenominati piani di rientro. L'analisi è condotta senza trascurare l'apporto giurisprudenziale e gli effetti che il commissariamento della

---

<sup>10</sup> Anche la Carta di Nizza, che possiede il medesimo valore giuridico dei trattati (art. 6, par. 1, TUE), nel Capo IV dedicato alla "Solidarietà" si riferisce alla coesione sociale e territoriale dell'Unione (art. 36). Merita, inoltre, ricordare che l'art. 3 del progetto di Costituzione europea presentato nel 2003 dalla Convenzione sul futuro dell'Europa prevedeva tra gli obiettivi dell'Unione la promozione della coesione economica, sociale e territoriale, nonché la solidarietà tra gli Stati membri.

<sup>11</sup> Cfr. i considerando 2 e 3 del Regolamento 2021/241/UE.

<sup>12</sup> Cfr. B. CARAVITA, *La Costituzione dopo la riforma del Titolo V. Stato, Regioni e autonomie fra Repubblica e Unione europea*, Torino, 2002.

<sup>13</sup> Introdotta dalla l. cost. 11 febbraio 2022, n. 1.

<sup>14</sup> Cfr. i 17 obiettivi ("*Sustainable Development Goals-SDGs*") e i 169 target per raggiungerli entro il 2030 individuati dall'Agenda per lo Sviluppo Sostenibile sottoscritta nel 2015 dai Paesi membri dell'ONU. L'obiettivo 3, in particolare, consiste nell'assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età.

<sup>15</sup> Cfr. C. FRANCHINI, *L'intervento pubblico di contrasto alla povertà*, Napoli, 2021, 48, sulla scia di S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Roma-Bari, 2012, 232 ss., per cui la povertà è assunta nell'accezione «di privazione o di grave menomazione di diritti fondamentali».

sanità regionale, ove protratto, può determinare sui criteri di allocazione delle competenze. In tale prospettiva, infine, viene impostata una riflessione sui limiti riguardanti l'azione amministrativa commissariale per individuare i caratteri del relativo sindacato giurisdizionale.

## 2. *Le origini del commissariamento della sanità regionale e la "missione" salute per la riduzione delle disuguaglianze*

La propensione del settore sanitario al pluralismo e al decentramento non giustifica differenziazioni sostanziali nei livelli essenziali di godimento del diritto alla salute, la cui natura "fondamentale" si coordina con ulteriori prescrizioni, di rango costituzionale, idonee a bilanciare spinte regionali autonomiste<sup>16</sup>. I fattori unificanti delle politiche sanitarie sono direttamente desumibili, oltre che dall'art. 32 Cost.<sup>17</sup>, dagli artt. 117, commi 2, lett. m), e 3, 118, comma 1, 119, comma 3, e 120, comma 2, da leggere alla luce degli artt. 2 e 3 Cost. sui principi fondamentali di solidarietà e di uguaglianza<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> Sulla regionalizzazione del governo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito con l. 23 dicembre 1978, n. 833, in un momento coevo alla riforma del Titolo V della Costituzione ad opera della l. cost. n. 3/2001, si veda G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 1, 2002, 90, il quale rileva che essa è avanzata anche per effetto delle misure sul federalismo fiscale di cui alla l. 13 maggio 1999, n. 133, e al d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, nonché della l. 20 dicembre 2000, n. 405, di conversione del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, recante «interventi urgenti in materia di spesa sanitaria», che ha ampliato la competenza in tema di assetto degli ospedali, sperimentazione gestionale e, più in generale, di organizzazione del servizio. Sulla potestà normativa dello Stato come garanzia di continuità, rispetto al periodo pre-riforma, in materia di tutela della salute cfr. M. DUGATO, *Sussidiarietà e salute*, in *Sanità pubblica e privata*, 2006, 7.

<sup>17</sup> Cfr. N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, tomo I, Milano, 2000, 377 ss.

<sup>18</sup> Cfr. V. ANTONELLI, E. GRIGLIO, *Tutela della salute*, in L. VANDELLI, F. BASSANINI (a cura di), *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, Bologna, 2012, 38. Sul valore dell'uguaglianza e, in particolare, sulla forza acquisita da quella sostanziale «e quindi dalla necessità di trattare in modo uguale gli uguali, ma in modo diseguale i diseguali», G. AMATO, *Le istituzioni della democrazia. Un viaggio lungo cinquant'anni*, Bologna, 2014, 196. Sul nesso fra tutela della salute e uguaglianza sostanziale, C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano, 1991, 49 ss. Sul rapporto fra art. 3 Cost., Stato sociale e fondamento dei diritti sociali, senza pretesa di esaustività, G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1981, 757; F.A. ROVERSI MONACO, *Compiù e servizi. Profili generali*, in *Diritto amministrativo*, cit., II, 7.

La finalità della materia sanitaria di contrastare le diseguaglianze ha giustificato l'affermazione dei livelli essenziali di assistenza in detto settore prima della riforma del Titolo V della Costituzione<sup>19</sup> e, al giorno d'oggi, non può che orientare le istanze di differenziazione fondate sull'art. 116, comma 3, Cost.<sup>20</sup>. Il tema non attiene semplicemente al riparto di compe-

<sup>19</sup> Cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, 135. Sul collegamento fra i LEA attualmente richiamati dall'art. 117, comma 2, lett. m), Cost. e gli artt. 2 e 3 Cost., L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., 26. Cfr., inoltre, V. MOLASCHI, *Le diseguaglianze sostenibili nella sanità*, in F. ASTONE, M. CALDARERA, F. MANGANARO, A. ROMANO TASSONE, F. SAITTA (a cura di), *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, Torino, 2006, 3 ss. La delimitazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, quindi, deve conformarsi al «rispetto dei principi di dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché all'economicità nell'impiego delle risorse» (Corte cost. 27 marzo 2003, n. 88). Sulla necessità di assicurare a tutti gli aventi diritto, con carattere di generalità, determinati standard strutturali e qualitativi di prestazioni per il soddisfacimento di diritti civili e sociali, *ex multis*, Corte cost. 9 maggio 2014, n. 121.

<sup>20</sup> Ad avviso di V. MOLASCHI, *I livelli essenziali di assistenza sociale*, in F. MANGANARO, V. MOLASCHI, R. MORZENTI PELLEGRINI, D. SICLARI, *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2022, 97, il regionalismo differenziato «sta riportando all'attenzione tanto il tema della determinazione dei "livelli essenziali" quanto quello della definizione dei costi e dei fabbisogni *standards*». La medesima A., a tale stregua, ipotizza che il regionalismo differenziato possa operare come una sorta di volano anche per l'individuazione organica dei "Liveas" (cfr., *amplius*, S.A. FREGO LUPPI, *I principi*, in E. CODINI, A. FOSSATI, S.A. FREGO LUPPI, *Manuale di diritto dei servizi sociali*, Torino, 2019, 33 ss.; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2020, 58 ss.), pur non nascondendosi come «tale operazione, con riferimento al settore dei servizi sociali, presenti maggiori difficoltà rispetto ad altre aree di attività, in considerazione delle profonde diversità regionali che lo connotano e del carattere individualizzato e complesso delle prestazioni, che coniugano una pluralità di interventi, elementi che rendono oltretutto non agevole l'identificazione dei costi e dei fabbisogni *standard*, cardine del sistema» (p. 98). N. GULLO, *Notazioni sul regionalismo differenziato tra aspirazioni autonomistiche e solidarietà economico-sociale*, in *Nuove autonomie*, 3, 2020, 818, pur osservando che l'art. 116, comma 3, Cost. «in termini del tutto inediti per la tradizione costituzionale italiana spalanca la prospettiva di una diversificazione del regime giuridico e dell'ambito di azione delle Regioni a statuto ordinario», conclude che «se il regionalismo italiano intende intraprendere la via dell'accentuata differenziazione del regime delle autonomie (...) questo cambiamento non può essere il risultato inconsapevole dell'accoglimento di istanze locali e di complesse mediazioni territoriali delle coalizioni politico-partitiche; al contrario, deve collegarsi a una strategia complessiva di riforma della macchina amministrativa, come sollecitano anche le istituzioni europee nel contesto del *Next Generation EUs*» (p. 833). Sull'attenzione a fasi alterne riservata dalla dottrina all'art. 116, comma 3, Cost. e per una ricognizione dei principali passaggi del confronto istituzionale, A. ANGIULI, *Centralismo autonomia secessione. Funzione amministrativa e regionalismo differenziato*, in *Diritto amministrativo e società civile*, vol. III, *Problemi e prospettive*, Bologna, 2020, 3 ss.; R. CARIDÀ, *Il processo di differenziazione regionale ex art.*

tenze legislative e amministrative; si tratta di favorire processi di integrazione tra vari livelli che, pur valorizzando il ruolo regionale, non trascurino il carattere strategico della tutela della salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Il potere sostitutivo dello Stato di cui all'art. 120, comma 2, Cost. non cristallizza un limite all'autonomia territoriale, ma è uno strumento per ripristinarla<sup>21</sup> qualora particolari situazioni critiche possano compromettere l'effettività dei diritti costituzionali o l'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero esporre l'istituzione statale a responsabilità europea o internazionale<sup>22</sup>. In altre parole, le previsioni dell'art. 120, comma 2, Cost. fanno «sistema con le norme costituzionali di allocazione delle competenze assicurando comunque, nelle ipotesi patologiche, un intervento di organi centrali a tutela di interessi

---

116, terzo comma, della Costituzione: la natura delle funzioni e i vincoli costituzionali, in *Nuove autonomie*, 1, 2020, 139 ss.; F. CORTESE, *La nuova stagione del regionalismo differenziato: questioni e prospettive, tra regola ed eccezione*, in *Le Regioni*, 4, 2017, 689 ss.; G. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, ivi, 625 ss.; C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di rilettura alla luce dell'art. 116, comma 3 della Costituzione*, in *www.federalismi.it*, 18, 2018; L. VANDELLI, *Il regionalismo differenziato tra peculiarità territoriali e coesione nazionale*, in *Astrid Rassegna*, 11, 2018; ID., *Il regionalismo differenziato*, in *Riv. AIC*, 3, 2019, 574 ss., che colloca l'art. 116, comma 3, Cost. fra alcuni pilastri fondamentali del Titolo V della Costituzione: «da un lato, precisamente, il principio di differenziazione, che insieme a quello di adeguatezza e di sussidiarietà è sancito esplicitamente nella distribuzione delle funzioni (...); dall'altro, i valori unitari e gli strumenti per la loro tutela, i livelli essenziali, la perequazione e la solidarietà del sistema finanziario, i principi fondamentali nelle materie concorrenti, la leale collaborazione, eccetera» (p. 575); e, su tali basi, dopo aver osservato che «le Regioni colgono l'art. 116, comma 3, Cost. come occasione per richiedere l'eliminazione di vincoli che ritengono fortemente pregiudizievoli», invita a riflettere sui problemi del regionalismo italiano mediante una verifica puntuale dei problemi di funzionamento del sistema nel suo complesso. Tale prospettiva è stata valorizzata da M. IMMORDINO, *L'autonomia regionale alla luce del regionalismo differenziato nel pensiero di Luciano Vandelli*, in *Ist. fed.*, 2019, 45 ss.

<sup>21</sup> Come rilevato da Corte cost. 23 luglio 2021, n. 168, con nota di A. CAROSI, *Risanamento finanziario, garanzia dei livelli essenziali e poteri sostitutivi: riflessioni a margine della sentenza della Corte Costituzionale n. 168 del 2021*, in *Bilancio com. persona*, 2, 2021, 50 ss., la crisi di una determinata autonomia territoriale non ne scalfisce «il valore potenziale in quanto non viene mutata, nell'esercizio del potere di cui all'art. 120, comma 2, Cost., la titolarità originaria delle competenze esercitate in via sostitutiva dall'autorità centrale».

<sup>22</sup> Che il riconoscimento del valore delle autonomie territoriali (e locali) non possa prescindere dalla prova concreta della realizzazione di determinati interessi essenziali è esplicitamente affermato da Corte cost. 27 gennaio 2004, n. 43, con nota di F. MERLONI, *Una definitiva conferma della legittimità dei poteri sostitutivi regionali*, in *Le Regioni*, 4, 2004, 1074 ss.

unitari»<sup>23</sup> e rendono lo Stato garante di ultima istanza<sup>24</sup>.

Ciò contribuisce a chiarire la connotazione costituzionale del potere in questione e introduce la disciplina dei piani di rientro dai deficit di bilancio in materia sanitaria e dell'eventuale successivo commissariamento della sanità regionale, in collegamento con l'esigenza di migliorare l'erogazione del servizio sociosanitario attraverso la razionalizzazione della spesa e la riduzione degli sprechi<sup>25</sup>. I programmi operativi di riorganizzazione,

<sup>23</sup> Corte cost. 14 ottobre 2005, n. 383; Id. 19 luglio 2004, n. 236; Id. 27 gennaio 2004, n. 44. Sul potere sostitutivo di cui all'art. 120, comma 2, Cost. come competenza "di chiusura" del sistema e sulla relazione tra fissazione dei livelli essenziali e piena realizzazione del principio di uguaglianza, si veda A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 61.

<sup>24</sup> L'intervento del potere sostitutivo statale, che può spingersi fino a esautorare, nel rispetto del principio di leale collaborazione, gli organi democraticamente eletti, prefigura l'impossibilità che persino la legge regionale interferisca con lo svolgimento delle funzioni commissariali (cfr. Corte cost. 20 ottobre 2020, n. 217, e, da ultimo, Corte cost. 14 febbraio 2023, n. 20). In tale prospettiva, è stata dichiarata l'incostituzionalità di previsioni legislative regionali idonee a tradursi in una violazione immediata degli obblighi previsti nel piano di rientro e degli specifici poteri attribuiti al commissario *ad acta*, come quelle concernenti la proroga automatica e generalizzata dei direttori generali, sanitari e amministrativi in contrasto con l'attribuzione al commissario del potere di disporre la sospensione e la sostituzione (cfr. Corte cost. 14 gennaio 2010, n. 2). Più in generale, sui poteri di sostituzione alla luce dell'evoluzione del quadro organizzativo della pubblica amministrazione nello Stato plurale, M. BOMBARDELLI, *La sostituzione amministrativa*, Padova, 2004; sulla sussidiarietà "ascendente" anche della potestà legislativa, Corte cost. 1 ottobre 2003, n. 303, con note di A. CELOTTO, *La Corte rende flessibile la distribuzione delle competenze fra Stato e Regioni*, in *Riv. giur. ed.*, 1, I, 2004, 52 ss.; A. D'ATENA, *L'allocazione delle funzioni amministrative in una sentenza ortopedica della corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, 5, 2003, 2776 ss.; R. FERRARA, *Unità dell'ordinamento giuridico e principio di sussidiarietà*, in *Foro it.*, 4, I, 2004, 1018 ss.; F. FRACCHIA, *Dei problemi non (completamente) risolti dalla Corte Costituzionale: funzioni amministrative statali nelle materie di competenza regionale residuale, norme statali cedevoli e metodo dell'intesa*, ivi, 1014 ss.; A. MOSCARINI, *Titolo V e prove di sussidiarietà: la sentenza n. 303/2003 della Corte costituzionale*, in *www.federalismi.it*, 12, 2003.

<sup>25</sup> Le premesse sono per certi aspetti analoghe a quelle, incentivanti la regionalizzazione e l'aziendalizzazione della sanità, alla base della l. delega 23 ottobre 1992, n. 421, e del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come integrato dal d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, e rivisitato dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, e dalla l. 8 novembre 2012, n. 189, di conversione del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, ma anche della riforma fiscale di cui alla l. 5 maggio 2009, n. 42, e dei successivi decreti attuativi, fra cui il d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68, sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, che hanno interamente ridisciplinato sul piano finanziario i vincoli unificanti posti dal d.lgs. n. 56/2000. Sulla razionalizzazione e la riduzione della spesa sanitaria, si veda ulteriormente il titolo III della l. 7 agosto 2012, n. 135, di conversione del d.l. 6 luglio 2012, n. 95. Sulle difficoltà applicative di tale riforma che, ricorrendo a indicatori comuni a tutte le regioni, avrebbero dovuto segnare l'abbandono del criterio della spesa storica calcolata

riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario regionale, ridenominati piani di rientro<sup>26</sup>, istituiti dalla legge finanziaria 2005<sup>27</sup> contengono sia le misure di riequilibrio del profilo di erogazione dei LEA, per renderli conformi con la programmazione nazionale e con il vigente d.P.C.M. riguardante la loro definizione<sup>28</sup>, sia le misure per ottenere l'equilibrio di bilancio sanitario.

La disciplina dei piani di rientro introduce significative innovazioni nel rapporto tra unitarietà e differenziazione in materia sanitaria<sup>29</sup>. Le regioni sottoposte alla procedura di risanamento perdono parte della loro autonomia decisionale, fino alla nomina governativa di un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano, essendo legate all'adozione di misure organizzative e provvedimenti condizionanti l'offerta assistenziale rivolta agli utenti del servizio.

---

utilizzando la quota capitaria ponderata, in passato, causa di sprechi e deresponsabilizzazione, a scopo sinottico, L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., 27 ss.

<sup>26</sup> L'art. 1, comma 796, della l. 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), istitutiva un fondo per il triennio 2007-2009 da ripartirsi fra le regioni interessate da elevati disavanzi, ne ha subordinato l'accesso «alla sottoscrizione di apposito (...) piano di rientro dai disavanzi» puntualizzando il relativo contenuto.

<sup>27</sup> E resi effettivi con l'Intesa fra Stato e Regioni del 23 marzo 2005.

<sup>28</sup> Il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante «definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» di cui all'art. 1, comma 7, del d.lgs. n. 502/1992 ha sostituito il d.P.C.M. 29 novembre 2001. La “griglia LEA” si compone di 22 indicatori, in base ai quali viene elaborato un unico risultato che riassume la valutazione dei servizi erogati in ciascuna delle tre aree assistenziali (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera): sono adempienti le regioni che conseguono un risultato complessivo pari o superiore a 160. Diversamente da tale sistema valutativo, il monitoraggio fondato sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto in via sperimentale con d.m. 19 marzo 2019 e operativo dal 1° gennaio 2020, è basato su 88 indicatori, dei quali 22 “*core*”, ossia impiegati per valutare l'erogazione dei LEA in ciascuna delle suddette aree assistenziali, che sostituiscono la “griglia LEA” in vigore fino al 2019, e 66 “*no core*” che non concorrono alla formazione dei punteggi finali, bensì costituiscono una base informativa per la valutazione complessiva dei SSR e dei loro fabbisogni assistenziali. Il NSG attribuisce un punteggio ad ogni area assistenziale e considera adempiente la regione che totalizza un punteggio, per ciascuna area, pari almeno a 60 (con valore massimo di 100). L'ultima verifica adempimenti LEA disponibile si riferisce all'anno 2019. Per un confronto tra i risultati della Griglia LEA per il periodo 2015-2019 e il monitoraggio sperimentale per il 2019 in base al NSG, si veda la deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG della Corte dei conti, 74 ss.

<sup>29</sup> Cfr. V. ANTONELLI, E. GRIGLIO, *Tutela della salute*, cit., 52 s.

Viene in rilievo un procedimento complesso, articolato su più livelli, in cui la Regione riscontra l'eventuale alterazione dell'equilibrio economico-finanziario e adotta i provvedimenti necessari per il contenimento della spesa ai sensi dell'art. 1, comma 174, della l. 30 dicembre 2004, n. 311. È poi previsto uno specifico accordo fra l'ente territoriale ed i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze contenente un programma operativo volto a riorganizzare e riqualificare il SSR onde perseguire il predetto equilibrio nel rispetto dei LEA e degli adempimenti dell'intesa (art. 1, comma 180, l. cit.).

Il piano di rientro mira ad assicurare l'effettività dei livelli essenziali di assistenza in contesti regionali ove l'equilibrio economico-contabile risulta compromesso, con la conseguenza che gli interventi previsti sono vincolanti per l'ente territoriale, tenuto a rimuovere eventuali ostacoli alla compiuta attuazione del piano<sup>30</sup>. In sostanza, non sono consentite attività regionali suscettibili di interferire con la cornice programmatoria e finanziaria imposta dai piani di rientro<sup>31</sup>. Ad essere compromesso, nelle regioni sottoposte a piano di rientro, è il buon andamento rafforzato, nella prospettiva della sana gestione finanziaria, dall'introduzione – ad opera della l. cost. 20 aprile 2012, n. 1, che ha novellato gli artt. 81, 97 117 e 119 Cost.<sup>32</sup> – dell'obbligo di equilibrio di bilancio declinato in ambito sanitario.

Il problema è che a costi elevati per la finanza pubblica non sempre corrispondono prestazioni adeguate, donde ulteriori profili di inefficienza amministrativa che postulano interventi “straordinari” per il tramite

---

<sup>30</sup> Art. 2, comma 95, della l. 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010).

<sup>31</sup> Cfr. Corte cost. 1 giugno 2018, n. 117.

<sup>32</sup> In relazione al principio di “sana gestione finanziaria” come declinazione della buona amministrazione, si veda già G. DELLA CANANEA, *Il diritto amministrativo europeo e i suoi principi fondamentali*, in ID. (a cura di), *Diritto amministrativo europeo. Principi e istituti*, Milano, 2011, 44, cui adde ID., *La disciplina giuridica delle finanze dell'Unione e delle finanze nazionali*, in M.P. CHITI (a cura di), *Diritto amministrativo europeo*, Milano, 2018, 322 ss., con particolare riguardo ai profili istituzionali del divieto di disavanzi eccessivi e del Patto di stabilità. A seguito dell'introduzione ad opera della l. cost. n. 1/2012 dei principi dell'equilibrio di bilancio e della sostenibilità del debito pubblico, inoltre, S. CIMINI, *Equilibrio di bilancio e principio di buon andamento*, in *Scritti in onore di Eugenio Picozza*, vol. I, Napoli, 2019, 393 ss.; V. MANZETTI, *Bilancio pubblico ed equità intergenerazionale*, in *Nuove autonomie*, 1, 2020, 163 ss.; A. ZITO, *Diritti sociali e principio dell'equilibrio di bilancio: le dinamiche di un rapporto “complicato” nel prisma delle decisioni giudiziali*, ivi, 2, 2020, 331 ss., che indaga le ripercussioni del vincolo dell'equilibrio di bilancio, idoneo ad alterare il rapporto fra Stato e Regioni, limitando l'autonomia di queste ultime, sull'effettività della tutela dei diritti sociali.

di appositi commissari<sup>33</sup>. Il commissariamento si giustifica proprio in ragione dell'omessa realizzazione degli obiettivi prefigurati nel piano di rientro dal disavanzo sanitario previamente concordato fra lo Stato e la Regione e, dunque, sopraggiunge all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali che, in tal modo, si sottraggono a un'attività imposta sia da esigenze di finanza pubblica connesse alla necessità di assicurare la tutela dell'unità economica della Repubblica, sia dai livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto fondamentale alla salute<sup>34</sup>. Così, qualora dall'azione congiunta del Comitato paritetico permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza<sup>35</sup> e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali<sup>36</sup> dovesse emergere un perdurante inadempimento regionale sotto il profilo economico-finanziario e di erogazione dei LEA, in base all'art. 120, comma 2, Cost. il Governo sarebbe nella condizione di nominare un commissario *ad acta* per l'intera durata del piano di rientro, definendo un mandato con diversi obiettivi valutati periodicamente dai competenti tavoli tecnici<sup>37</sup>.

Le regioni attualmente sottoposte alla disciplina dei piani di rientro sono sette: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia<sup>38</sup>.

---

<sup>33</sup> Riecheggia qui il monito della dottrina secondo cui «il tema del commissario *ad acta*, o *ad actus*, si iscrive prevalentemente nel vasto panorama dell'inefficienza nell'esercizio di attività che rilevano anche – o soltanto – nell'interesse alieno ed in particolare di funzioni della pubblica amministrazione» (V. CAPUTI JAMBRENGHI, *Commissario ad acta*, in *Enc. dir.*, agg. VI, 2002, 285).

<sup>34</sup> Cfr., *ex multis*, Corte cost. 19 gennaio 2017, n. 14; Id. 22 novembre 2016, n. 266; Id. 11 novembre 2015, n. 227.

<sup>35</sup> Anche detto Tavolo monitoraggio LEA, operante presso il Ministero della Salute, istituito dall'art. 9 dell'Intesa fra Stato e Regioni del 23 marzo 2005. Il regolamento di funzionamento del Comitato è stato adottato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 10 febbraio 2011 (n. 18/CSR).

<sup>36</sup> Il Tavolo di verifica degli adempimenti previsti dall'art. 1, commi 173 e 181, della l. n. 311/2004, coordinato dalla Ragioneria Generale dello Stato, è stato istituito dall'art. 12 dell'Intesa fra Stato e Regioni del 23 marzo 2005. Il regolamento di funzionamento del Tavolo in questione è stato adottato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 27 luglio 2011 (n. 131/CSR).

<sup>37</sup> Sull'esigenza di garantire effettività al finanziamento dei LEA, in correlazione all'attività sinergica intrapresa dai tavoli tecnici richiamati, cfr. Corte cost. 21 novembre 2022, n. 233.

<sup>38</sup> Il primo piano di rientro è relativo alla Regione Lazio e si fonda sull'accordo tra Ministro della Salute, Ministro dell'Economia e delle Finanze e Presidente della Regione perfezionato in data 28 febbraio 2007. Di poco successivo il piano di risanamento del SSR abruzzese, stipulato nel mese marzo, coevo ai piani riguardanti il SSR campano, ligure e molisano. Nel mese di luglio dello stesso anno sono stati, inoltre, approvati i

La Liguria e la Sardegna hanno concluso i rispettivi piani di rientro al termine del primo triennio di vigenza, nel 2010, mentre il Piemonte nel 2017. Ad eccezione della Puglia, le altre sei regioni proseguono attraverso programmi operativi e in due casi, Molise e Calabria, l'ente è commissariato<sup>39</sup>.

Alle origini del commissariamento della sanità regionale molisana<sup>40</sup> si pone l'accordo sul piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico stipulato tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione il 27 marzo 2007 recepito con DGR del 30 marzo 2007, n. 362. In Calabria l'accordo sul piano di rientro dal disavanzo è stato perfezionato il 17 dicembre 2009 e recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010. In quest'ultimo caso si era raggiunto un tale livello di inaffidabilità dell'intera contabilità regionale della sanità da dover addirittura ricorrere, per tentare di ricostruirla, alla procedura di "ascolto certificato" consistente in una dichiarazione dei direttori generali circa il livello dei debiti e crediti in capo a ciascuna azienda sanitaria<sup>41</sup>.

---

piani di rientro dal disavanzo sanitario in Sardegna e Sicilia. A fine 2009 anche la Regione Calabria "entra" in piano di rientro, prima della Puglia e del Piemonte (luglio e novembre 2010).

<sup>39</sup> Le Regioni uscite dal commissariamento della sanità sono il Lazio, l'Abruzzo e la Campania. Nel Lazio, il primo commissario *ad acta* è stato il Presidente della Regione dott. P. Marrazzo (d.P.C.M. 11 luglio 2008), l'ultimo il Presidente dott. N. Zingaretti (d.P.C.M. 10 aprile 2018). Il d.P.C.M. 5 marzo 2020 e il successivo d.P.C.M. 6 aprile 2020 hanno disposto la cessazione del mandato commissariale e il conseguente rientro della Regione Lazio nell'esercizio delle proprie funzioni ordinarie. Il commissariamento in Abruzzo risale al d.P.C.M. 11 settembre 2008, che aveva individuato un soggetto esterno alla compagine politica regionale, cui seguono i d.P.C.M. di nomina dei successivi commissari – in entrambi i casi si è trattato del Presidente della Regione – del 12 dicembre 2009 e del 23 luglio 2014. La cessazione del mandato commissariale è avvenuta in data 30 settembre 2016 (d.P.C.M. 15 settembre 2016). La Campania viene commissariata nel mese di luglio 2009 – come il Molise (v. *infra*) – e, all'infuori di una parentesi di diciannove mesi (cfr. d.P.C.M. 11 dicembre 2015), il commissario *ad acta* è sempre stato il Presidente della Giunta. Il d.P.C.M. 5 dicembre 2019 ha disposto la cessazione del mandato commissariale e il conseguente rientro della Regione Campania nell'esercizio delle funzioni ordinarie.

<sup>40</sup> Il primo commissario *ad acta* ad essere nominato è il Presidente della Regione Molise dott. M. Iorio (d.P.C.M. 24 luglio 2009 e d.P.C.M. 20 gennaio 2012), mentre l'attuale commissario è il Presidente dott. D. Toma (d.P.C.M. 5 agosto 2021) che succede a due commissari estranei alla compagine politica regionale (cfr. d.P.C.M. 7 dicembre 2018 e 31 marzo 2021).

<sup>41</sup> Sulla procedura di ascolto certificato quale «emblema delle carenze endemiche della contabilità pubblica» si veda A. CAROSI, *Risanamento finanziario, garanzia dei livelli*

La sostituzione statale volta a evitare il *vulnus* all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, causa di gravi conseguenze sotto l'aspetto della solidarietà e dell'uguaglianza, e al principio di equilibrio di bilancio non può, alla stregua di simili premesse, protrarsi in modo indefinito. Inoltre, se lo scopo ultimo della materia sanitaria è quello di contrastare le diseguaglianze, l'affermazione dei LEA appare inconciliabile con istanze autonomiste idonee ad accentuare ulteriori divaricazioni regionali<sup>42</sup>.

L'ordinamento della sanità non può abdicare alla propria "missione" di garantire un'erogazione omogenea dei servizi sull'intero territorio nazionale, in ossequio al principio di universalità alla base dell'istituzione del SSN e alla natura fondamentale del diritto alla salute enunciata dall'art.

---

*essenziali e poteri sostitutivi*, cit., 79 ss. Criticità non dissimili, per gravità, del SSR calabrese sono ulteriormente riscontrabili – come rileva l'Avvocatura generale nelle memorie di costituzione nel giudizio da cui origina la sentenza n. 168/2021 della Consulta, riportando le conclusioni della riunione (8-9 ottobre 2020) del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA – in relazione alle carenze concernenti i bilanci aziendali degli enti del SSR, le quali superano l'omessa adozione dei bilanci 2013-2017 dell'ASP di Reggio Calabria. Nel 2018 si riscontrano omissioni delle ASP di Cosenza e Reggio Calabria, nel 2019 è pienamente ottemperante la sola Azienda Ospedaliera di Cosenza. L'assenza di direttori generali in carica, inoltre, ha precluso sia l'applicazione delle procedure di verifica straordinaria di cui all'art. 2 del d.l. 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla l. 25 giugno 2019, n. 60, sia una programmazione delle attività con il necessario orizzonte temporale. Più in generale, l'Avvocatura dello Stato ha delineato l'allarmante quadro della sanità calabrese con riferimento «alla rete ospedaliera, alla rete perinatale, alla rete oncologica, all'assistenza territoriale, allo stato dei pagamenti delle aziende del SSR, alla gestione del personale, ai flussi informativi, alla contabilità analitica e al programma operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19». Riconosce una "opacità contabile" che da tempo affligge l'esposizione debitoria della Regione Calabria la sentenza della Corte cost. 11 novembre 2022, n. 228.

<sup>42</sup> Convergono su tale assunto anche R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., 15: «se con riferimento specifico alla materia sanitaria si è argomentato che la finalità precipua di un sistema nazionale di tutela della salute è di ridurre le diseguaglianze tra territori e tra persone, sicché la tenuta unitaria del sistema contro una sua decostruzione corrisponde a un interesse non derogabile dalla procedura di differenziazione ex art. 116, comma 3, Cost., l'esigenza di orientare il regionalismo differenziato alla valorizzazione delle migliori espressioni dell'autonomia a beneficio dell'intera collettività nazionale e non solo di quella locale interessata vale per tutti gli ambiti materiali coinvolti e impone di precludergli percorsi di sviluppo che possano condurre, già nel medio periodo, all'aggravamento delle disparità territoriali in una direzione opposta e contraria a quella della coesione economico-sociale che trova tutela anche presso i trattati eurounitari».

32 Cost., che non può subire interferenze da fattori condizionanti<sup>43</sup> come la residenza<sup>44</sup>. Di particolare interesse, in tale prospettiva, è la Missione 6 “Salute” del PNRR che, nelle sue componenti<sup>45</sup>, presuppone il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici in ogni area del Paese<sup>46</sup>.

La prima componente<sup>47</sup> mira a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio attraverso l’attivazione e il potenziamento di strutture e presidi territoriali, come le case della comunità e gli ospedali di comunità, il potenziamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari<sup>48</sup>. La seconda

---

<sup>43</sup> Cfr. B. CARAVITA DI TORITTO, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1, 1984, 32 ss.

<sup>44</sup> Per alcuni rilievi di ordine più generale, cfr. F. MANGANARO, *Il concetto di cittadinanza alla luce dei livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, cit., 211.

<sup>45</sup> Queste componenti, sebbene distinte, appaiono fortemente correlate. In tal senso, si veda anche N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *www.federalismi.it (osservatorio di diritto sanitario)*, 2021, 221 (nt. 135), che, ad esempio, evidenzia il nesso fra sviluppo della telemedicina e ammodernamento/rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica delle strutture sanitarie, e viceversa, senza trascurare le potenzialità del fascicolo sanitario elettronico inteso dal PNRR quale «pietra angolare per l’erogazione dei servizi sanitari digitali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali» (p. 17). Sul ruolo fondamentale di tale fascicolo, inoltre, M.A. SANDULLI, *Sanità, misure abilitanti generali sulla semplificazione e giustizia nel PNRR*, in *www.federalismi.it (osservatorio di diritto sanitario)*, 2021, 10. Sulla transizione verso un modello di sanità “digitale” cfr. M. D’ARIENZO, *La trasformazione digitale della sanità tra problemi organizzativi e profili di responsabilità professionale*, in *Dir. econ.*, 2, 2022, 135 ss., e, con particolare riguardo alla disciplina sul trattamento dei dati personali e al “divario digitale”, P. LOMBARDI, *Sicurezza dei dati in ambito sanitario ed evoluzione tecnologica tra passato, presente e futuro*, *ivi*, 3, 2021, 49 ss.

<sup>46</sup> PNRR, p. 222.

<sup>47</sup> M6C1 «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale».

<sup>48</sup> In tale prospettiva, merita ricordare che l’art. 1, comma 163, della l. 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di bilancio 2022), fissa presso le case della comunità la sede operativa dei punti unici di accesso (PUA) ai servizi sociali e sociosanitari a beneficio di persone in condizioni di non autosufficienza che il SSN e gli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all’art. 8, comma 3, lett. a), della l. 8 novembre 2000, n. 328, sono tenuti a garantire mediante le risorse umane e strumentali di propria competenza. Detti ambiti, salvo quanto previsto dall’art. 23 del d.lgs. 15 settembre 2017, n. 147, recante «disposizioni per

componente<sup>49</sup> è volta a migliorare e ammodernare le strutture tecnologiche e digitali esistenti, a consolidare il fascicolo sanitario elettronico, a implementare l'erogazione e il monitoraggio dei LEA, anche per effetto del potenziamento dei flussi informativi sanitari, a contribuire al progresso della ricerca scientifica e delle competenze del personale alle dipenden-

---

l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà», in base alla suddetta legge di bilancio, costituiscono la sede necessaria presso cui programmare, coordinare, realizzare e gestire interventi, servizi e attività utili al raggiungimento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) – «costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'art. 117, comma 2, lett. m, Cost. e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli artt. 1 e 2 della l. n. 328/2000, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità» (art. 1, comma 159, l. n. 234/2021) – anche nell'ottica di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale. Secondo G.M. NAPOLITANO, *Finalmente i livelli essenziali delle prestazioni sociali? La legge di bilancio 2022 tra ambiguità e nuovi sviluppi*, in *Dir. regionali*, 1, 2023, 51 ss., nel processo di attuazione del federalismo fiscale e dell'autonomia differenziata, la vicenda dei LEPS offre il modello di riferimento per la sistemazione di ulteriori comparti, in quanto consente di evidenziare il nesso tra fiscalità territoriale, autonomia regionale, LEP e perequazione. L'esperienza maturata in relazione ai LEA può avere un notevole impatto sulla definizione dei LEPS, dato che l'intreccio fra servizi sociali e sanitari è in progressiva affermazione. In tema, diffusamente, C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014; L. DEGANI, R. MOZZANICA, *L'integrazione sociosanitaria*, in *Manuale di diritto dei servizi sociali*, cit., 49 ss.; E. ROSSI, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Riv. AIC*, 2, 2018. Già l'art. 22 della l. n. 328/2000 aveva individuato LEPS erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale. Spicca il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 composto da una cornice generale e piani settoriali, in cui compaiono le schede tecniche di alcuni LEPS, quali il Piano sociale nazionale, il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà ed il Piano per la non autosufficienza, elaborati dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale istituita ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 147/2017 presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per favorire una maggiore omogeneità territoriale nell'erogazione delle prestazioni e definire linee guida per gli interventi (sull'impostazione alla base di tali piani cfr. V. MOLASCHI, *I livelli essenziali di assistenza sociale*, cit., 96 s.). Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali individua come prioritari i seguenti LEPS: pronto intervento sociale, supervisione del personale dei servizi sociali, servizi sociali per le dimissioni protette, prevenzione dell'allontanamento familiare, servizi per la residenza fittizia, progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

<sup>49</sup> M6C2 «Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale».

ze del servizio sanitario.

Tutto ciò per rendere più efficace la risposta ai bisogni di cura delle persone, che la recente emergenza pandemica ha accentuato. Le criticità emerse durante la diffusione del Covid-19, infatti, riflettono carenze strutturali in larga misura riconducibili alla frammentazione del SSN.

La divaricazione regionale nell'erogazione dei servizi sanitari o l'ineadeguatezza concernente la loro integrazione con ulteriori servizi territoriali e sociali, aggravate da evidenti insufficienze infrastrutturali, al pari degli elevati tempi di attesa per l'offerta di determinate prestazioni, non costituiscono novità. È interessante, piuttosto, la nuova metodologia di governo del PNRR che assegna valenza prioritaria agli indirizzi unitari elaborati a livello centrale e, in sede di programmazione delle politiche sociali e sanitarie, denota una significativa convergenza tra le missioni dedicate all'inclusione e alla coesione ed alla salute<sup>50</sup>, entrambe finalizzate

---

<sup>50</sup> Sul necessario coordinamento tra Missione 5 «Inclusione e coesione» e Missione 6 «Salute» cfr. G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2022, 8 s., che si riferisce al «lungo cammino dalla centralità dell'ospedale a quella della persona da assistere». Con particolare riguardo agli interventi di assistenza domiciliare integrata alle persone fragili, si veda A. PIOGGIA, *Conclusioni*, in M.A. SANDULLI (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata. Esperienze, problemi e prospettive* (Atti del webinar del 18 ottobre 2020), Napoli, 2021, 107 ss. Più in generale, sulla riconosciuta centralità della persona e dei doveri di protezione, è sempre attuale il pensiero di A. ROMANO TASSONE, *Situazioni giuridiche soggettive*, in *Enc. dir.*, agg. II, Milano, 1998, 966 ss. In tale ottica, appaiono degne di nota le previsioni dell'art. 1, comma 162, della l. n. 234/2021 – cui si rimanda per ulteriori specificazioni – in base alle quali, salvo quanto previsto dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017, i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS nelle seguenti aree: a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari; b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie; c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie. Significativa, altresì, la definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI) ad opera dell'equipe di cui all'art. 1, comma 163, della legge citata che, nel rispetto di quanto previsto dal richiamato decreto per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo «anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie». Il PAI, fra l'altro, individua le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

alla riduzione delle diseguglianze fra i territori e le persone<sup>51</sup>.

### 3. *Il rapporto tra potere commissariale e garanzia dei livelli essenziali di assistenza nell'ottica della giurisprudenza costituzionale*

Il riconoscimento di significativi spazi di intervento alle Regioni in relazione alle politiche sanitarie rinviene un limite indefettibile nell'esigenza di garantire in modo uniforme sull'intero territorio nazionale i LEA, ossia prestazioni necessarie per rispondere ai bisogni fondamentali di pro-

---

La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS. Negli ambiti del sociale diversi dalla non autosufficienza, in relazione alle aree di intervento e ai servizi già individuati *ex art.* 22, commi 2 e 4, della l. n. 328/2000, l'art. 1, comma 169, della l. n. 234/2021 ha previsto la definizione ad opera del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di LEPS che integrano quelli già definiti ai sensi degli artt. 5 e 23 del d.lgs. n. 147/2017, degli artt. 1 e 4 del d.l. 28 gennaio 2019, n. 4, convertito con modificazioni dalla l. 28 marzo 2019, n. 26, e dell'art. 1, comma 797, della l. 30 dicembre 2020, n. 178 (legge di bilancio 2021), in coerenza con gli obiettivi e le modalità di monitoraggio di cui al d.P.C.M. 1 luglio 2021 per la definizione del livello dei servizi offerti e l'utilizzo delle risorse da destinare al finanziamento e allo sviluppo dei servizi sociali. In sede di prima applicazione si definiscono i LEPS individuati come prioritari nell'ambito del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023.

<sup>51</sup> Merita fin d'ora osservare che a parte le risorse complessivamente assegnate pari a 20,23 miliardi di euro – di cui 15,63 finanziati dal *Recovery and Resilience Facility* (RFF), 2,89 dal Fondo nazionale complementare e 1,71 dal *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (React-EU) – per la Missione 6 “Salute”, con l'obiettivo di ridurre i divari territoriali, la Commissione europea ha stanziato ulteriori fondi propri per l'importo di 625 milioni di euro finalizzati a finanziare il Programma nazionale “Equità nella Salute”, volto a favorire l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari delle fasce della popolazione in condizioni di difficoltà, riservati a sette Regioni del Mezzogiorno classificate come “meno sviluppate” – tra quelle meridionali l'Abruzzo è l'unica Regione ricompresa fra quelle “in transizione” – dalla decisione di esecuzione (UE) 2021/1130 della Commissione del 5 luglio 2021. Il programma è articolato in quattro priorità di intervento: contrasto della povertà sanitaria, salute mentale, salute di genere e maggiore copertura degli *screening* oncologici. Con riferimento all'ammontare complessivo delle risorse volte a finanziare le sei Missioni del PNRR, per rafforzare il valore perequativo ed equitativo degli investimenti programmati, come anticipato, è previsto che almeno il 40% di quelle territorializzabili (pari a circa 82 miliardi) siano destinate al Mezzogiorno. Per ulteriori sviluppi, cfr. F. MANGANARO, *Osservazioni sulla questione meridionale alla luce del PNRR e del regionalismo differenziato*, cit., 397 ss. Evidenzia la necessità di rileggere la “questione meridionale” come tema di rilevanza nazionale (e sovranazionale) anche A. ROMEO, *Sviluppo economico e disuguaglianze territoriali: il divario nord-sud nell'Italia del nuovo millennio*, in *Dir. amm.*, 4, 2020, 807 ss.

mozione, mantenimento e recupero della tutela della salute<sup>52</sup>, in coerenza con gli artt. 3, comma 2, e 117, comma 2, lett. m), Cost.<sup>53</sup>, rispetto ai quali il tema della differenziazione si pone soprattutto in termini di efficiente erogazione del servizio. Le regole di cui all'odierno d.P.C.M. 12 gennaio 2017, tuttavia, non hanno trovato applicazione omogenea nelle diverse aree del Paese, con conseguente attivazione di interventi sostitutivi riconducibili all'art. 120, comma 2, Cost.

Il potere sostitutivo che detta norma riconosce al Governo mira a salvaguardare, al netto dei criteri di allocazione delle competenze<sup>54</sup>, taluni interessi unitari che il sistema costituzionale affida alla responsabilità dello Stato<sup>55</sup> cui spetta, nel particolare ambito dei piani di rientro dai deficit di bilancio in materia sanitaria, il compito di «risolvere nel minor tempo possibile la crisi dissipativa di un certo ente autonomo, sì da rimmetterlo in condizione di tornare a garantire i beni da questo, invece, al momento compromessi»<sup>56</sup>. La giurisprudenza costituzionale, in tal senso, consente di evidenziare l'inscindibile legame tra il conferimento di una determinata attribuzione e la previsione di un intervento sostitutivo volto ad assicurare che la finalità cui essa è preordinata non sacrifichi l'unità e la coerenza dell'ordinamento<sup>57</sup>.

Nell'ambito in questione, quindi, la garanzia dei livelli essenziali di assistenza si intreccia con il fine di garantire la tenuta del quadro complessivo delle risorse pubbliche. Il panorama giurisprudenziale, del resto, restituisce da tempo all'interprete la massima per cui «il coordinamento finanziario può richiedere, per la sua stessa natura, anche l'esercizio di poteri di ordine amministrativo, di regolazione tecnica, di rilevazione di

<sup>52</sup> Cfr. V. ANTONELLI, E. GRIGLIO, *Tutela della salute*, cit., 46.

<sup>53</sup> Cfr. E. PESARESI, *La "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni" e la materia "tutela della salute": la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, in *Giur. cost.*, 2, 2006, 1733 ss. Rimarca il nesso tra i principi di unità, uniformità e uguaglianza anche D. D'ORSOGNA, *Principio di uguaglianza e differenziazioni possibili nella disciplina delle autonomie territoriali*, in F. ASTONE, M. CALDARERA, F. MANGANARO, A. ROMANO TASSONE, F. SAITTA (a cura di), *Principi generali del diritto amministrativo ed autonomie territoriali*, Torino, 2007, 8 e 22.

<sup>54</sup> Ai fini del ragionamento che si sta conducendo non è superfluo ricordare che, ai sensi dell'art. 117, comma 3, Cost., la tutela della salute e il coordinamento della finanza pubblica rappresentano materie di potestà legislativa concorrente.

<sup>55</sup> Cfr. Corte cost. n. 43/2004.

<sup>56</sup> Corte cost. n. 168/2021.

<sup>57</sup> In tal senso v. V. ANTONELLI, *Livelli essenziali, materie trasversali e altri fattori unificanti*, in *Il federalismo alla prova*, cit., 395.

dati e di controllo»<sup>58</sup>.

Quando il controllo si traduce nell'esercizio di poteri sostitutivi assume un rilievo peculiare il rapporto fra distinti livelli istituzionali<sup>59</sup>. È significativo che in base al medesimo art. 120, comma 2, Cost. i poteri sostitutivi devono essere esercitati nel rispetto dei principi di sussidiarietà e di leale collaborazione<sup>60</sup>, mentre l'art. 8, comma 5, della l. 5 giugno 2003, n. 131, vincola i provvedimenti sostitutivi al rispetto del principio di proporzionalità<sup>61</sup>.

Il problema, per venire al cuore dell'indagine, è che le due regioni attualmente commissariate – Calabria e Molise – vivono una simile situazione di “straordinarietà” da oltre dieci anni e tale circostanza ha opacizzato i termini del loro rapporto con l'istituzione statale. Già la sentenza della Corte costituzionale n. 117/2018, relativa alla Regione Campania, aveva avuto modo di precisare che «il lungo protrarsi del commissariamento costituisce un sintomo negativo dell'andamento di tale processo,

<sup>58</sup> Così, *ex multis*, Corte cost. 15 maggio 2015, n. 86; Id. 22 dicembre 2010, n. 370; Id. 30 dicembre 2003, n. 376.

<sup>59</sup> Cfr. B. CARAVITA, *La Costituzione dopo la riforma del Titolo V*, cit., 32 ss., il quale, richiamata la «situazione di sostanziale equiordinazione dei soggetti componenti la Repubblica, fra loro ormai caratterizzati non già da una differenziazione gerarchica, bensì da una differenziazione funzionale» a norma del nuovo art. 114 Cost., indaga l'unità giuridica ed economica di cui all'art. 120, comma 2, Cost. ai fini dell'attivazione del potere di sostituzione «che fa riferimento all'esigenza (teorica e pratica) di unità, che la Costituzione non poteva obliterare e che si ricollega, fornendo uno strumento operativo, all'art. 5, così come all'art. 54 (la fedeltà alla Repubblica è fedeltà ad un soggetto composito, ma pur sempre unitario) e al 1° comma dell'art. 120». L'analisi induce l'A. ad osservare che per fondare tale potere «occorrerà motivare come e perché una certa misura (o omissione) regionale o locale» leda detta unità (p. 36).

<sup>60</sup> Cfr. M. RENNA, *I principi di sussidiarietà, adeguatezza e differenziazione*, in M. RENNA, F. SAITTA (a cura di), *Studi sui principi del diritto amministrativo*, Milano, 2012, 296.

<sup>61</sup> La giurisprudenza costituzionale ha affermato a più riprese che il legislatore statale, pur essendo tenuto a rispettare i principi desumibili dall'art. 120 Cost. cui l'art. 8 della c.d. legge La Loggia sopra richiamata ha dato attuazione, rimane libero di articolarli in forme diverse (Corte cost. 13 marzo 2014, n. 44; Id. 9 luglio 2009, n. 209), fermo restando che i poteri sostitutivi: a) devono essere previsti e disciplinati dalla legge, che ne deve definire i presupposti sostanziali e procedurali, in ossequio al principio di legalità; b) vanno attivati solo in caso di accertata inerzia della Regione o dell'ente locale sostituito; c) devono riguardare solo atti o attività privi di discrezionalità nell'*an*; d) devono essere affidati ad organi di Governo; e) devono rispettare il principio di leale collaborazione all'interno di un procedimento nel quale l'ente sostituito possa far valere le proprie ragioni; f) devono conformarsi al principio di sussidiarietà (Corte cost. 16 luglio 2015, n. 171).

cosicché si accentua l'esigenza di soluzioni strutturali univoche ed efficaci e del rigoroso rispetto delle regole a tale scopo concepite»<sup>62</sup>.

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del SSR e allo scopo di tutelare il rispetto dei LEA, il d.l. n. 35/2019, come convertito, ha dettato “misure emergenziali” per il servizio sanitario calabrese<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> È appena il caso di osservare che, quando interviene il giudizio della Corte, la Campania è caratterizzata da diversi esercizi dalla soggezione al piano di rientro dal disavanzo sanitario, cui si accompagna, fin dal 2009, la presenza di un commissario *ad acta*. Le questioni di legittimità costituzionale sottoposte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri al vaglio della Consulta riguardavano alcune disposizioni della l. reg. Campania 31 marzo 2017, n. 10, recante «misure per l'efficiamento dell'azione amministrativa e l'attuazione degli obiettivi fissati dal DEFR 2017-Collegato alla stabilità regionale per il 2017», direttamente o indirettamente lesive della cornice programmatica e finanziaria imposta dal piano di rientro. Si tratta, in particolare, di disposizioni che: i) nelle more dell'attivazione di un nuovo policlinico, al fine di incrementare i LEA, legittimano un'azienda sanitaria locale e un'università a stipulare una convenzione volta a consentire l'utilizzo di spazi ospedalieri per garantire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle già erogate (art. 1, comma 10); ii) prevedono il prioritario assolvimento del fabbisogno della rete ospedaliera tramite le strutture private provvisoriamente accreditate (art. 1, comma 4, lett. a, b, c); iii) accordano all'ASL il potere di prorogare i termini per gli adempimenti intermedi previsti dai decreti commissariali, una volta acquisito il parere del commissario *ad acta* (art. 1, comma 8). Tali disposizioni, sotto diversi profili, interferiscono – quand'anche solo potenzialmente – con le prerogative del commissario, invadendo una sfera preclusa alla Regione. Secondo la Corte, tutte le disposizioni scrutinate «sono riconducibili a una malintesa concezione del ruolo della Regione nel periodo di vigenza del piano di rientro e della gestione commissariale. Tale ruolo non può consistere in una sovrapposizione legislativa e amministrativa alle funzioni commissariali, ma deve limitarsi a compiti di impulso e vigilanza per la garanzia dei LEA ed a una trasparente e corretta trasposizione delle entrate e degli oneri finanziari per la sanità nel bilancio regionale».

<sup>63</sup> Sul d.l. n. 35/2019, come convertito, S. VILLAMENA, *Il Commissariamento della sanità regionale. Conflittualità ed approdi recenti anche con riferimento al c.d. decreto Calabria*, in *www.federalismi.it (osservatorio di diritto sanitario)*, 2019, 17 ss., il quale evidenzia che la direzione impressa da tale atto con forza di legge mira a «rompere la situazione di naturale condizionamento dei vertici politici regionali nei confronti dei vertici dell'amministrazione sanitaria regionale», in particolare, concentrando l'attenzione sull'art. 8 relativo al supporto tecnico e operativo dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) nei confronti del commissario *ad acta* e dei commissari straordinari. Trattasi di previsioni che recepiscono con alcuni necessari aggiustamenti pregresse determinazioni della struttura commissariale impugnate dinanzi al giudice amministrativo (Tar Calabria, Catanzaro, sez. I, 14 maggio 2018, n. 1009), poi annullate (v. *infra*), che denotano la difficile coesistenza fra livelli di governo statale e regionale nel medesimo ambito territoriale.

Tali previsioni, applicabili per diciotto mesi (art. 15, comma 1), hanno preceduto le “disposizioni urgenti” per il rilancio del SSR di cui al d.l. 10 novembre 2020, n. 150, convertito con modificazioni dalla l. 30 dicembre 2020, n. 181<sup>64</sup>.

L’esigenza di simili interventi normativi discende dal lungo periodo di commissariamento che denota persistenti inefficienze amministrative<sup>65</sup> aggravate, per un verso, dallo scioglimento per diciotto mesi dell’organo di direzione generale delle aziende sanitarie provinciali di Reggio Calabria<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> L’art. 2, comma 1, del d.l. n. 169/2022, come convertito, ha disposto la proroga delle misure per il SSR calabrese in questione – la cui applicazione era in origine di ventiquattro mesi – di sei mesi, ad eccezione delle previsioni degli artt. 2, comma 3 (secondo e terzo periodo), 5 e 6 del d.l. n. 150/2020. Un’ulteriore proroga, fino al 31 dicembre 2023, è stata disposta ad opera dell’art. 3 del d.l. 10 maggio 2023, n. 51, recante «disposizioni urgenti in materia di amministrazione di enti pubblici, di termini legislativi e di iniziative di solidarietà sociale», convertito con modificazioni dalla l. 3 luglio 2023, n. 87.

<sup>65</sup> Costituisce riprova di quanto si afferma il Rapporto 2021 sul Coordinamento della finanza pubblica elaborato dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti, nella parte sul monitoraggio dei LEA: «In base all’indicatore complessivo, che riassume in modo aggregato lo stato di adempienza nei vari livelli di assistenza, si collocano oltre la soglia minima (160) cinque regioni in Piano di rientro: al di sopra di 200 Abruzzo e Lazio, 193 la Puglia, stazionarie Campania (168) e Sicilia (173). In netto peggioramento la qualità dei servizi resi in Calabria e in Molise che, con un punteggio pari a 125 e 146 (162 e 180 nel 2018), risultano inadempienti secondo la Griglia LEA» (p. 268). La situazione, dunque, è in ulteriore e progressivo peggioramento rispetto a quanto evidenziato nell’omonimo Rapporto 2019: «Nell’ambito delle Regioni impegnate nei Piani di rientro, o nella loro prosecuzione in programmi operativi, la Calabria ha registrato il valore più basso di soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza: un punteggio complessivo pari a 136 secondo la Griglia LEA, al di sotto della soglia di adempienza (160) e in flessione rispetto alla precedente annualità (144 nel 2016 e 147 nel 2015). Le carenze sono ascrivibili in primo luogo alla qualità e alla sicurezza dell’assistenza ospedaliera (...). A questa situazione fa riscontro l’elevata mobilità passiva extraregionale (20,5% rispetto a una media nazionale dell’8,3%), che nel corso degli anni ha contribuito ad aumentare l’entità del disavanzo sanitario: complessivamente, infatti, la quota di valore delle prestazioni ospedaliere erogate a residenti da strutture ubicate in altre Regioni è in sostanziale crescita, attestandosi a oltre 318 milioni di euro. Si rilevano, inoltre, ritardi nella riorganizzazione della rete ospedaliera (...), nelle procedure di accreditamento e nei rapporti con gli erogatori privati, nella definizione dei nodi della rete riabilitativa e della lungodegenza. Gravi le carenze e/o criticità nella trasmissione dei report in materia di controlli delle cartelle cliniche e nella contabilità analitica riscontrate in tutte le aziende del SSR» (p. 220).

<sup>66</sup> D.P.R. 11 marzo 2019.

e di Catanzaro<sup>67</sup> ai sensi degli artt. 143 e 146 del d.lgs. 18 agosto 2000, n. 267, per altro verso dall'elevato grado di conflittualità istituzionale insorto fra Stato e Regione<sup>68</sup>. Non bisogna dimenticare che, in Calabria, per molti anni si è registrata una dissociazione fra Commissario *ad acta* e Presidente della Giunta<sup>69</sup>, circostanza mal tollerata dal livello di governo regionale da cui originano giudizi incardinati dinanzi sia alla Corte costituzionale che al giudice amministrativo<sup>70</sup>.

In particolare, la sentenza della Corte n. 168/2021 offre preziosi spunti per riflettere sul d.l. n. 150/2020. È bene premettere che tale giudizio in via principale ha sancito l'incostituzionalità parziale delle norme impugnate dalla Regione Calabria. Si tratta dell'art. 1, comma 2, nella parte

---

<sup>67</sup> D.P.R. 13 settembre 2019.

<sup>68</sup> La sentenza della Corte cost. n. 168/2021, per l'esattezza, sottolinea la "distrittiva conflittualità" tra gli organi regionali e quelli commissariali.

<sup>69</sup> A differenza di altre realtà regionali (v. *supra*), solo in Calabria la sostituzione del Presidente della Regione con un funzionario statale quale commissario *ad acta* si è protratta così a lungo: dal 2014, quando il Gen. dott. L. Pezzi, già *sub* commissario, subentra al Presidente della Regione dott. G. Scopelliti nominato con d.P.C.M. 30 luglio 2010 (d.P.C.M. 19 settembre 2014), al 2021 (delibera del C.d.M. 4 novembre 2021 di nomina del dott. R. Occhiuto quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del SSR secondo i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della l. n. 191/2009 che conferma i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020 al dott. Longo, come integrata dalla delibera del C.d.M. del 23 dicembre 2021).

<sup>70</sup> Si pensi alla citata sentenza del Tar Calabria n. 1009/2018, quando il ricorso regionale avverso il provvedimento commissariale recante l'approvazione di uno schema di convenzione con l'AGENAS è stato accolto in ragione dell'impossibilità per quest'ultima di percepire un corrispettivo aggiuntivo per lo svolgimento di attività istituzionali già attribuite all'ente ausiliario in base all'art. 5 del d.lgs. 30 giugno 1993, n. 266, e all'art. 1, comma 579, della l. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). L'annullamento del DCA n. 46 del 6 maggio 2016 in questione, dunque, riguarda la parte in cui detto decreto prevede l'erogazione di una somma come controprestazione di attività affidate all'Agenas: «nella articolata disciplina delineata dal legislatore istitutiva e regolatoria dell'Agenas, quelle funzioni che, nel caso in esame, sono state convenzionalmente disciplinate mediante il ricorso allo schema dello "scambio" tra prestazione e controprestazione, risultano già assegnate all'ente che svolge funzioni di supporto consulenziale anche a favore delle Regioni interessate dai dissesti finanziari del settore sanitario». È appena il caso di osservare che simili statuizioni non sconfessano l'assunto per cui le funzioni amministrative del commissario *ad acta*, fino all'esaurimento dei suoi compiti di attuazione del piano di rientro, vanno poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali.

in cui non prevedeva che al prevalente fabbisogno della struttura commissariale provvedesse direttamente lo Stato e nella parte in cui, nell'imporre alla Regione di mettere a disposizione del commissario *ad acta* un contingente di venticinque unità di personale, stabiliva che detta entità costituisse un "minimo" anziché un "massimo"; e dell'art. 6, comma 2, nella parte in cui non prevedeva, in alternativa alla presentazione e approvazione del programma operativo di prosecuzione del piano di rientro per il periodo 2022-2023, l'approvazione di nuovo piano presentato dalla Regione ai sensi dell'art. 2, comma 88, della l. n. 191/2009<sup>71</sup>.

<sup>71</sup> Che ha attuato l'originaria Intesa del 3 dicembre 2009 (cfr. art. 13, comma 14, del c.d. Patto per la Salute 2010-2012) stipulata ai sensi dell'art. 8, comma 6, della l. n. 131/2003. In attuazione del principio costituzionale di leale collaborazione, a partire dal 2000, Stato, Regioni e Province autonome hanno stipulato con cadenza periodica simili patti, ai quali si aggiungono accordi e intese aventi carattere settoriale, con l'obiettivo di definire e migliorare la qualità del servizio (cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 136). Al riguardo è appena il caso di osservare che l'art. 4, comma 7-*bis*, del d.l. 29 dicembre 2022, n. 198, come convertito dalla l. 24 febbraio 2023, n. 14, ha prorogato il Patto per la Salute 2019-2021 «fino all'adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria». La sentenza della Corte n. 168/2021 ha invece dichiarato inammissibili le q.l.c. degli artt. 1, comma 2, 2, commi 1 e 2, 3, comma 1, 6, comma 2, e 7, commi 1, 3 e 4, del d.l. n. 150/2020, come convertito, promosse in riferimento all'art. 136 Cost. e agli artt. 32, 81, 118 e 119 Cost., nonché dell'art. 3, comma 1, del d.l. n. 150/2020, come convertito, promosse in riferimento agli artt. 81, comma 3, 117, 119 e 121 Cost. A tale declaratoria di inammissibilità si aggiunge quella di infondatezza delle q.l.c. dell'art. 1, comma 2, del d.l. n. 150/2020, come convertito, promosse in riferimento al principio di leale collaborazione; degli artt. 2, commi 1 e 2, 3, comma 1, 6, comma 2, e 7, commi 1, 3 e 4, del d.l. n. 150/2020, come convertito, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, commi 3 e 4, 120, comma 2, e 121 Cost., nonché al principio di leale collaborazione; dell'art. 2, commi 1 e 2, e 7, comma 4, del d.l. n. 150/2020, come convertito, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, comma 3, 120 e 121 Cost. Le disposizioni censurate, infatti, rafforzano i poteri del commissario *ad acta* nella perdurante sussistenza di una situazione estremamente critica e sono funzionali all'erogazione dei LEA e al raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari. È pertanto decisiva, ad avviso della Corte, la considerazione che le disposizioni in questione «risultano fisiologicamente ascrivibili al potere sostitutivo di cui all'art. 120, comma 2, Cost., nonché alla competenza statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, comma 2, lett. m, Cost.) concernenti il diritto alla salute e ai principi fondamentali della materia del coordinamento della finanza pubblica (art. 117, comma 3, Cost.)». Non è ravvisabile neppure la lesione del principio di leale collaborazione, in quanto la disciplina dei piani di rientro dai disavanzi sanitari e dei relativi commissariamenti si connota per «un costante confronto collaborativo tra il livello statale e quello regionale, la cui sede di elezione è rappresentata dall'azione congiunta del Comitato paritetico permanente per la verifica

La Corte, pur non adombrando il valore costituzionale dell'autonomia dell'ente sottoposto a piano di rientro, è stata molto netta nel confermare l'intervento sostitutivo dello Stato in ambiti riguardati da situazioni gestionali complicate o, addirittura, estreme come quelle vissute in Calabria. In tal senso, la pronuncia è accostabile all'orientamento che ha incentrato il sindacato di costituzionalità sull'efficienza gestionale del servizio parametrandola alla sua qualità e sostenibilità (anche) finanziaria<sup>72</sup>. Il fulcro della motivazione, infatti, è rintracciabile nella combinazione dei principi di ragionevolezza, proporzionalità e uguaglianza, di cui all'art. 3 Cost., dell'equilibrio di bilancio e della copertura della spesa, *ex artt.* 81, 117 e 119 Cost., e della corretta attivazione del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 120, comma 2, Cost.

In primo luogo, viene rilevata l'inadeguatezza dell'art. 1, comma 2, del d.l. n. 150/2020 date le origini dell'ultradecennale periodo di commissariamento della sanità calabrese che ha subito negli anni, addirittura, un peggioramento in termini di costi e di qualità del servizio socio-sanitario. A dispetto della lieve flessione del disavanzo sanitario, dal 2010 a oggi, continua a registrarsi una situazione di eccezionale gravità così riassunta dalla Corte: «in dieci anni il disavanzo cristallizzato nel piano di rientro si è ridotto – in termini assoluti – di pochissimo, passando da 104,304 mln di euro iniziali a 98,013 mln a fine 2019, con la conseguenza che gli abitanti della Calabria stanno colmando una voragine finanziaria che cresce e si alimenta di anno in anno. A fronte di questi “sacrifici finanziari” i medesimi cittadini non godono però di servizi sanitari adeguati, perché i LEA ancora non sono garantiti secondo il livello ritenuto sufficiente (...) mentre la mobilità sanitaria dei cittadini calabresi ha ormai assunto dimensioni imponenti»<sup>73</sup>.

dei Livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali (...) organismi la cui stessa composizione, improntata a una penetrazione tra la componente statale e quella regionale, garantisce di per sé il pieno coinvolgimento della Regione in merito all'analisi dell'andamento del proprio piano di rientro» (Corte cost. 24 luglio 2019, n. 200).

<sup>72</sup> Cfr. A. CAROSI, *Risanamento finanziario, garanzia dei livelli essenziali e poteri sostitutivi*, cit., 52, e, *amplius*, G. COLOMBINI, *Buon andamento ed equilibrio finanziario nella nuova formulazione dell'art. 97 Cost.*, in *Il diritto del bilancio e il sindacato sugli atti di natura finanziaria* (Atti del Convegno del 16-17 marzo 2017 dedicato alla magistratura contabile), Milano, 2019, 381 ss.

<sup>73</sup> Come si legge nel citato Rapporto 2019 della Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, sul Coordinamento della finanza pubblica, in tal modo, si è realizzata

Non si comprende, in base a simili premesse, per quali ragioni debba essere la Regione a mettere a disposizione del commissario *ad acta* un contingente (minimo) di personale<sup>74</sup>, giacchè si tratterebbe di legittimare, in sostanza riproducendone i difetti, un apparato amministrativo fortemente deficitario. La struttura della norma censurata in via d'azione, in tal senso, appare carente poiché non consente di raggiungere l'effetto utile impiegando mezzi appropriati, in ultima analisi, eludendo un aspetto cruciale dei processi in cui si esercita il potere sostitutivo nei confronti delle regioni attraverso il commissario *ad acta*: «quest'ultimo, infatti, agendo – nell'attuazione del concordato piano di rientro – in sostituzione del livello politico regionale, inevitabilmente, si confronta con una p.a. territoriale che risulta gravemente inadempiente sotto molteplici profili. In tale azione, pertanto, il commissario deve essere assistito da una struttura amministrativa all'altezza del delicatissimo compito che si trova a svolgere»; per contro, la norma censurata «ha in ultima analisi escluso la possibilità che il commissario *ad acta* sia fin dall'inizio assistito da un'adeguata ed efficace struttura di supporto extra regionale, in quanto ha preteso affidare il compito di fornirla alla stessa amministrazione regionale, quando sono proprio la grave inefficienza e il condizionamento ambientale di quest'ultima che hanno concorso a determinare le condizioni dell'attivazione del potere sostitutivo»<sup>75</sup>.

L'ampiezza delle citazioni mira a evidenziare che, in situazioni estreme come quella in analisi, privare la struttura commissariale delle risorse necessarie a supportarne l'azione, in definitiva, significa privare di effettività il potere sostitutivo esercitato dal commissario *ad acta*. È su queste basi che la Consulta giunge a preconizzare l'intervento di personale esterno, altamente qualificato, fornito direttamente dallo Stato<sup>76</sup>.

una situazione di “doppia negatività” fra costi e prestazioni, ossia tra «performance negativa nella qualità delle prestazioni» e «disavanzi privi di copertura» (p. 220).

<sup>74</sup> È meramente ancillare la previsione dell'art. 1, comma 4, del d.l. n. 150/2020, entro i limiti ivi indicati, che consente al commissario *ad acta* di avvalersi di personale dell'AGENAS.

<sup>75</sup> Così sempre Corte cost. n. 168/2021.

<sup>76</sup> In ottemperanza alla sentenza della Corte costituzionale n. 168/2021, Part. 16-*septies*, comma 2, lett. a), del d.l. 21 ottobre 2021, n. 146, come convertito dalla l. 17 dicembre 2021, n. 215, ha previsto l'assegnazione da parte dell'AGENAS del personale assunto *ex art.* 1, comma 472, della l. 27 dicembre 2019, n. 160 (legge di bilancio 2020), a supporto del commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria fino al 31 dicembre 2024. Tale personale, sulla base dei fabbi-

Tutto ciò fa, ulteriormente, emergere il contrasto della norma censurata con gli artt. 81, comma 3, 117, comma 4, e 119 Cost. Il difetto di proporzionalità poc'anzi rilevato, cioè, si accompagna alla prescrizione di oneri organizzativi e finanziari ingiustificati.

Corollario di tale declaratoria di incostituzionalità è la riconosciuta illegittimità, con riferimento agli artt. 3, 97 e 117, comma 3, Cost., dell'art. 6, comma 2, del d.l. n. 150/2020 nei termini già precisati. La rivendicazione regionale delle somme stanziata a titolo di “contributo di solidarietà” – pari a sessanta milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023<sup>77</sup> – in costanza di nuovo piano di rientro presentato dalla Regione, in alternativa al programma operativo di prosecuzione del piano predisposto dal commissario *ad acta*<sup>78</sup>, infatti, è ragionevole in quanto entrambi gli strumenti sono idonei a perseguire i fini indicati dalla norma impugnata, consistenti nell'erogazione dei LEA e nell'equilibrio di bilancio sanitario. Anche nell'ipotesi del piano di rientro, comunque, non recede la condizione dell'approvazione governativa per l'erogazione del contributo di solidarietà, sicché le motivazioni addotte dalla Corte non potrebbero ritenersi collimanti con argomentazioni finalizzate a delegittimare l'intervento dell'autorità centrale in nome di asserite ragioni autonomiste.

La più recente sentenza della Corte costituzionale n. 20/2023 si muove nel solco già tracciato dalla pronuncia riguardante la Regione Campania prima richiamata. Il giudizio di costituzionalità, questa volta, investe

---

sogni stimati dal commissario *ad acta*, può operare anche presso il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari della Regione Calabria, l'Azienda per il governo della sanità della Regione Calabria-Azienda Zero istituita con l. reg. Calabria 15 dicembre 2021, n. 32, nonché presso gli enti di cui all'art. 19, comma 2, lett. c), del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, del SSR che assicurano le risorse strumentali necessarie.

<sup>77</sup> L'art. 16-*septies*, comma 2, lett. f), del d.l. n. 146/2021, come convertito, ha autorizzato, nell'ambito del finanziamento del SSN, un contributo di solidarietà in favore della Regione Calabria di sessanta milioni per ciascuno degli anni 2024 e 2025.

<sup>78</sup> Ai sensi dell'art. 2, commi 88 e 88-*bis*, della l. n. 191/2009, i programmi operativi costituiscono «prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome». Sulla configurazione dei programmi operativi come atti di esecuzione dei piani di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria, fonte di attribuzione di potere e limite alle prerogative del commissario *ad acta*, S. VILLAMENA, *Il Commissariamento della sanità regionale*, cit., 7.

l'intero articolato<sup>79</sup> della l. reg. Molise 23 giugno 2022, n. 11, in tema di riorganizzazione della rete ospedaliera e di emergenza.

La legge regionale impugnata indica, anche con riferimento ai rapporti con le strutture private accreditate, le funzioni e il ruolo dei presidi ospedalieri nell'ambito della rete assistenziale<sup>80</sup>, stabilendo (art. 7) che le relative prescrizioni integrano il servizio minimo organizzato per i bisogni dei cittadini molisani, nonché la condivisione di ogni loro modifica con il Consiglio regionale. In ciò è riscontrabile un'interferenza diretta degli organi regionali nei confronti dell'attività commissariale<sup>81</sup>, incompatibile sia con l'attivazione dei poteri sostitutivi *ex art.* 120, comma 2, Cost., sia con quanto stabilito dall'art. 2, commi 80 e 95, della l. n. 191/2009 che sanciscono il vincolo scaturente dalla sottoscrizione dei piani di rientro e, in base ai commi 88 e 88-*bis*, dei programmi operativi che ne costituiscono attuazione e aggiornamento<sup>82</sup>. Si tratta, infatti, di norme recanti principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica in materia sanitaria

---

<sup>79</sup> La giurisprudenza costituzionale reputa ammissibili le questioni promosse in via principale avverso interi atti legislativi, purché le leggi impuginate risultino «caratterizzate da normative omogenee e tutte coinvolte dalle censure» (Corte cost. 8 luglio 2020, n. 143; Id. 25 giugno 2020, n. 128; Id. 24 luglio 2019, n. 194; Id. 11 luglio 2018, n. 247).

<sup>80</sup> Nello specifico, gli artt. 1, 2 e 3 della l. reg. Molise n. 11/2022 individuano, rispettivamente, il presidio ospedaliero Cardarelli di Campobasso quale Dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione (DEA) di II livello e centro Hub regionale con ripristino di tutte le unità operative soppresse o ridimensionate, i presidi ospedalieri di Isernia e Termoli quali centri di I livello (Spoke) e la struttura sanitaria di Agnone quale presidio ospedaliero di zona particolarmente disagiata. Il successivo art. 4 attribuisce allo stabilimento di Venafro, funzionalmente collegato al presidio ospedaliero di Isernia, le attività proprie della Casa della Salute, il primo soccorso H24, la medicina per lungodegenza e la riabilitazione ospedaliera. In senso analogo dispone l'art. 5 rispetto allo stabilimento di Larino, funzionalmente collegato al presidio ospedaliero di Termoli, con l'aggiunta della terapia iperbarica, mentre l'art. 6 prevede che nei presidi di Termoli e Isernia le strutture emodinamiche funzionino nell'arco completo delle ventiquattro ore per garantire parità di accesso sul territorio regionale alle procedure salvavita in caso di infarto del miocardio.

<sup>81</sup> Tanto è vero che il Presidente della Regione Molise, in qualità di commissario *ad acta*, aveva già intimato al Consiglio regionale di provvedere, entro il termine di sessanta giorni, all'abrogazione della l. reg. n. 11/2022. Giova, peraltro, precisare che la giurisprudenza costituzionale considera illegittime norme suscettibili di determinare interferenze anche solo “potenziali” rispetto ai poteri commissariali volti all'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, in quanto “indirettamente” idonee a ostacolare l'unitarietà dell'intervento sostitutivo (cfr., *ex multis*, Corte cost. 14 luglio 2017, n. 190; Id. 11 maggio 2017, n. 106).

<sup>82</sup> Cfr., *ex multis*, Corte cost. 1 dicembre 2014, n. 278.

ai sensi dell'art. 117, comma 3, Cost.

La necessaria temporaneità e cedevolezza del potere sostitutivo di cui all'art. 120, comma 2, Cost. è strettamente correlata alle specificità dei suddetti piani e programmi su cui si fondano i poteri commissariali. Fino all'esaurimento di tale funzione amministrativa, come osservato, strumentale a garantire esigenze di finanza pubblica connesse alla necessità di assicurare la tutela dell'unità economica della Repubblica e i livelli essenziali di assistenza, l'autonomia regionale, quand'anche consistente in azioni preordinate a tutelare il diritto fondamentale alla salute, non può scalfire quella del commissario di attuare il piano di rientro dal disavanzo sanitario previamente concordato che, in tale prospettiva, assurge a parametro di riferimento nello stesso sindacato di costituzionalità.

È questo piano, insieme ai connessi programmi operativi, a orientare le strategie regionali di spesa e di programmazione sanitaria<sup>83</sup>, e tale circostanza non è sconfessabile neppure dal legislatore regionale tenuto a conformarsi a quanto ivi delineato. Una diversa soluzione rischierebbe di pregiudicare la tenuta del sistema fondato sull'art. 120, comma 2, Cost., costituendo un grave ostacolo non solo alla piena attuazione dell'autonomia finanziaria regionale, ma anche al superamento dei divari territoriali nell'erogazione di prestazioni inerenti a diritti sociali<sup>84</sup> e, nello specifico, a un diritto (alla salute) fondamentale della persona umana, in scia all'art. 2 Cost., che si dispiega tanto nei rapporti fra i privati<sup>85</sup>, quanto nelle relazioni giuridiche fra questi ultimi e la pubblica amministrazione<sup>86</sup>.

---

<sup>83</sup> L'ultima delibera di nomina del Presidente della Regione Molise quale commissario *ad acta* per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario (cit. d.P.C.M. 5 agosto 2021), per tornare alla fattispecie scrutinata dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 20/2023, ha difatti confermato l'inclusione della «programmazione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale e (...) con le indicazioni dei tavoli tecnici di monitoraggio», tra gli interventi prioritari assegnati alla struttura commissariale.

<sup>84</sup> Cfr. Corte cost. 26 novembre 2021, n. 220, la quale, nel solco già tracciato dalla sentenza n. 117/2018 (cui *adde* Corte cost. 24 luglio 2019, n. 197), sottolinea che i livelli essenziali delle prestazioni «costituiscono un elemento imprescindibile per uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari fra lo Stato e le autonomie territoriali».

<sup>85</sup> In scia all'impostazione dell'art. 32 Cost. che configura la tutela della salute come «interesse della collettività» da salvaguardare, oggi, anche alla luce degli artt. 9, comma 3, e 41, comma 2, Cost. (il primo introdotto e il secondo novellato dalla l. cost. n. 1/2022).

<sup>86</sup> Cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 62 ss. Si veda già R. FERRARA, *Salute (diritto*

Esiste, infatti, una “componente essenziale” ad assicurare l’effettività dei diritti sociali<sup>87</sup>, ossia un “nucleo indefettibile” di garanzie<sup>88</sup> incompressibile e intangibile che consente di precisare, ulteriormente, come «la dialettica tra Stato e Regioni sul finanziamento dei LEA dovrebbe consistere in un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale, nonché dell’intreccio di competenze statali e regionali in questo delicato ambito materiale»<sup>89</sup>. Ciò per garantire una programmazione effettiva e la reale copertura finanziaria dei servizi sanitari che, in virtù della natura della situazione da tutelare, deve riguardare sia la quantità che la qualità di prestazioni costituzionalmente necessitate, in uno scenario improntato alla riduzione dei divari territoriali e all’equità.

Il commissariamento della sanità regionale, a tale stregua, rappresenta il mezzo attraverso cui ritornare all’efficiente erogazione dei LEA, al fine

---

*alla*), in *Dig. disc. pubbl.*, vol. XIII, Torino, 1997, spec. 531: «mentre il diritto alla salute sembra conservare, tutto sommato, caratteri di assolutezza e di inviolabilità nei rapporti interpersonali fra privati, alla luce dell’art. 32 Cost. interpretato come norma precettiva, questo stesso principio costituzionale evapora e degrada al rango di mera disposizione programmatica allorchè si applichi alle relazioni intersoggettive fra i cittadini-utenti e la pubblica amministrazione». Sulla connotazione del diritto alla salute come “diritto finanziariamente condizionato” si veda F. MERUSI, *I servizi pubblici negli anni ‘80*, in *Quad. reg.*, 1985, 54. Spetta al legislatore svolgere un bilanciamento ragionevole che tenga conto dell’esigenza di equilibrio della finanza pubblica e, in tal senso, il diritto alle prestazioni sanitarie non può ritenersi illimitato e assoluto (cfr. N. AICARDI, *La sanità*, cit., 382), ma la ristrettezza dei mezzi e delle risorse non potrebbe, comunque, incidere su tale diritto sociale al punto di comprometterne il “nucleo essenziale” (Corte cost. 17 luglio 1998, n. 267). Per un approccio interdisciplinare che non trascura prospettive di riforma volte ad assicurare l’effettività, la sostenibilità e la resilienza del diritto sanitario e per una disamina del nesso fra diritto alla salute e dimensione finanziaria, nell’ottica della realizzazione dello Stato sociale e solidale nato nell’Assemblea costituente, A. BALESTRINO, M. BERNASCONI, S. CAMPOSTRINI, G. COLOMBINI, M. DEGNI, P. FERRO, P.P. ITALIA, V. MANZETTI (a cura di), *Dalla emergenza sanitaria alla stabilizzazione finanziaria della sanità pubblica* (Atti Convegno Nazionale di Contabilità Pubblica, Pisa 17-19 dicembre 2020), Napoli, 2022.

<sup>87</sup> Come espressamente riconosciuto da Corte cost. 16 dicembre 2016, n. 275, in relazione al diritto all’istruzione del disabile consacrato nell’art. 38 Cost. Per un inquadramento e ulteriori sviluppi, L. DEGANI, R. MOZZANICA, M. UBEZIO, *I disabili*, in *Manuale di diritto dei servizi sociali*, cit., 173 ss.; I. GENUESSI, *Gli interventi e le prestazioni a sostegno dei disabili*, in *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, cit., 213 ss.; A. ZITO, *Diritti sociali e principio dell’equilibrio di bilancio*, cit., 340 ss.

<sup>88</sup> Cfr. Corte cost. 26 febbraio 2010, n. 80.

<sup>89</sup> Corte cost. 12 luglio 2017, n. 169.

di garantire l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Il risultato al quale l'attività commissariale deve tendere, pertanto, trascende il mero rapporto tra esigenze finanziarie e adeguate prestazioni sanitarie<sup>90</sup> e, come inferibile dalla giurisprudenza costituzionale esaminata, presuppone un assetto organizzativo capace di sostenere una funzione amministrativa di tale portata<sup>91</sup>, elevando i principi di sussidiarietà e di leale collaborazione<sup>92</sup> a fattori di unità fra i vari livelli di governo che, nel loro insieme, concorrono a formare la Repubblica.

#### 4. *La differenziazione normativa come conseguenza del commissariamento sanitario: il "caso" Calabria*

La differenziazione regionale derivante dall'applicazione delle misure sui piani di rientro dai disavanzi sanitari<sup>93</sup> produce o, meglio, dovrebbe

<sup>90</sup> In tal senso v. anche S. VILLAMENA, *Il Commissariamento della sanità regionale*, cit., 2.

<sup>91</sup> Sul rapporto tra organizzazione e risultato amministrativo, sia consentito rinviare all'omonimo contributo di M.R. SPASIANO, *Organizzazione e risultato amministrativo*, in M. IMMORDINO, A. POLICE (a cura di), *Principio di legalità e amministrazione di risultati* (Atti del Convegno, Palermo, 27-28 febbraio 2003), Torino, 2004, 342 ss.

<sup>92</sup> Sulla portata di tale principio, con particolare riguardo ai profili organizzativi, F. MERLONI, *La leale collaborazione nella Repubblica delle autonomie*, in *Dir. pubbl.*, 3, 2002, 827 ss. Sulla collaborazione interistituzionale come «risposta al miglioramento dell'efficacia dell'azione amministrativa e ad una razionalizzazione della spesa pubblica, nell'ottica della prevalente realizzazione di economie di scala», nonché come «laboratorio per la costruzione di un nuovo sistema di governo territoriale», M. DE DONNO, *Tra coordinamento e collaborazione: enti di area vasta ed unioni di comuni*, in L. VANDELLI, G. GARDINI, C. TUBERTINI (a cura di), *Le autonomie territoriali: trasformazioni e innovazioni dopo la crisi*, Santarcangelo di Romagna, 2017, 143. Sulla relazione tra principio di sussidiarietà e adeguatezza delle organizzazioni a divenire destinatarie di funzioni e compiti (G. BERTI, *Sussidiarietà e organizzazione dinamica*, in *Jus*, 2, 2004, 171 ss.) e sull'adeguatezza dell'organizzazione dei servizi come affermazione del principio di uguaglianza, cfr. R. CAVALLO PERIN, *Intervento*, in *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, cit., 126 ss.

<sup>93</sup> In relazione alla quale cfr. G. AVANZINI, *Il commissario straordinario*, Torino, 2013, 7, la quale osserva (nt. 13) che «le misure previste dai piani di rientro possono essere così sintetizzate: riorganizzazione della rete ospedaliera, con riduzione di posti letto ospedalieri e incentivazione dei processi di deospedalizzazione; introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi; blocco delle assunzioni e del *turn-over*; determinazione dei *budgets* per gli erogatori privati, nonché adeguamento delle tariffe a quelle stabilite a livello nazionale».

produrre un “effetto garanzia”<sup>94</sup> in ordine alle istanze unitarie del diritto alla salute<sup>95</sup>. Tali piani, infatti, mirano ad assicurare l’effettività dei livelli essenziali di assistenza anche in contesti ove l’equilibrio economico-con-

<sup>94</sup> Così V. ANTONELLI, E. GRIGLIO, *Tutela della salute*, cit., 53.

<sup>95</sup> Il condizionale è d’obbligo. Dal punto di vista degli utenti sono estremamente gravi i dati sulla mobilità sanitaria passiva extraregionale dovuta a carenze nell’offerta delle prestazioni, sia sotto il profilo organizzativo delle strutture presenti nel territorio che della qualità dei servizi. Ciò ha motivato gran parte dei flussi interregionali, per lo più dal Sud al Nord del Paese. Come precisato nel Rapporto 2021 della Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, sul Coordinamento della finanza pubblica, mentre nelle regioni non sottoposte a piano di rientro detta mobilità si è spesso accompagnata a un’elevata mobilità attiva (misurata in base al rapporto tra il numero delle dimissioni di pazienti non residenti nella regione e il totale dei ricoveri effettuati nella medesima regione), in quelle in piano il saldo resta negativo «con valori particolarmente elevati in Calabria, che evidenzia una mobilità passiva del 19,6% nel 2019, da correlare alla scarsa qualità delle erogazioni prestate; (...) al Nord si rileva una mobilità che riguarda principalmente le regioni di confine, fenomeno in gran parte fisiologico che si riscontra anche al Centro nelle regioni caratterizzate da un buon livello della qualità delle cure; mentre dal Sud i pazienti si dirigono verso il Lazio, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia» (p. 323). Una prima soluzione programmatica volta a ridurre la mobilità passiva sarebbe quella di dotare le strutture ospedaliere dei mezzi per garantire una determinata prestazione specialistica; anche una sola prestazione (es. cardiologica) per presidio ospedaliero, ferma restando l’erogazione delle altre prestazioni ordinarie. In assenza di professionalità adeguate, si potrebbe immaginare di contrattualizzare a tempo determinato uno specialista di chiara fama e, in via orientativa, due suoi collaboratori: non solo il costo sarà inferiore alle spese affrontate dal paziente che si cura fuori regione, in tal modo si attiva un circolo virtuoso che porterà i medici più giovani ad apprendere la tecnica del medico specialista di chiara fama. In via immediata si garantiscono prestazioni *in loco*, con risparmio di spesa; in prospettiva, benintesa la libertà dell’utente nella scelta della struttura sanitaria di sua fiducia, aumenta l’*appeal* del presidio in questione e si formano professionalità altamente qualificate a livello locale, donde una possibile inversione della curva di mobilità sanitaria interregionale, da passiva ad attiva. Si prenda il caso del Molise, commissariato come la Calabria, che, a fronte di una mobilità passiva pari al 28,6%, presenta una mobilità attiva del 29,7% (i dati sono tratti dal suddetto Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica) da porre in relazione alla presenza nel territorio di una delle strutture ospedaliere italiane di maggiore prestigio. In tale apparato concettuale merita ricordare le previsioni dell’art. 16-*septies*, comma 2, lett. e), del d.l. n. 146/2021, come convertito dalla l. n. 215/2021, secondo cui per l’anno 2022 non si dà luogo alla compensazione del saldo di mobilità extraregionale definita per la Regione Calabria nell’apposita matrice approvata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome ed inserita nell’atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell’anno 2022 (le relative somme saranno recuperate da regioni e province autonome nell’arco di un quinquennio a partire dal 2026).

tabile risulta compromesso.

La nomina governativa di un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano è sintomatica del fatto che a costi elevati per la finanza pubblica non corrispondono prestazioni adeguate. L'intervento sostitutivo previsto dall'art. 120, comma 2, Cost. intende realizzare, in coerenza con i principi di unità e indivisibilità della Repubblica enunciati dall'art. 5 Cost., la migliore versione del pluralismo istituzionale e della sussidiarietà di cui all'art. 118, comma 1, Cost.<sup>96</sup>.

L'incapacità dell'amministrazione territoriale di raggiungere determinati standard meritevoli di tutela (anche) in ambito sanitario, pertanto, giustifica una temporanea surroga nell'esercizio di funzioni assegnate alla titolarità di enti sub-statali<sup>97</sup>. Titolari che non muta in conseguenza dell'intervento dell'autorità centrale, ma che, in costanza di commissariamento, non legittima interferenze degli organi regionali suscettibili di compromettere l'azione commissariale.

In base a tali presupposti, si comprende come le irregolarità riscontrate nella gestione regionale della sanità, da cui discende l'esercizio del potere sostitutivo in questione, non rappresentino l'unica anomalia. Il commissariamento della sanità molisana e calabrese si protrae da oltre un decennio, senza che gli obiettivi fissati nel piano di rientro dai disavanzi del SSR siano stati raggiunti. Secondo un'impressione latente, simili esperienze amministrative avrebbero solo inciso negativamente sugli equilibri della forma di governo regionale.

L'avvicendamento dei commissari *ad acta* e dei sub-commissari ad essi affiancati, chiamati a operare in nome dello Stato, non è realmente riuscito ad arginare le privazioni e le diseguaglianze che ne hanno giustificato l'intervento. All'originaria incapacità dell'ente territoriale di fronteggiare l'esigenza di garantire il rispetto dei LEA e di assicurare il diritto fondamentale alla salute, in una cornice economico-finanziaria sostenibile, ha fatto seguito quella della struttura commissariale<sup>98</sup> di assolvere il proprio

---

<sup>96</sup> Cfr. A. D'ATENA, *Il principio unitario nel sistema dei rapporti tra Stato e Regioni*, in *Scritti in memoria di Livio Paladin*, vol. II, Napoli, 2004, 735 ss.; A. POLICE, *Sussidiarietà e poteri sostitutivi: la funzione amministrativa nello Stato plurale*, in A. CHIEFFI, G. CLEMENTE DI SAN LUCA (a cura di), *Regioni ed enti locali dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Fra attuazione ed ipotesi di ulteriore revisione*, Torino, 2004, 315 ss.

<sup>97</sup> Cfr. Tar Molise, sez. I, 15 febbraio 2013, n. 119, per cui la relazione intercorrente fra la struttura commissariale e la Regione è di tipo intersoggettivo e non interorganico.

<sup>98</sup> Cfr., ulteriormente, Cons. Stato, sez. III, 10 aprile 2015, n. 1832, per la preci-

compito.

Il commissariamento mira a garantire l'attuazione di un piano concordato fra lo Stato e la Regione interessata, che condividono la necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario, e in tal senso rappresenta un'utile tecnica amministrativa per il raggiungimento di determinati obiettivi<sup>99</sup>. Nonostante l'ampiezza dei poteri commissariali in ordine all'amministrazione del SSR, tuttavia, nelle due regioni attualmente commissariate detti obiettivi non sono stati raggiunti, e di ciò non può ritenersi (unica) responsabile la Regione. Dalla nomina del commissario *ad acta*, infatti, discendono misure particolarmente stringenti<sup>100</sup> quali l'aumento delle aliquote fiscali *ex art.* 1, comma 174, della l. n. 311/2004 o il blocco del *turn over* del personale<sup>101</sup>

---

sazione della competenza in via esclusiva in capo al commissario *ad acta* ai fini della realizzazione del mandato conferito con la nomina sostitutiva *ex art.* 120, comma 2, Cost., nonché Tar Calabria, Catanzaro, sez. II, 20 marzo 2023, n. 435, dove viene preliminarmente osservato che il provvedimento commissariale oggetto di impugnazione non è imputabile alla Regione, sicché la stessa non è legittimata passivamente al ricorso, come tale, inammissibile nei suoi confronti. In dottrina v. G. AVANZINI, *Il commissario straordinario*, cit., 113, la quale richiama Tar Calabria, Catanzaro, sez. I, 25 giugno 2013, n. 712, secondo cui il ricorso avverso i decreti assunti dal Presidente della Giunta in qualità di commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro non va notificato presso la Regione Calabria, bensì la competente Avvocatura dello Stato *ex art.* 1 della l. 25 marzo 1958, n. 260, richiamato per i giudizi amministrativi dall'art. 10, comma 3, della l. 3 aprile 1979, n. 103, trattandosi di atti riconducibili all'amministrazione statale. Si veda, ancora, Tar Molise n. 119/2013 per cui il commissario *ad acta* è l'unico soggetto titolare di legittimazione passiva, in quanto «centro di imputazione autonomo sia rispetto alla regione, i cui uffici operano a supporto organizzativo della struttura commissariale in relazione di mero avvalimento (cfr. Tar Molise, 23 dicembre 2010, n. 1565), sia rispetto alla Presidenza del Consiglio dei Ministri (...) cui compete il solo procedimento di nomina e la prodromica attività istruttoria relativa all'accertamento della sussistenza dei presupposti normativi di cui all'art. 8 della legge n. 131 del 2001, di attuazione dell'art. 120 Cost., per disporre l'intervento sostitutivo». Sull'autonomia operativa e decisionale della struttura commissariale rispetto alla Presidenza del Consiglio dei Ministri cfr. anche Cons. Stato, sez. III, 3 ottobre 2011, n. 5424.

<sup>99</sup> Cfr. A. FIORITTO, *L'amministrazione dell'emergenza tra autorità e garanzie*, Bologna, 2008, 218.

<sup>100</sup> Si veda, in particolare, l'art. 2, comma 80, della l. n. 191/2009.

<sup>101</sup> Già prima della pandemia da Covid-19, invero, l'automatismo nel blocco del *turn over* aveva condotto alcune regioni in situazioni di estrema criticità rispetto alla provvista di personale medico e infermieristico, mettendo così a repentaglio la stessa erogazione dei LEA. Per le regioni in situazione di disavanzo strutturale, tale automatismo inserito dall'art. 2, comma 76, della l. n. 191/2009 nell'art. 1, comma 174, della l. n. 311/2004, pertanto, è stato eliminato ad opera dell'art. 11, comma 4-ter, del d.l. n. 35/2019 inserito

che, di fatto, non solo privano le regioni di autonomia gestionale in ambito sanitario, ma, come è agevole intuire, ove protratte nel tempo rischiano di accentuare la conflittualità fra gli organi regionali e quelli commissariali.

È quanto accaduto in Molise e, soprattutto, in Calabria. E la circostanza per cui, dal 2014 al 2021, al vertice della struttura commissariale fosse preposto un soggetto estraneo alla compagine politica regionale, lungi dall'assicurare maggiore imparzialità e canoni di buona amministrazione, ha finito per compromettere la fiducia degli amministrati verso un apparato gravemente deficitario. Non si può, infatti, trascurare che solo per quest'ultima Regione sono stati adottati, in rapida successione, due atti con forza di legge – i c.d. decreti Calabria nn. 35/2019 e 150/2020 – fondati su ragioni di straordinaria necessità e urgenza che, è bene ribadirlo, si estende da oltre un decennio<sup>102</sup>.

Tale circostanza ha fatto sì che la strutturazione dei poteri e delle funzioni commissariali apparisse, alla fine, molto debole per gestire il rientro dal disavanzo della spesa sanitaria, a parte il coinvolgimento di autorità e organi come l'AIFA, l'AGENAS e la Conferenza Stato-Regioni<sup>103</sup> nei procedimenti di approvazione e di successiva attuazione del relativo piano, e l'esigenza di ricorrere a forme di ausilio esterno come quello assicurato dalla "unità di crisi speciale" istituita dall'art. 3, comma 6-*bis*, del d.l. n. 35/2019<sup>104</sup>.

---

in sede di conversione dalla l. n. 60/2019.

<sup>102</sup> Con riferimento alla differenziazione normativa, l'esigenza di valutare fino a che punto il livello di "disuguaglianza sostenibile" «sia auspicabile e perseguibile e quando invece rischi di compromettere i valori su cui si fonda il sistema, divenendone fattore di instabilità e magari di disgregazione», viene sottolineata da V. MOLASCHI, *Le disuguaglianze sostenibili nella sanità*, cit., 4.

<sup>103</sup> Si vedano, in particolare, i commi 77 e 78 dell'art. 2 della l. n. 191/2009 sulla procedura di elaborazione e approvazione dei piani di rientro contenenti le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA e quelle volte a garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

<sup>104</sup> Tale comma, introdotto in sede di conversione ad opera della l. n. 60/2019, ha assegnato a detta "unità di crisi speciale" composta da «dirigenti del Ministero della salute, che operano nell'esercizio delle funzioni istituzionalmente assegnate, e da un numero massimo di cinque esperti nelle discipline chirurgiche, mediche, anatomopatologiche e dei servizi diagnostici» il compito di effettuare «visite ispettive straordinarie presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliere universitarie» strumentali alla redazione di «una relazione sullo stato dell'erogazione delle prestazioni cliniche, con particolare riferimento alla condizione dei servizi, delle dotazioni tecniche e tecnologiche e delle risorse umane [volta a evidenziare] gli eventuali scostamenti dagli

Anche il d.l. n. 150/2020, come convertito dalla l. n. 181/2020, ha rivelato significative criticità, in parte, censurate dalla Corte costituzionale che in sostanza ha riconosciuto come l'obiettivo del commissariamento sia quello di uscire, nel più breve tempo possibile, dal commissariamento medesimo. Non va sottovalutato come la gestione commissariale, stabilizzandosi, tenda a spogliare le pubbliche amministrazioni surrogate delle loro funzioni rischiando di determinare, in concreto, un'alterazione del sistema costituzionale di riparto delle competenze<sup>105</sup>, specialmente in costanza di un assetto regolatorio come quello delineato dalle fonti poc'anzi richiamate.

Non si può negare che il d.l. n. 150/2020 abbia implementato i poteri del commissario *ad acta* nominato dal Governo. Lo dimostrano previsioni come l'art. 1, comma 2, in disparte i profili di illegittimità riscontrati dalla Consulta; l'art. 3, comma 1, sul relativo ruolo in riferimento alle procedure di affidamento di appalti sia sopra-soglia che sotto-soglia per gli enti del SSR<sup>106</sup>; l'art. 3, comma 2, che assegna a detto commissario il compito di adottare il programma operativo Covid di cui all'art. 18 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18, come convertito dalla l. 24 aprile 2020, n. 27; l'art. 3, comma 3, che demanda al commissario *ad acta* il compito di attuare, anche avvalendosi di Invitalia<sup>107</sup>, previo parere dell'AGENAS, i progetti di edilizia sanitaria da finanziare ai sensi dell'art. 20 della l. 11

---

standard necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza e gli interventi organizzativi necessari al loro ripristino».

<sup>105</sup> Cfr. A. FIORITTO, *L'amministrazione dell'emergenza tra autorità e garanzie*, cit., 220.

<sup>106</sup> Per l'affidamento di appalti di lavori, servizi e forniture strumentali all'esercizio delle proprie funzioni, c.d. sopra-soglia, il commissario *ad acta* provvede in via esclusiva avvalendosi degli strumenti di acquisto e di negoziazione aventi ad oggetto beni, servizi e lavori di manutenzione messi a disposizione da Consip S.p.A. nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti della p.a. ovvero, previa convenzione, dalla centrale di committenza regionale o di centrali di committenza delle regioni limitrofe, ferme restando le facoltà di avvalersi del Provveditorato inter-regionale per le opere pubbliche per la Sicilia-Calabria e di delegare ai commissari straordinari degli enti del SSR le procedure in questione. Quanto agli affidamenti di appalti sotto-soglia, invece, provvedono i commissari straordinari, beninteso il potere di avocazione e di sostituzione che il commissario *ad acta* può esercitare in relazione al singolo affidamento.

<sup>107</sup> Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A.

marzo 1988, n. 67<sup>108</sup>; l'art. 5 che riconosce al commissario *ad acta*, nell'esercizio delle sue funzioni, il supporto e la collaborazione della Guardia di Finanza<sup>109</sup>; e, soprattutto, l'art. 2 sul rapporto fra il commissario *ad acta* e i commissari straordinari.

Merita precisare che quando entra in vigore il d.l. n. 150/2020 nessuna delle nove aziende sanitarie calabresi è gestita in modo ordinario. In due casi – ASP di Reggio Calabria e di Catanzaro – è in carica una commissione nominata *ex art.* 144 del d.lgs. n. 276/2000, negli altri casi al posto delle direzioni generali operano commissari straordinari nominati ai sensi degli artt. 2 e 3 del d.l. n. 35/2019<sup>110</sup>.

Il d.l. n. 150/2020, quindi, interviene per disciplinare una situazione, sotto il profilo generale dell'organizzazione amministrativa degli enti del SSR, extra-ordinaria e, nel farlo, mette in risalto il ruolo della struttura commissariale di vertice. In primo luogo, riconoscendo al commissario *ad acta* il potere di nominare, previa intesa con la Regione<sup>111</sup>, nonché con

<sup>108</sup> Qualunque sia il livello di progettazione raggiunto, inclusi gli interventi già inseriti nel piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale, comprensivo del programma di ammodernamento tecnologico *ex art.* 6, comma 5, del d.l. n. 35/2019, come convertito, e gli interventi inseriti negli accordi di programma già sottoscritti ai sensi dell'art. 5-*bis* del d.lgs. n. 502/1992 e dell'art. 2, comma 203, della l. 23 dicembre 1996, n. 662, nonché gli altri programmi sottoscritti con il Ministero della Salute. Per l'attuazione degli adempimenti di cui all'art. 3, comma 3, del d.l. n. 150/2020, come convertito, il commissario *ad acta*, qualora lo richieda la complessità degli interventi, può nominare esperti individuati all'esito di selezione comparativa effettuata mediante avviso pubblico tra persone di comprovata esperienza ed elevata professionalità e, inoltre, può avvalersi delle aziende del SSR della Calabria, in qualità di soggetti attuatori, nonché del supporto di strutture regionali e di personale in servizio presso le medesime con oneri a carico di amministrazioni o enti di appartenenza (art. 3, comma 3-*bis*, d.l. cit.). Nei limiti dell'utilizzo delle risorse trasferite per la realizzazione dei progetti in questione, è autorizzata l'apertura di un'apposita contabilità speciale intestata al commissario *ad acta* (art. 3, comma 3-*ter*, d.l. cit.).

<sup>109</sup> Come precisato, la proroga disposta dall'art. 2, comma 1, del d.l. n. 169/2022, come convertito, non ha riguardato l'art. 5 del d.l. n. 150/2020. Resta, tuttavia, salva la facoltà del commissario *ad acta* di avvalersi della collaborazione dell'Agenzia delle Entrate, previa stipula di apposita convenzione fra Regione Calabria e Agenzia, ai sensi dell'art. 5, comma 1-*bis*, introdotto in sede di conversione dalla l. n. 181/2020.

<sup>110</sup> Cfr. S. VILLAMENA, *Il Commissariamento della sanità regionale*, cit., 20 ss.

<sup>111</sup> In mancanza d'intesa con la Regione entro il termine perentorio di dieci giorni, ai sensi dell'art. 2, comma 1 (secondo periodo), del d.l. n. 150/2020, la nomina è effettuata con decreto del Ministro della Salute, su proposta del commissario *ad acta*, previa delibera del Consiglio dei Ministri, a cui è invitato a partecipare il Presidente della Giunta regionale con preavviso di almeno tre giorni. La circostanza per cui l'attuale Presidente della

il rettore nei casi di aziende ospedaliere universitarie, un commissario straordinario per ogni ente, o anche per più enti, del SSR<sup>112</sup>; in secondo luogo, subordinando all'approvazione del commissario *ad acta* gli atti aziendali di cui all'art. 3, comma 1-*bis*, del d.lgs. n. 502/1992<sup>113</sup> adottati dai commissari straordinari *ex art.* 2, comma 4, del d.l. n. 150/2020 e, in ipotesi di inerzia<sup>114</sup>, assegnando al medesimo il potere di adottarli in loro vece<sup>115</sup>; in terzo luogo, attribuendo al commissario *ad acta* poteri di verifica periodica, di regola trimestrale, dell'operato dei commissari straordinari con contestuale riconoscimento di quello di procedere alla revoca dall'incarico, previo contraddittorio, in caso di loro valutazione negativa<sup>116</sup>.

---

Giunta regionale svolge le funzioni commissariali consente di superare le aporie, con riguardo a profili partecipativi e cooperativi, sottese alla previsione di siffatto termine.

<sup>112</sup> Ai sensi dell'art. 2, comma 2 (terzo e quarto periodo), del d.l. n. 150/2020, la nomina a commissario straordinario costituisce causa legittima di recesso da ogni incarico presso gli enti del SSN ed ogni altro ente pubblico; detto commissario, se dipendente pubblico, ha diritto all'aspettativa non retribuita con conservazione dell'anzianità per tutta la durata dell'incarico. In base all'art. 2, comma 1, del d.l. n. 169/2022, come convertito, i commissari straordinari decadono ove non confermati entro sessanta giorni dall'entrata in vigore di tale decreto, salva la facoltà del commissario *ad acta* di nominare i direttori del SSR con le procedure di cui al d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171.

<sup>113</sup> In relazione ai quali cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 179.

<sup>114</sup> Circostanza implicante l'automatica decadenza dall'incarico di commissario straordinario, secondo quanto disposto dall'art. 2, comma 6, del d.l. n. 150/2020.

<sup>115</sup> In ipotesi di mancata adozione degli atti aziendali da parte del commissario *ad acta* nel termine di cui all'art. 2, comma 5, del d.l. n. 150/2020 è competente il Ministro della Salute.

<sup>116</sup> In base all'impostazione tradizionale, viene in rilievo un potere di controllo di merito (A.M. SANDULLI, *Manuale di diritto amministrativo*, 1, Napoli, 1984, 239) a carattere sanzionatorio (M.S. GIANNINI, *Diritto amministrativo*, I, Milano, 1970, 311). Sulla contiguità fra poteri di controllo e poteri sostitutivi del Governo centrale, destinati ad assumere una funzione di "chiusura del sistema" laddove i controlli con finalità integrativa abbiano mancato il loro obiettivo, e sulla loro progressiva importanza «in relazione alla crescita delle prerogative di autonomia in capo agli apparati che compongono l'organizzazione amministrativa», si veda G. D'AURIA, *I controlli*, in *Trattato di diritto amministrativo*, cit., tomo II, 1337 s. Sui c.d. controlli di conformazione e quelli di integrazione (o "di sistema"), inoltre, S. CASSESE, *Istituzioni di diritto amministrativo*, Milano, 2004, 348, il quale osserva che quest'ultima tipologia di controlli dirige un "processo di aggiustamento" dell'attività amministrativa volto a garantire comportamenti «coerenti a determinate regole, ovvero ai risultati e agli obiettivi da realizzare», salvo poi associare al novero dei controlli sostitutivi l'esercizio dei poteri di cui all'art. 120, comma 2, Cost. ricostruendo il rapporto fra controllo e sostituzione in termini di causa-effetto (p. 349 s.). Sulla parametrizzazione

Spetta, invece, ai commissari straordinari il compito di verificare l'attività dei direttori amministrativi e sanitari ai sensi dell'art. 3, comma 1 (quinto periodo), del d.lgs. n. 171/2016<sup>117</sup>.

In tale prospettiva, genera qualche dubbio il sistema delle nomine in questione. Il commissario straordinario, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del d.l. n. 150/2020 scelto “anche” nell'ambito dell'elenco nazionale di cui all'art. 1 del d.lgs. n. 171/2016, conferisce gli incarichi di direttore amministrativo e sanitario in base a scelte “esclusivamente fiduciarie” alla stregua di quanto disposto dall'art. 15, comma 5, della l. reg. Calabria 19 marzo 2004, n. 11, s.m.i. La predetta fonte statale, dunque, adotta un elemento di “flessibilità” che precede e si aggiunge alla scelta discrezionale dei direttori amministrativi e sanitari: questi ultimi derivano dal commissario straordinario<sup>118</sup>, a sua volta, individuato con ampi margini di scelta dal commissario *ad acta* nominato dall'esecutivo nazionale che, in concreto, finisce per orientare l'intero sistema delle nomine.

L'impressione è che si continui a disciplinare l'attività amministrativa in via emergenziale trascurando la precipua importanza degli aspetti orga-

---

della giuridicità del controllo all'oggetto del controllo medesimo, si veda R. TORRIGIANI, *Controlli amministrativi statali e regionali*, Milano, 1972, 19 s., sulla scia di S. GALEOTTI, *Introduzione alla teoria dei controlli costituzionali*, Milano, 1963, 37 ss.

<sup>117</sup> Che si riferisce ai casi di manifesta violazione di leggi o regolamenti, ovvero dei principi di imparzialità e di buon andamento, allorquando il direttore generale (*i.e.* il commissario straordinario), previa contestazione e nel rispetto del contraddittorio, risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario: «qualora sia dichiarata la decadenza dei direttori amministrativi e sanitari, il Commissario straordinario li sostituisce attingendo dagli elenchi regionali di idonei [e] l'ente pubblica nel proprio sito internet istituzionale un avviso finalizzato ad acquisire la disponibilità ad assumere l'incarico. Qualora, trascorsi quindici giorni dalla pubblicazione, non sia pervenuta alcuna manifestazione di interesse, tale incarico può essere conferito anche a soggetti non iscritti negli elenchi regionali di idonei» di cui all'art. 3 del d.lgs. n. 171/2016, purché in possesso dei requisiti di cui all'art. 1, comma 4, lett. a) e b), del medesimo decreto legislativo.

<sup>118</sup> La circostanza per cui la nomina di tali soggetti avvenga «attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali degli idonei» ai sensi dell'art. 15, comma 3-*quater*, della l. reg. Calabria n. 11/2004 rimanda a una “selezione” che non integra un concorso in senso tecnico, non prevedendosi lo svolgimento di prove selettive, né la formazione di una graduatoria con automatica individuazione del vincitore (cfr. Cass. civ., sez. un., 6 marzo 2020, n. 6455). L'incarico, cioè, viene conferito a seguito di una scelta essenzialmente fiduciaria nell'ambito di una rosa di “idonei”.

nizzativi e gestionali<sup>119</sup>, nonché dei controlli nei confronti del commissario *ad acta*, al fine di rientrare dal disavanzo sanitario. Una maggiore considerazione di profili inerenti all'organizzazione, quale fattore immediatamente condizionante l'esercizio dell'attività amministrativa o, comunque, ad essa strettamente correlata<sup>120</sup>, sarebbe stata quanto meno opportuna.

Detta impressione, sotto diverso benché connesso aspetto, trae conferma nell'art. 16-*septies*, comma 2, lett. g), del d.l. n. 146/2021, come convertito dalla l. n. 215/2021, che ha legato all'eccezionale crisi in cui versa l'organizzazione sanitaria calabrese una specifica misura provvisoria di improcedibilità esecutiva e di inefficacia dei pignoramenti. Il legislatore, infatti, ha ritenuto ragionevole disporre l'arresto delle iniziative individuali dei creditori, pur muniti di titolo esecutivo, in considerazione della predetta straordinarietà e nelle more del procedimento di circolarizzazione obbligatoria dei crediti e di programmazione delle operazioni di cassa.

È vero che la Corte costituzionale ha sancito l'illegittimità della norma richiamata, per violazione degli artt. 24 e 111 Cost.<sup>121</sup>, stante l'eccessiva compressione del diritto di azione dei creditori e un'ingiustificata alterazione delle parità delle parti durante la fase esecutiva. A seguito di tale declaratoria di incostituzionalità, tuttavia, il legislatore è tornato a normare la fattispecie *de qua* con l'art. 2, comma 3-*bis*, del d.l.

<sup>119</sup> Che l'aumento eccessivo di differenziazione comporti un rischio di “anarchia organizzativa” è evidenziato da D. D'ORSOGNA, *Principio di uguaglianza e differenziazioni possibili nella disciplina delle autonomie territoriali*, cit., 32 s. Sul nesso fra diritto e organizzazione creata allo scopo di soddisfarlo, caratterizzante tutti i diritti sociali che contengono la «*pretesa a un intervento dello Stato* ad una prestazione (scolastica, sanitaria, assistenziale, previdenziale)», v. G. CORSO, *Principio di legalità e interpretazione della legge*, Napoli, 2014, 31 ss. Cfr., inoltre, R. MARRAMA, *Principi regolatori della funzione di organizzazione pubblica*, in L. MAZZAROLLI, G. PERICU, A. ROMANO, F.A. ROVERSI MONACO, F.G. SCOCA (a cura di), *Diritto amministrativo*, I, Bologna, 2001, 415 ss.

<sup>120</sup> Così M.R. SPASIANO, *Funzione amministrativa e legalità di risultato*, Torino, 2003, 86. Sulla costruzione di processi organizzativi “appropriati” anche per garantire la stabilità e la prevedibilità dell'azione, inoltre, si veda L. GIANI, *L'amministrazione tra appropriatezza dell'organizzazione e risultato: spunti per una rilettura del dialogo tra territorio, autorità e diritti*, in *Nuove autonomie*, 3, 2021, 564 ss., secondo cui, in tale dimensione, l'organizzazione «intesa nella sua duplice accezione riferita al profilo strutturale e a quello delle competenze, distinte e allocate in ragione della complessità del sistema, è il riflesso di un condizionamento sistemico (...) e si pone quale principale garante dello stesso superamento dei paradossi dei principi di libertà e uguaglianza, in quanto garante del pieno espletamento delle relative capacità inclusive».

<sup>121</sup> Corte cost. n. 228/2022.

8 novembre 2022, n. 169, introdotto in sede di conversione ad opera dalla l. 16 dicembre 2022, n. 196, che ha nuovamente sancito l'impossibilità di intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti degli enti del SSR calabrese di cui all'art. 19 del d.lgs. n. 118/2011, stabilendo che i pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalla Regione agli enti del proprio servizio sanitario effettuati prima della data di entrata in vigore della l. n. 215/2021 «non producono effetti dalla suddetta data e non vincolano gli enti del SSR e i tesorieri, i quali possono disporre, per il pagamento dei debiti, delle somme agli stessi trasferite a decorrere dalla medesima data». Il tutto con valenza precettiva, non riferibile ai crediti risarcitori da fatto illecito e retributivi da lavoro, fino al 31 dicembre 2023.

È arduo credere che simili disposizioni siano l'antidoto per superare alla crisi strutturale della finanza regionale in ambito sanitario o all'incapacità di assicurare l'erogazione dei LEA, in quanto non direttamente rapportabili alla prospettiva di un sicuro ritorno alla fisiologia gestionale del servizio sanitario regionale<sup>122</sup>. È questo il risultato da perseguire, oggi, anche attraverso interventi innovativi e l'ausilio dell'ingente mole di risorse stanziata da PNRR e PNC<sup>123</sup> alla stregua della ripartizione programmatica operata, in relazione alle due componenti della Missione 6 "Salute", dal decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 che, con specifico riferimento alla Regione Calabria<sup>124</sup>, riportano al Piano Operativo Regionale degli Investimenti predisposto dai competenti uffici del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari in conformità

---

<sup>122</sup> Cfr. Corte cost. n. 117/2018.

<sup>123</sup> Il piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR istituito per effetto del d.l. 6 maggio 2021, n. 59, convertito con modificazioni dalla l. 1 luglio 2021, n. 101.

<sup>124</sup> In tale apparato concettuale, merita richiamare il finanziamento regionale di € 38.955.194,34 resi disponibili con DGR n. 174 del 30 aprile 2022 per la realizzazione di ulteriori – rispetto a quanto richiesto dalla programmazione nazionale – n. 4 case di comunità, n. 2 centrali operative territoriali e n. 5 ospedali di comunità, anch'essi distribuiti sul territorio in base alla valutazione del fabbisogno sanitario e sociosanitario della popolazione di riferimento, della mobilità passiva extraregionale e intraregionale, dell'offerta di salute attuale, della constatazione della rete viaria, delle condizioni economiche locali, dell'assenza di strutture sanitarie e della valutazione dei tempi di percorrenza, che dovrebbero essere i più brevi possibili. L'individuazione dei siti, rinvenuti tra gli edifici pubblici di proprietà o, comunque, nella disponibilità delle aziende sanitarie provinciali, è avvenuta in base alle linee guida e alle schede di censimento di immobili e terreni predisposte dall'AGENAS.

allo schema approvato con d.m. 5 aprile 2022.

Tale Piano (POR-PNRR), che costituisce parte integrante del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), da sottoscrivere<sup>125</sup> per l'attuazione degli interventi strumentali al raggiungimento degli obiettivi previsti nel PNRR<sup>126</sup>, è stato approvato con decreto n. 59 del 24 maggio 2022 del Presidente della Regione in qualità di commissario *ad acta*.

Sono undici le linee di investimento in cui si struttura il Piano Operativo Regionale<sup>127</sup>, nello specifico, riguardanti: (i) la creazione e l'avvio di n. 61 case della comunità<sup>128</sup>; (ii) la realizzazione di n. 21 centrali operative territoriali<sup>129</sup>, (iii) n. 5 interventi di interconnessione aziendale e (iv) n. 5

---

<sup>125</sup> Sottoscrizione avvenuta in data 30 maggio 2022 ad opera del Ministro della Salute e del Presidente della Regione Calabria commissario *ad acta* per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario.

<sup>126</sup> Le clausole del CIS mirano all'attuazione rafforzata degli interventi speciali e di quelli finanziati con risorse nazionali ed europee per lo sviluppo economico e la coesione territoriale. In particolare, definiscono la sinergia tra Ministero della Salute, Regione e aziende del SSR allo scopo di accelerare i tempi di realizzazione degli interventi; individuano le concrete modalità di attuazione, le connesse responsabilità, i criteri di valutazione e di monitoraggio e le sanzioni per le eventuali inadempienze, nonché l'attivazione e l'esercizio dei poteri sostitutivi ai sensi della normativa vigente; in definitiva, consentono alla Regione e alle aziende del SSR l'esercizio delle prerogative di soggetti attuatori, sottoponendole al coordinamento, alla vigilanza e al controllo ministeriale. I contratti istituzionali di sviluppo, introdotti dall'art. 6 del d.lgs. 31 maggio 2011, n. 88, già valorizzati dall'art. 7 del d.l. 20 giugno 2017, n. 91, recante «disposizioni urgenti per la crescita economica nel Mezzogiorno», come convertito dalla l. 3 agosto 2017, n. 123, in relazione al PNRR vengono contemplati dal d.l. 31 maggio 2021, n. 77, come convertito dalla l. 29 luglio 2021, n. 108, s.m.i., e per quanto in questa sede è più d'interesse dall'art. 56, commi 2 e 2-*bis*.

<sup>127</sup> I dati riportati nelle seguenti note, aggiornati alla data del 31 marzo 2023, sintetizzano quelli illustrati nella *Relazione sullo stato di attuazione* degli interventi nella Regione Calabria redatta dall'Ing. P. GIDARO, Dirigente dell'U.O.A. Investimenti Sanitari del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari, Referente Unico Regionale (cfr. DCA n. 68 del 20 giugno 2022) ai sensi dell'art. 3 del CIS per l'attuazione del POR-PNRR M6 Salute, in collaborazione con l'Ing. G. IMBROGNO.

<sup>128</sup> Il numero delle case di comunità da edificare sono cinque: n. 4 ASP Cosenza e n. 1 ASP Catanzaro; cinquantasei quelle da ristrutturare: n. 18 ASP Cosenza, n. 10 ASP Catanzaro, n. 6 ASP Crotone, n. 5 ASP Vibo Valentia, n. 17 ASP Reggio Calabria. Per tutte le opere è stata avviata almeno una gara, ma non necessariamente tutte.

<sup>129</sup> Così distribuite nel territorio regionale: n. 7 ASP Cosenza, n. 4 ASP Catanzaro, n. 2 ASP Crotone, n. 2 ASP Vibo Valentia, n. 6 ASP Reggio Calabria. Al 31 marzo 2023, ad eccezione dell'ASP di Reggio Calabria, tutte le aziende hanno raggiunto i traguardi

interventi di fornitura di *device* per le predette centrali<sup>130</sup>; (v) la realizzazione e l'avvio di n. 20 ospedali di comunità<sup>131</sup>; (vi) il potenziamento del livello di informatizzazione di n. 11 presidi ospedalieri (Hub e Spoke), sedi di DEA di I livello e di II livello, attraverso l'implementazione dei Centri Elaborazione Dati e l'acquisizione di tecnologie informatiche (*hardware* e/o *software*), tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari occorrenti per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero<sup>132</sup>; (vii) n. 286 interventi per la fornitura e l'installazione di grandi apparecchiature<sup>133</sup>; n. 13 interventi di adeguamento/miglioramento sismico di presidi ospedalieri, di cui (viii) n. 6 finanziati con fondi PNRR e (ix) n. 7 finanziati con fondi PNC<sup>134</sup>; (x) n. 1 intervento di implementazione di quattro nuovi flussi informativi nazionali<sup>135</sup>; (xi) n. 1 intervento di organizzazione ed erogazione del corso di formazione in infezioni ospedaliere ai dipendenti del SSR<sup>136</sup>.

---

consistenti nell'assegnazione dei progetti idonei per l'indizione della gara per l'implementazione delle centrali operative territoriali e nell'assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle medesime centrali.

<sup>130</sup> Un intervento per ogni azienda sanitaria provinciale.

<sup>131</sup> Di cui uno solo da edificare – ASP di Catanzaro – e i restanti, da riconvertire, localizzati nel territorio delle ASP di Cosenza (n. 9), Crotona (n. 1), Catanzaro (n. 3), Vibo Valentia (n. 2) e Reggio Calabria (n. 4). Tutte le aziende hanno raggiunto i traguardi consistenti nell'approvazione dei progetti idonei per indire la gara per la realizzazione degli ospedali di comunità e nell'assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione.

<sup>132</sup> Al riguardo è stata avanzata una specifica richiesta di rimodulazione degli interventi, da discutere in sede di Nucleo Tecnico Regione Calabria-Ministero della Salute, ai fini dell'autorizzazione a procedere.

<sup>133</sup> Le progettualità avviate per la fornitura e posa in opera di grandi apparecchiature, secondo la *Relazione sullo stato di attuazione* al 31 marzo 2023, si attestano al 73,43%.

<sup>134</sup> Nell'ambito della M6C2.1 Investimento 1.2 «Verso un ospedale sicuro e sostenibile».

<sup>135</sup> Per quanto, in particolare, attiene alla reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale – Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi), nella citata *Relazione sullo stato di attuazione* si menziona un'interlocazione fra il Ministero della Salute e l'Ufficio dell'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali per il previsto parere formale sui provvedimenti legislativi di istituzione dei primi due nuovi flussi (Consultori familiari e Riabilitazione territoriale), da cui consegue che la prevista adozione con atto regionale, inserita nei target CIS per il 31 marzo 2023, non è attuabile. Quanto ai flussi informativi relativi agli ospedali di comunità e ai servizi di assistenza primaria, i processi di sviluppo fanno riferimento all'anno 2025.

<sup>136</sup> La Regione Calabria, con DCA n. 104 del 3 aprile 2023, ha completato la pro-

I relativi importi sono dettagliati negli *action plans* di cui si compone il Piano, insieme ai cronoprogrammi che consentono di monitorare lo stato di attuazione delle linee di intervento<sup>137</sup>. Con riferimento all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero si segnala l'approvazione, ad opera del DCA n. 70 del 23 febbraio 2023, di uno specifico piano dei fabbisogni per l'adesione ad accordo quadro Consip in ambito di sanità digitale con imputazione della spesa<sup>138</sup> su risorse del bilancio regionale, al fine di conseguire gli obiettivi programmati nel POR-PNRR<sup>139</sup> attraverso la realizzazione degli interventi di digitalizzazione dei DEA di I e II livello, nonché per lo svolgimento delle attività di supporto tecnico per la gestione delle centrali "118" e di comunicazione e integrazione con il servizio "112".

Dette linee di intervento confermano la coerenza fra missioni del PNRR e, in particolare, l'importanza di considerare in modo integrato i fattori dell'inclusione, della coesione e della salute. Per accelerare il processo di ripresa e rafforzare il potenziale di crescita a lungo termine, bisogna constatare che la relazione tra addendi restituisce più della loro semplice somma. Un sistema resiliente è tale solo se in grado di rispondere a sollecitazioni esterne con capacità positive di adattamento, il che non può prescindere da un riequilibrio territoriale incentrato sul superamento delle (persistenti) disuguaglianze riscontrabili anche in materia sanitaria.

##### 5. *I limiti all'autonomia commissariale tra erogazione di prestazioni costituzionalmente necessitate e ponderazione degli interessi*

Il riconoscimento dei livelli essenziali di assistenza come elemento

cedura di selezione dei *providers* individuando le aziende sanitarie e ospedaliere in quanto già accreditate per l'Educazione Continua in Medicina (ECM).

<sup>137</sup> Ai fini dell'adempimento agli impegni previsti per l'attuazione degli interventi, con particolare riguardo a quanto disciplinato dall'art. 5 del CIS e, ulteriormente, precisato dal DCA n. 68/2022, la Regione Calabria ha previsto di delegare il ruolo di soggetti attuatori esterni agli enti del SSR: ASP di Catanzaro, ASP di Cosenza, ASP di Crotona, ASP di Reggio Calabria, ASP di Vibo Valentia, Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, Azienda Ospedaliera Universitaria *Mater Domini* di Catanzaro, Azienda Ospedaliera di Cosenza, Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria.

<sup>138</sup> Valutata in complessivi € 3.274.469,24.

<sup>139</sup> M6C2.1 Investimento 1.1 «Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero».

centrale del sistema sanitario *ex art.* 117, comma 2, lett. m), Cost. fa sì che, una volta identificate, tali garanzie minime non possono essere condizionate in termini assoluti<sup>140</sup>. Dalla qualificazione *ex art.* 32 Cost. della tutela della salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività consegue che le esigenze di equilibrio del bilancio non possono neutralizzare la doverosa erogazione di prestazioni costituzionalmente necessarie<sup>141</sup>, in tal senso, sottratte all'opera di bilanciamento rimessa alla discrezionalità del legislatore. In tale prospettiva, a livello centrale si definiscono i LEA che il SSN è tenuto a garantire ai cittadini e l'ammontare complessivo delle risorse economiche per il loro finanziamento, a livello regionale avviene l'organizzazione del servizio e l'erogazione delle prestazioni.

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale standard, ossia il complesso delle risorse del SSN al cui finanziamento concorre lo Stato, in linea al quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede europea, tramite intesa, in coerenza con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei LEA erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. A livello programmatico, sono distinte la quota destinata alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e le quote destinate a enti diversi dalle regioni secondo quanto disposto dall'art. 26, comma 1, del d.lgs. n. 68/2011<sup>142</sup>.

---

<sup>140</sup> Si veda, a scopo sinottico, Corte cost. 8 luglio 2021, n. 142: «la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti finanziari tra Stato e Regioni in tema di finanziamento dei livelli essenziali impongono una visione della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell'organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario». Tale arresto si pone in scia alla pronuncia della Corte cost. 10 aprile 2020, n. 62, secondo cui «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa». La pronuncia da ultimo richiamata consente, altresì, di valorizzare la «tempistica» delle prestazioni costituzionalmente necessarie in argomento, la quale diviene *ex se* un fattore costituzionalmente tutelato.

<sup>141</sup> Cfr. Corte cost. n. 275/2016.

<sup>142</sup> Merita ricordare che il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è stato

Dal punto di vista procedurale, sulla base di un'apposita proposta formulata dal Ministro della Salute alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome riguardante il riparto del finanziamento<sup>143</sup>, detti enti raggiungono un accordo politico e la Conferenza Stato-Regioni, mediante intesa, determina la ripartizione delle risorse<sup>144</sup>. L'assegnazione annuale alle regioni e alle province autonome delle quote del Fondo Sanitario Nazionale necessarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza è demandata al CIPESS<sup>145</sup> che delibera ai sensi dell'art. 39, comma 1, del d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446. Le Regioni, tenute a organizzare il servi-

disciplinato dal d.lgs. n. 56/2000 in base alla capacità fiscale regionale corretta da alcune misure perequative. Per alcuni spunti critici sul c.d. federalismo fiscale introdotto da tale normativa, cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 191 s.; nonché, con rilievi più generali, M. CAMELLI, *Regioni e regionalismo 1948-2013*, Napoli, 2014, 18 e nt. 30, secondo cui «nelle lunghe e laboriose trattative centrali sul federalismo fiscale le regioni non hanno rappresentato i sistemi locali, che hanno agito in modo autonomo e per canali propri, ma per lo più sé stesse e in particolare il finanziamento della spesa sanitaria». Le modalità di erogazione del finanziamento del SSN da parte dello Stato sono stabilite dall'art. 77-*quater* del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, come convertito dalla l. 6 agosto 2008, n. 133, e dall'art. 2, comma 68, lett. b), della l. n. 191/2009. Il sistema di finanziamento pubblico della sanità, in sostanza, si basa su risorse derivanti dalla fiscalità generale – quote di compartecipazione al gettito di imposte dirette, quali addizionale Irpef e Irap, e indirette relativamente alla compartecipazione al gettito Iva e accise sulla benzina – a cui si aggiungono le risorse derivanti dalle diverse forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti (ticket e ricavi provenienti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti) e le entrate proprie delle regioni, nonché, in via residuale, i trasferimenti per interventi specifici. Come si legge nella deliberazione della Corte dei conti n. 19/SEZAUT/2022/FRG, 92, l'assetto organizzativo in ambito sanitario continua a prevedere un'asimmetria fra i centri di responsabilità della spesa, in capo alle Regioni, e il prelievo coattivo delle risorse – attraverso la fiscalità generale – per il finanziamento della spesa in capo quasi integralmente allo Stato.

<sup>143</sup> Il finanziamento “indistinto” distribuito tra le Regioni serve ad assicurare l'erogazione dei LEA, quello “vincolato” riguarda risorse finalizzate a obiettivi sanitari prioritari individuati annualmente dal Ministero della Salute, interventi in materia sanitaria previsti da apposite norme nazionali ed attuati dalle regioni e altri enti.

<sup>144</sup> Anche ai fini della ripartizione delle quote concernenti la mobilità intraregionale. La quota parte dei rimborsi per la mobilità è accreditata o addebitata alle Regioni in corso di esercizio, come indicata in via provvisoria nel riparto del fabbisogno finanziario del SSN, operando i necessari conguagli in sede di determinazione definitiva dei saldi delle mobilità regionali.

<sup>145</sup> Dal 1° gennaio 2021 il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) cambia denominazione e diviene Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS).

zio sanitario ed a garantire le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA, a loro volta, assegnano in base a differenti parametri<sup>146</sup> le risorse finanziarie alle aziende sanitarie del proprio territorio<sup>147</sup>.

<sup>146</sup> Come, ad esempio, la mobilità attiva e passiva. Le aziende, inoltre, sono finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) ovvero negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

<sup>147</sup> Sulla progressiva accentuazione del carattere autoritativo della programmazione sanitaria, si veda Cons. Stato, ad. plen., 12 aprile 2012, n. 3. In particolare, ai sensi dell'art. 32, comma 8, della l. 27 dicembre 1997, n. 449, le regioni, in attuazione di tale programmazione e in coerenza con gli indici di cui all'art. 2, comma 5, della l. 28 dicembre 1995, n. 549, s.m.i., individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, compresi i presidi ospedalieri, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'art. 1, comma 32, della l. n. 662/1996. La giurisprudenza amministrativa ha considerato detta funzione programmatica un dato ineludibile per assicurare una corretta gestione delle risorse disponibili, affermando, in linea di principio, la legittimità dei tetti di spesa nei confronti delle strutture private accreditate in ragione delle insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica: *ex multis*, Cons. Stato, sez. I, adunanza del 26 gennaio 2022, n. 1077/2022; Tar Campania, Napoli, sez. I, 29 novembre 2022, n. 7423; Tar Sicilia, Palermo, sez. I, 31 ottobre 2022, n. 3053; Tar Lazio, Roma, sez. III-*quater*, 2 maggio 2022, n. 5401. Sulla ragionevolezza delle scelte operate in materia di tetti di spesa e ripartizione del *budget*, ulteriormente, Cons. Stato, sez. IV, 22 giugno 2018, n. 3859, nonché Cons. Stato, sez. III, 21 luglio 2017, n. 3617, secondo cui «chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve pur accettare i limiti in cui la stessa è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, persino in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore rango quali i livelli essenziali relativi al diritto alla salute». Le regioni, quindi, godono di un ampio potere discrezionale nell'esercizio della predetta funzione, dovendo individuare un punto di sintesi in esito alla comparazione di interessi quali il contenimento della spesa pubblica, il diritto alla fruizione di adeguate prestazioni sanitarie, le aspettative di operatori orientati dalla logica imprenditoriale e l'efficienza delle strutture sanitarie (cfr. Cons. Stato, sez. III, 7 dicembre 2021, n. 8161; Id. 4 novembre 2018, n. 6427; Id. 4 luglio 2017, n. 3274). Sotto un connesso aspetto rileva la più specifica questione della legittimità dei tetti di spesa fissati in corso di esercizio finanziario che ha richiesto un intervento dell'Adunanza Plenaria per dirimere un contrasto giurisprudenziale. Per un primo orientamento la fissazione di tetti di spesa in via retroattiva, soprattutto intervenendo in un periodo avanzato dell'anno, sarebbe illegittima poiché idonea a sottrarre a operatori del SSN la possibilità di programmare, con ragionevole anticipo e congrua ponderazione, la propria attività (cfr. Cons. Stato, sez. V, 29 marzo 2004, n. 1667; Id. 31 gennaio 2003, n. 499). In base a un secondo indirizzo, già avallato da Cons. Stato, ad. plen., 2 maggio 2006, n. 8, la fissazione in corso d'anno di tetti che dispieghino i propri effetti anche sulle presta-

I diversi modelli di sanità che originano dal d.lgs. n. 502/1992 e, in modo più marcato, dal d.lgs. n. 229/1999 non hanno sempre saputo valorizzare l'autonomia accordata alle regioni, come si è visto, anche a causa di lacune concernenti profili organizzativi e gestionali che, nell'attuale momento di transizione (anche) sanitaria indotta dal PNRR, impongono una rilettura centrata su sistemi più strutturati in ambito territoriale, mediante lo sviluppo delle reti di prossimità<sup>148</sup>, e resilienti per effetto di misure quali l'ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero, l'incremento dei posti letto nelle terapie intensive e sub intensive, il consolidamento del fascicolo sanitario elettronico e la digitalizzazione dei servizi sanitari. Di certo, una tutela multilivello del diritto alla salute come quella tratteggiata non può prescindere da un'azione sinergica e collaborativa dei vari soggetti coinvolti nella sua attuazione, chiamati a raggiungere delicati punti di equilibrio tra la sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario e la qualità del servizio erogato.

Fra tali soggetti si annovera il commissario *ad acta* per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario. Le regioni, infatti, partecipano all'opera di risanamento dei conti pubblici in materia attraverso detti piani la cui attuazione, perdurando l'inerzia degli organi regionali in ordine

---

zioni già erogate non potrebbe considerarsi, come tale, illegittima, rappresentando la conseguenza fisiologica dei tempi non comprimibili che permeano le diverse fasi procedurali previste dalla legge rispetto alla definizione dei fondi utilizzabili (cfr. artt. 32, comma 8, l. n. 449/1997, 12, comma 3, d.lgs. n. 502/1992 e 39, comma 1, d.lgs. n. 446/1997 da leggere in combinato con l'art. 115 d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112). Questo secondo indirizzo è stato confermato da Cons. Stato, ad. plen., n. 3/2012 con la precisazione che «la fissazione di tetti retroagenti impone l'osservanza di un percorso istruttorio, ispirato al principio della partecipazione, che assicuri l'equilibrato contemperamento degli interessi in rilievo, nonché esige una motivazione tanto più approfondita quanto maggiore è il distacco dalla prevista percentuale di tagli. Inoltre, la considerazione dell'interesse dell'operatore sanitario a non patire oltre misura la lesione della propria sfera economica anche con riguardo alle prestazioni già erogate fa sì che la latitudine della discrezionalità che compete alla regione in sede di programmazione conosca un ridimensionamento tanto maggiore quanto maggiore sia il ritardo nella fissazione dei tetti».

<sup>148</sup> In relazione allo sviluppo dell'assistenza territoriale e alla necessaria integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali, cfr. il d.m. 23 maggio 2022, n. 77, adottato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 1, comma 274, della l. n. 234/2021, recante il regolamento sulla «definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale».

agli obiettivi prefigurati, è rimessa a figure legate all'ente da un rapporto intersoggettivo espressione del potere sostitutivo enunciato dall'art. 120, comma 2, Cost. La loro azione mira a perseguire, al contempo, il ripristino dell'autonomia finanziaria regionale e la riduzione dei divari territoriali in relazione al godimento di prestazioni inerenti a un diritto sociale avente natura fondamentale.

L'ampiezza di tali obiettivi appare direttamente proporzionale a quella dei poteri del commissario rispetto all'amministrazione del SSR che, come illustrato sulla scorta dell'elaborazione giurisprudenziale e delle norme sul commissariamento della sanità regionale, non ammette interferenze "esterne" in grado di comprometterne l'azione perimetrata dal piano di rientro e dai connessi programmi operativi. Il sindacato di legittimità sull'attività commissariale, a tale stregua, assume come principale parametro di riferimento tali atti e si concentra, peculiarmente, sul risvolto patologico della discrezionalità, anzitutto derivante dalla lesione dei principi di imparzialità<sup>149</sup>, proporzionalità e ragionevolezza<sup>150</sup>, nonché di leale colla-

---

<sup>149</sup> Come evidenziato da G. MORBIDELLI, *Introduzione all'attività amministrativa*, in *Diritto amministrativo*, cit., 528, «l'imparzialità viene intesa come obbligo di tener presente in una corretta valutazione comparativa tutti gli interessi legislativamente tutelati che sono investiti dall'agire amministrativo e di effettuare le conseguenti scelte in base ai criteri previsti dalla legge, nonché ai i criteri di ragionevolezza e di parità di trattamento. Il principio di imparzialità non viene perciò limitato alla accezione soggettiva, basata soprattutto sul divieto di disparità di trattamento, ma soprattutto come obbligo di ponderare tutti gli interessi coinvolti». Sul collegamento fra art. 97 Cost., che esige il rispetto dell'imparzialità, e art. 3 Cost., che vincola il legislatore al rispetto dell'uguaglianza giuridica, sulla scia di C. ESPOSITO, *Eguaglianza e giustizia nell'art. 3 Cost.*, in ID., *La Costituzione italiana. Saggi*, Padova, 1954, 42, cfr. S. LARICCIA, *Il principio di imparzialità delle pubbliche amministrazioni*, in *Queste istituzioni*, 2003, 129. Sull'inerenza dell'imparzialità alla discrezionalità, in quanto funzionale alla regolazione dell'attività amministrativa nella parte in cui la stessa non è direttamente disciplinata dalla legge, si veda già U. ALLEGRETTI, *L'imparzialità amministrativa*, Padova, 1965. In quanto tale, essa rappresenta una componente della legalità: C. MARZUOLI, *Principio di legalità e attività di diritto privato della pubblica amministrazione*, Milano, 1982, 23; F. MERUSI, *Sentieri interrotti della legalità*, Bologna, 2007, 10. Cfr., inoltre, S. CASSESE, *Imparzialità amministrativa e sindacato giurisdizionale*, Milano, 1973; G. SALA, *Imparzialità dell'amministrazione e disciplina del procedimento nella recente giurisprudenza amministrativa e costituzionale*, in *Dir. proc. amm.*, 3, 1984, 433 ss.; F. SATTÀ, *Imparzialità della pubblica amministrazione*, in *Enc. giur.*, XV, Roma, 1989.

<sup>150</sup> Sulla proporzionalità come componente della ragionevolezza, a livello monografico, P.M. VIPIANA, *Introduzione allo studio del principio di ragionevolezza nel diritto pubblico*, Padova, 1993, 82 ss.; cui *adde*, anche per ulteriori sviluppi, S. COGNETTI, *Principio di proporzionalità. Profili di teoria generale e di analisi sistematica*, Torino, 2011; D.U. GALETTA, *Principio di proporzionalità e sindacato giurisdizionale nel diritto amministrativo*, Milano, 1998; A.

borazione<sup>151</sup>, che può essere fatta valere sia dall'ente pubblico sostituito che da ulteriori soggetti titolari di situazioni giuridicamente rilevanti incise dall'azione commissariale.

Può trattarsi tanto di cittadini che lamentano lesioni conseguenti alla riorganizzazione del SSR dettata da provvedimenti del commissario *ad acta*, come quello di chiusura di un ospedale<sup>152</sup>, quanto di soggetti che contestano l'adeguatezza delle scelte in riferimento all'ambito delineato

---

SANDULLI, *La proporzionalità dell'azione amministrativa*, Padova, 1998; S. VILLAMENA, *Contributo in tema di proporzionalità amministrativa*, Milano, 2008. Il principio di proporzionalità, che trae origine nella giurisprudenza costituzionale e amministrativa tedesca e diviene principio generale del diritto europeo sin dalla fine degli anni Sessanta del secolo scorso grazie all'opera creatrice della Corte di Giustizia (così B. MARCHETTI, *Il principio di proporzionalità: uno, nessuno, centomila?*, in A. BARTOLINI, T. BONETTI, B. MARCHETTI, B.G. MATTARELLA, M. RAMAJOLI, a cura di, *La legge n. 241 del 1990 trent'anni dopo*, Torino, 2021, 23, la quale, ulteriormente, rileva che nel nostro ordinamento «le Corti talvolta distinguono tra ragionevolezza e proporzionalità, talaltra usano indistintamente razionalità, logicità, ragionevolezza e proporzionalità, in altri casi ancora fanno rientrare cumulativamente nello scrutinio di ragionevolezza le violazioni dei principi di imparzialità, buon andamento, proporzionalità, non discriminazione e così via»), anche in Italia si afferma a livello pretorio come corollario della ragionevolezza ed è inquadrabile fra i principi dell'ordinamento comunitario richiamati dall'art. 1, comma 1, della l. 7 agosto 1990, n. 241. In tema cfr. M. D'ALBERTI, *Di alcuni limiti della giustizia amministrativa*, in V. CERULLI IRELLI (a cura di), *La giustizia amministrativa in Italia e Germania. Contributi per un confronto*, in *Quad. dir. proc. amm.*, 2017, 94 s. Rispetto alla ragionevolezza, che attiene alla ponderazione qualitativa degli interessi, la proporzionalità riguarda profili "quantitativi", ossia è il principio in base al quale l'amministrazione, nell'assunzione delle proprie decisioni, deve adottare la soluzione idonea e adeguata con il "minor sacrificio" per gli interessati. In tal senso, essa è rapportabile al nucleo essenziale della teorica risalente a G.D. ROMAGNOSI, *Principi fondamentali di diritto amministrativo onde tesserne le istituzioni*, Milano, 1837.

<sup>151</sup> Il principio di leale collaborazione, che a seguito delle modifiche apportate alla l. n. 241/1990, dalla l. 11 settembre 2020, n. 120, di conversione con modificazioni del d.l. 16 luglio 2020, n. 76 (c.d. decreto semplificazioni), rientra espressamente – con la buona fede – nel novero dei principi generali dell'attività amministrativa (art. 1, comma 2-bis, l. n. 241/1990), è stato assunto dalla giurisprudenza amministrativa (cfr., *ex multis*, Cons. Stato, ad. plen., 14 dicembre 2001, n. 9) come parametro di riferimento per il sindacato sull'eccesso di potere. Sul principio di collaborazione quale «espressione dinamica relazionale del buon andamento», si veda M.R. SPASIANO, *Il principio di buon andamento*, in *Studi sui principi del diritto amministrativo*, cit., 123. Su detto principio, nella prospettiva della cooperazione istituzionale, F. TRIMARCHI BANFI, *Il regionalismo cooperativo*, in *Dir. amm.*, 1, 2021, 123 ss.

<sup>152</sup> Cfr. Tar Molise, sez. I, 4 luglio 2017, n. 250.

dai piani di rientro e dai programmi operativi<sup>153</sup>. La ponderazione degli interessi coinvolti, infatti, deve sempre rispondere a criteri di logicità e le esigenze di contenimento della spesa, accentuate nelle regioni commissariate, non possono ritenersi assolutamente prevalenti.

La necessità di preservare le funzioni del commissario *ad acta* fino all'esaurimento dei suoi compiti connessi all'attuazione dei piani di rientro dai deficit di bilancio in materia sanitaria, in tale ottica, non preclude al giudice amministrativo il sindacato sul vizio della funzione<sup>154</sup> in base ai classici principi attinenti all'esercizio del potere discrezionale, da leggere in combinato con quelli costituzionali di uguaglianza, equilibrio di bilancio e corretta attivazione della sostituzione di cui all'art. 120, comma 2, Cost.

---

<sup>153</sup> Benintesa l'ampia discrezionalità che connota i provvedimenti commissariali e i limiti del sindacato giurisdizionale sugli stessi. Si prenda il caso esaminato dal Tar Calabria n. 435/2023 in materia di determinazione di tetti di spesa e ripartizione di risorse in ambito sanitario, cui si è già accennato, ove sono ravvisabili notevoli margini di discrezionalità, donde la sindacabilità dei provvedimenti per evidente illogicità, arbitrarietà, contraddittorietà o ingiustizia manifesta (cfr., *ex multis*, Tar Campania, Napoli, sez. I, 5 giugno 2019, n. 3054) che, nel caso di specie, non è stata riscontrata. Infatti, un criterio – come quello in esame – di distribuzione delle risorse fondato sul valore medio della produzione effettuata dagli operatori in un certo periodo, quand'anche eccedente il *budget* annuale fissato dall'amministrazione, non può ritenersi palesemente illogico o irrazionale, poiché idoneo a rappresentare «uno dei possibili elementi che consentono di apprezzare l'efficienza dell'impresa stessa nel mercato di riferimento e, quindi, anche di non pregiudicare la concorrenzialità tra le singole strutture sanitarie». La considerazione delle prestazioni erogate *extra budget*, in tal senso, consente di apprezzare pienamente l'efficienza delle imprese sanitarie e, nella prospettiva per cui il perseguimento degli interessi pubblici coesistenti in materia non può sottostare agli interessi privati, cedevoli e recessivi rispetto ai primi (cfr. Cass. civ., sez. III, 6 luglio 2020, n. 13884; Id. 31 ottobre 2019, n. 27997), si dimostra coerente con il fine ultimo di tutelare il diritto fondamentale alla salute. Quando una struttura decide di operare per conto del Servizio Sanitario, infatti, è tenuta a sottostare ai limiti di spesa assegnati e non ha il diritto di vedersi retribuite le eventuali prestazioni rese oltre tali limiti, ma ciò non implica l'impossibilità di erogarne ulteriori che, tuttavia, restano a carico della struttura, ossia essa non può pretendere la remunerazione.

<sup>154</sup> La ricostruzione dell'eccesso di potere quale vizio della funzione, come noto, è stata elaborata da F. BENVENUTI, *Eccesso di potere amministrativo per vizio della funzione*, in *Rass. dir. pubbl.*, 1950, 1 ss. Sull'attività amministrativa – cfr. F.G. SCOCA, *Attività amministrativa*, in *Enc. dir.*, agg. VI, Milano, 2002, 75 ss. – come funzione, si veda S. CASSESE, *Le basi del diritto amministrativo*, Torino, 1995, 116 ss. Sul concetto di funzione, inoltre, F. BASSI, *Contributo allo studio delle funzioni dello Stato*, Milano, 1969; F. BENVENUTI, *Funzione (teoria generale)*, in *Enc. giur.*, XIV, Roma, 1989; G. MARONGIU, *Funzione amministrativa*, *ivi*; M.A. CARNEVALE VENCHI, *Contributo allo studio della nozione di funzione pubblica*, Padova, 1969-1974; G. MIELE, *Funzione pubblica*, in *Noviss. dig. it.*, VII, 1961, 686 ss.; S. PIRAINO, *La funzione amministrativa fra discrezionalità e arbitrio*, Milano, 1990; F.S. SEVERI, *Funzione pubblica*, in *Dig. disc. pubbl.*, VII, 1991, 69 ss.

Ciò implica una doverosa valutazione dell'attività istruttoria strumentale alla decisione finale che prescinde dal merito amministrativo<sup>155</sup>. Il giudice amministrativo, cioè, valuta la congruità dell'approfondimento istruttorio<sup>156</sup> rispetto al potere discrezionale esercitato all'esito di una ragionevole ponderazione degli interessi in gioco che va oltre il dato letterale della legge. Anche la Corte costituzionale, quando ha dovuto modellare il proprio sindacato sul bilanciamento tra interessi e valori costituzionalmente protetti, come il diritto a un ambiente salubre e l'interesse al mantenimento dei livelli occupazionali, ha riconosciuto che il "punto di equilibrio", in quanto dinamico e non prefissato in anticipo, deve valutarsi secondo criteri di proporzionalità e ragionevolezza<sup>157</sup>.

<sup>155</sup> Cfr. M.S. GIANNINI, *Diritto amministrativo*, cit., 632; A.M. SANDULLI, *Manuale di diritto amministrativo*, cit., 576. Sulla difficoltà di distinguere fra legittimità e merito, avvertita anche dalla giurisprudenza amministrativa tanto più ove si ricorra a formule elastiche o standard comportamentali (cfr. N. PAOLANTONIO, *Il sindacato di legittimità sul provvedimento amministrativo*, Padova, 2000, 371; G. SALA, *Potere amministrativo e principi dell'ordinamento*, Milano, 1993, 168), C. CUDIA, *Funzione amministrativa e soggettività della tutela. Dall'eccesso di potere alle regole del rapporto*, Milano, 2008, 8 ss.; F. LEDDA, *Variazioni sul tema dell'eccesso di potere*, in *Dir. pubbl.*, 2, 2000, 433 ss., ora in *Scritti giuridici*, Padova, 2002, 567 ss., spec. 577. Come rilevato da F. SAITTA, *Il vizio dell'eccesso di potere: una prospettiva storica*, in *Nuove autonomie*, 3, 2021, 625, si tratta di contemperare due contrapposte esigenze: da un lato quella di non invadere la sfera riservata all'amministrazione (cfr. D. VAIANO, *La riserva di funzione amministrativa*, Milano, 1996), dall'altro quella «di non lasciarsi sopraffare dall'ansia della separazione dal potere esecutivo, finendo per arretrare eccessivamente la soglia del sindacato», fermo restando che il giudice amministrativo deve «dimitarsi ad accertare l'oggettiva ragionevolezza della decisione amministrativa, senza sostituirla con un'altra» (p. 627).

<sup>156</sup> Cfr. F. TRIMARCHI BANFI, *Ragionevolezza e razionalità delle decisioni amministrative*, in *Dir. proc. amm.*, 2, 2019, 321. Della necessità che l'amministrazione espleti un'istruttoria approfondita, anche avvalendosi del contributo derivante dalla partecipazione dei privati, al fine di ricercare «la soluzione non solo più idonea al perseguimento dell'interesse pubblico primario, ma anche lo strumento più mite fra quelli a sua disposizione, nell'ottica del criterio di *necessarietà* [e] di un'attività amministrativa *proporzionata*», si occupa anche D.U. GALETTA, *Il principio di proporzionalità*, in *Studi sui principi del diritto amministrativo*, cit., 408. In tale prospettiva, inoltre, si veda B. MARCHETTI, *Il principio di proporzionalità*, cit., 22 ss., la quale, muovendo dalla tecnica di sindacato che il principio di proporzionalità, di matrice tedesca, dischiude, si sofferma sul controllo di legittimità della decisione ad opera del giudice attraverso i passaggi del test di proporzionalità consistenti nell'accertamento della idoneità, della necessità e dell'adeguatezza (c.d. proporzionalità in senso stretto).

<sup>157</sup> Cfr. Corte cost. 9 maggio 2013, n. 85.

La vigenza di un canone generale di ragionevolezza<sup>158</sup>, ossia la legittimazione del potere amministrativo in base al suo esercizio razionale<sup>159</sup>, del resto, è da tempo affermata dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato<sup>160</sup>, che attraverso il sindacato sull'eccesso di potere ha rivelato un obiettivo di adeguamento sostanziale dell'agire pubblico rispetto alla funzione esercitata<sup>161</sup>. Tale sindacato sulla "accettabilità" della scelta schiude significativi spazi al giudice amministrativo, e ciò costituisce la ragione della "forza intrinseca" del giudizio sull'eccesso di potere<sup>162</sup> che ha imposto una rilettura della teoria della validità provvedimento con il passaggio dalla legittimità formale a quella sostanziale.

Il sindacato di legittimità diviene un giudizio di congruenza o di proporzionalità, ovvero di adeguatezza dell'azione amministrativa rispetto all'interesse pubblico concreto, che vede traslare il proprio baricentro dall'atto impugnato al risultato atteso<sup>163</sup>. È stata, infatti, evidenziata la

<sup>158</sup> Cfr. F. LEVI, *L'attività conoscitiva della pubblica amministrazione*, Torino, 1967, 514, e ancor prima, con riferimento al rapporto fra eccesso di potere e sindacato sul ragionevole perseguimento del fine, E. PRESUTTI, *I limiti del sindacato di legittimità*, Milano, 1911, 78.

<sup>159</sup> Cfr. G. MARONGIU, *Funzione amministrativa*, cit., 6.

<sup>160</sup> Cfr. A. ROMANO, *Art. 26 (t.u. Cons. St. r.d. 26 giugno 1924, n. 1054)*, in ID., *Commentario breve alle leggi sulla giustizia amministrativa*, Padova, 1992, 266 (II ed., 2001, 195), il quale evidenzia l'emersione, nel panorama giurisprudenziale, del principio di ragionevolezza per le scelte discrezionali amministrative che «ben presto ha assunto tutta l'ampiezza che deve essergli riconosciuta: come limite non solo intrinseco, ma anche altrettanto generale della loro legittimità; e, in tal modo, il giudice amministrativo che lo ha elevato a tanta portata, lo ha formato come strumento mediante il quale poter operare un sindacato parimenti generale di quelle scelte discrezionali medesime, senza peraltro travalicare i limiti della propria giurisdizione detta, appunto, di (sola) *legittimità* (...). Il principio di ragionevolezza delle scelte discrezionali amministrative viene a porsi come l'angolo visuale più comprensivo dal quale poter valutare tutte le numerosissime ipotesi che si riconducono all'*eccesso di potere*, come vizio appunto generale della discrezionalità amministrativa». Sulla ragionevolezza come «elemento fondamentale del processo decisorio della pubblica amministrazione nell'esercizio del suo potere discrezionale», si veda anche F. ASTONE, *Il principio di ragionevolezza*, in *Studi sui principi del diritto amministrativo*, cit., 372.

<sup>161</sup> Cfr. G. PASTORI, *Discrezionalità amministrativa e sindacato di legittimità*, in *Foro amm.*, 11, II, 1987, 3170.

<sup>162</sup> Cfr. A. POLICE, *Amministrazione di "risultati" e processo amministrativo*, in *Principio di legalità e amministrazione di risultati*, cit., 112.

<sup>163</sup> Tale giudizio, per riprendere le parole di M.R. SPASIANO, *Funzione amministrativa e legalità di risultato*, cit., 87, «rientra ancora pienamente in quel controllo di legittimità costituzionalmente definito, anzi ridà vigore attribuendo anche un significato nuovo a quest'ultimo, in una visione più ampia della legalità e del sindacato di legittimità che non si esaurisce nel mero riscontro

costruzione del sindacato sul corretto uso del potere e sulla ragionevolezza in riferimento alla consistenza e al peso delle situazioni di fatto e di diritto che il giudice amministrativo reputi meritevoli di tutela<sup>164</sup>. E quando il potere amministrativo incide su diritti fondamentali, il sindacato del giudice è più penetrante.

Il giudizio sull'azione commissariale, condotto in questi termini, non interferisce né appare limitato dall'ampiezza dei poteri inerenti all'amministrazione del servizio sanitario regionale. Un'argomentazione diversa risulterebbe inconciliabile con il fondamento della ragionevolezza, ritenuto dalla dottrina e dalla giurisprudenza una clausola generale dell'azione amministrativa<sup>165</sup>, e con l'evoluzione concernente il sindacato sull'eccesso

---

norma-atto». Si veda, inoltre, L. IANNOTTA, *La considerazione del risultato nel giudizio amministrativo: dall'interesse legittimo al buon diritto*, in *Dir. proc. amm.*, 2, 1998, 299 ss., il quale sottolinea come sia stata la tensione al raggiungimento di risultati sostanziali a legittimare un sindacato sempre più intenso sull'eccesso di potere, donde l'esaltazione della funzione e l'accentuazione del valore sostanziale delle previsioni legislative rispetto a scopi concreti. La riconducibilità del concetto di "risultato" all'interno della funzione amministrativa consente di superare i profili di criticità illustrati da A. ROMANO TASSONE, *Sulla formula "amministrazione per risultati"*, in *Scritti in onore di Elio Casetta*, vol. I, Napoli, 2001, 813 ss., alle stregua della formula "amministrazione per risultati" delineata da M.S. Giannini negli anni Sessanta in contrapposizione alla c.d. amministrazione per atti: «la rilevanza (finalmente) attribuita (anche) al risultato (...) costituisce l'innovazione più profonda del modo di concepire giuridicamente l'attività amministrativa; ed è tale da modificare (...) il modo stesso di amministrare, il modo cioè in cui i funzionari amministrativi intendono la loro azione» (F.G. COCCA, *Attività amministrativa*, cit., 101). Si veda, ancora, A. ROMANO TASSONE, *Amministrazione "di risultato" e provvedimento amministrativo*, in *Principio di legalità e amministrazione di risultati*, cit., 1: la formula "amministrazione per risultati" (e forse, meglio, "di risultato") «non ha (più) la veste originaria di espressione sinteticamente descrittiva di un processo di trasformazione dei caratteri dell'amministrazione contemporanea (...), ma esprime (si vuole che esprima) ormai un vero e proprio nucleo normativo, di valore propriamente costituzionale, alla cui stregua ci si propone di inquadrare e risolvere la disciplina positiva dell'intero diritto amministrativo italiano».

<sup>164</sup> Cfr. A. POLICE, *Amministrazione di "risultati" e processo amministrativo*, cit., 113. Il convincimento che il sindacato sull'eccesso di potere si concretizzi in un controllo sulla razionalità dell'azione amministrativa è stato sviluppato, dal medesimo A., anche nei contributi *L'illegittimità dei provvedimenti amministrativi alla luce della distinzione tra vizi c.d. formali e vizi sostanziali*, in *Dir. amm.*, 4, 2003, 755, e *Annulabilità e annullamento*, in *Enc. dir.*, Annali, I, Milano, 2007, 55.

<sup>165</sup> Cfr., a scopo sinottico, F. ASTONE, *Il principio di ragionevolezza*, cit., 371 e 376; A. MASSERA, *I principi generali*, in M.P. CHITI, G. GRECO (diretto da), *Trattato di diritto amministrativo europeo*, tomo I, Milano, 2007, 329. F. DE LEONARDIS, *I principi generali dell'azione amministrativa*, in A. ROMANO (a cura di), *L'azione amministrativa*, Torino, 2016, 41 ss., riconosce la paternità di tutti gli altri i principi dell'amministrazione alla ragionevolezza

di potere, risolvendosi in un sostanziale rifiuto di tutela giurisdizionale.

Il rispetto dei livelli essenziali di assistenza promosso dai piani e programmi esaminati nel corso di questo lavoro, in un sistema istituzionale plurale come quello italiano, impone sia al legislatore che all'amministrazione la ricerca di soluzioni razionali che considerino quella "componente essenziale" o "nucleo indefettibile" di garanzie rapportabili alla natura del diritto alla salute e, come si è avuto modo di osservare, alla "missione" dell'ordinamento sanitario di assicurare un'effettiva e omogenea erogazione di prestazioni costituzionalmente necessitate senza discriminazioni, in coerenza con la teorica del risultato e con i principi di solidarietà e di uguaglianza nella prospettiva dell'inclusione e della coesione, da ultimo, incentivata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

---

che, come tale, costituisce il fondamento della disciplina generale dei termini del procedimento amministrativo a partire dal modo in cui viene articolata l'istruttoria, giacchè «le diverse attività materiali di cui si compone l'istruttoria procedimentale sono funzionali in vista della ragionevolezza e completezza del provvedimento finale». A tale stregua, si potrebbe sostenere che tutte le figure di eccesso di potere costituiscono un'applicazione della ragionevolezza e, in quest'ottica, detto A. significativamente ricorda che proprio muovendo da tale principio la giurisprudenza amministrativa si è spinta a sindacare la discrezionalità tecnica. Per approfondimenti ulteriori sul punto, G. GUARINO, *Atti e poteri amministrativi*, Milano, 1994, 200; *amplius*, D. DE PRETIS, *Valutazione amministrativa e discrezionalità tecnica*, Padova, 1995; C. MARZUOLI, *Potere amministrativo e valutazioni tecniche*, Milano, 1985; più di recente, R. VILLATA, M. RAMAJOLI, *Il provvedimento amministrativo*, Torino, 2017, 118 ss. Si veda, inoltre, P.M. VIPIANA, *Introduzione allo studio del principio di ragionevolezza nel diritto pubblico*, cit., spec. 86 ss., la quale, nel configurare la ragionevolezza come limite intrinseco di ogni attività amministrativa discrezionale, tanto da potersi affermare che in essa si sostanzia «quell'insieme di regole che formano il "dover essere" della discrezionalità e la distinguono dall'arbitrio» (p. 91), ne riconosce la natura aperta e flessibile, cioè «da ragionevolezza è un principio di sintesi e va apprezzata in concreto: la sintesi presuppone una giusta considerazione di tutte le componenti ed un temperamento fra le stesse, in modo che l'azione amministrativa sia improntata a quanto, di ciascuna componente, sia consigliato dalle peculiarità del caso concreto» (p. 89).

**Abstract**

In un momento storico in cui l'autonomia e la differenziazione sono presentate da più parti come la via maestra da seguire, le esperienze dei piani di rientro dai deficit di bilancio in materia sanitaria e del commissariamento della sanità regionale sollecitano una riflessione sull'importanza di assicurare la tutela della salute in modo universale, equo e solidale. In un sistema caratterizzato da un esteso decentramento di funzioni, come quello delineato dalla riforma del Titolo V della Costituzione, i fattori unificanti delle politiche sanitarie sono molteplici e riportano all'esigenza di garantire livelli essenziali di assistenza senza discriminazioni. Su tali basi, questo lavoro intende ricostruire le origini e i limiti del potere commissariale in ambito sanitario nella prospettiva del riequilibrio territoriale.

The commissioner of regional health  
in the perspective of territorial rebalancing

In a historical moment in which autonomy and differentiation are presented by many as the main path to follow, the experiences of the recovery plans for budget deficits in the health sector and of the regional health commissioner call for reflection on the importance of ensuring health protection in a universal, equitable and supportive way. In a system characterised by an extensive decentralization of functions, such as that outlined by the reform of Title V of the Constitution, the unifying factors of health policies are multiple and refer to the need to guarantee essential levels of assistance without discrimination. On this basis, this work intends to reconstruct the origins and limits of commissioner power in the health sector in the perspective of territorial rebalancing.