

LA GOVERNANCE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE TRAMITE LE C.D. GESTIONI
COMMISSARIALI: I NODI IRRISOLTI*

1. E' affermazione ormai scontata dire che l'art. 119 rappresenta, tra le disposizioni costituzionali innovate nel 2001, quella che necessita di una più urgente attuazione; e nonostante questa esigenza sia sottolineata in tutte le sedi, politiche e giuridiche, vi è la consapevolezza condivisa che la sua realizzazione non possa essere automatica né diretta, ma al contrario richieda un generale ripensamento di tutti i meccanismi che attualmente governano il sistema della finanza pubblica.

La questione coinvolge in prima battuta il legislatore statale, al quale è tuttora affidata la competenza legislativa in materia e la responsabilità della tenuta complessiva del quadro economico nazionale di fronte alle istituzioni sopranazionali; è naturale, quindi, che vi sia una grande attenzione sul percorso di attuazione della legge n. 42 del 2009 (legge delega sul federalismo fiscale) ed, in particolare, delle disposizioni dedicate al finanziamento delle spese riconducibili alla tutela costituzionale dei livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.), per le quali è stato sancito il criterio della copertura integrale del c.d. fabbisogno standard, definito dallo stesso legge delega come «fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica » (art. 2, comma 2, lett. f). Si tratta, senz'altro, dell'elemento fondamentale dell'intero impianto della legge, ma, al contempo, dell'aspetto più delicato e controverso.

Se, infatti, è apprezzabile che il legislatore abbia colto il nesso implicito tra art. 119 ed art. 117, comma 2, lett. m) Cost., assumendosi la responsabilità di individuare meccanismi di finanziamento tali da assicurare la copertura effettiva dei livelli essenziali di assistenza (d'ora in poi Lea), è anche vero per l'emanazione del decreto contenente «l'individuazione dei costi e dei fabbisogni standard sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni» si prevede espressamente che il governo possa utilizzare l'intero periodo di due anni previsto per l'esercizio della delega, mentre per il completamento della transizione dal finanziamento della spesa storica all'applicazione dei costi standard associati ai fabbisogni standard è indicato il termine di 5 anni (cfr. art. 2, comma 6).

Questo dato – i tempi dilatati di attuazione - lascia già aperti molti dubbi circa l'effettiva realizzazione di questo passaggio; ma la preoccupazione diventa ancor più viva, se solo si raffronta la difficoltà che sta incontrando la costruzione di un modello credibile di quantificazione dei c.d. costi standard con l'inarrestabile crescita della spesa pubblica (e dei disavanzi delle amministrazioni) proprio nei settori – come quello della sanità – nei quali più direttamente sono coinvolti diritti fondamentali dei cittadini.

E' alla criticità del quadro finanziario complessivo che deve dunque imputarsi la rilevante e progressiva contrazione, a danno delle Regioni e degli enti locali, dei trasferimenti statali di parte corrente, ma anche una riduzione del margine di discrezionalità nella riscossione di entrate tributarie proprie, per effetto delle annuali manovre finanziarie dello Stato. Si è verificata, in sintesi, una battuta d'arresto, se non una parziale smentita del processo, avviatosi agli inizi degli anni '90, che aveva portato ad un significativo mutamento del regime di finanziamento del sistema regionale e locale, nella direzione del potenziamento dell'autonomia di entrata. Si tratta di una scelta avallata dalla stessa giurisprudenza della Corte costituzionale, la quale, evidentemente preoccupata di salvaguardare l'equilibrio complessivo delle risorse pubbliche ed i margini di manovra dello Stato, ha in sostanza legittimato la sopravvivenza, sia pure in fase transitoria, di sistemi di finanziamento palesemente inadeguati al nuovo modello costituzionale.

* di prossima pubblicazione nel volume ASTRID, *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola, Bologna, il Mulino, 2010.

A tale riconoscimento del ruolo centrale dello Stato nella configurazione dell'assetto finanziario dell'ordinamento non ha peraltro fatto seguito un'adeguata responsabilizzazione dello stesso livello centrale circa la necessità di assicurare agli enti territoriali un quadro di risorse congruo rispetto all'assolvimento dei propri compiti istituzionali, ed in primo luogo, delle prestazioni essenziali.

D'altro lato, la riduzione generalizzata delle risorse regionali e locali non ha impedito il protrarsi, ed anzi, l'aggravarsi delle situazioni di deficit di alcuni enti territoriali, a cui il legislatore ha dovuto far fronte con misure straordinarie *una tantum*, a fatica giustificabili anche alla luce del principio di solidarietà nazionale, ma anch'esse avallate dalla Corte costituzionale¹.

In questo quadro, indubitabilmente critico, va però riconosciuto come negli ultimi anni lo Stato e le Regioni abbiano senz'altro rafforzato il monitoraggio della spesa pubblica (a partire dal 2003 i costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni ricadenti nei livelli essenziali sono stati rilevati in modo sistematico) e come siano stati introdotti meccanismi via via più articolati e selettivi per far fronte ai deficit rilevati rispetto ai tetti di spesa concordati.

Del resto, nella materia qui considerata, il tema delle forme di controllo si pone con particolare delicatezza, in quanto il fine della garanzia dei livelli essenziali si intreccia fortemente con quello della tenuta del quadro complessivo delle risorse pubbliche: fine, quest'ultimo, che anche la Corte costituzionale ha tenuto in grande considerazione, se è vero che, per la Corte, «il coordinamento finanziario può richiedere, per sua stessa natura, l'esercizio di poteri di ordine amministrativo, di regolazione tecnica, di rilevazione di dati e di controllo» (sent. 376/2003). Se il controllo è quindi prerogativa dello Stato, è altrettanto vero che, quando esso assume la forma del controllo sostitutivo, deve rispettare le rigide condizioni dettate dalla stessa Corte costituzionale a garanzia dell'equilibrato assetto dei poteri tra i livelli istituzionali di governo.

Se, dapprima, lo strumento principale di *governance* della spesa (e dei corrispondenti livelli di assistenza) è stato quello del finanziamento straordinario ed aggiuntivo in funzione incentivante ai fini del conseguimento di specifici obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e del connesso miglioramento del livello quantitativo e qualitativo di erogazione delle prestazioni, nell'ultimo triennio si sono sperimentati, e via via estesi, nuovi meccanismi di intervento sostitutivo per costringere le Regioni alla realizzazione di riforme strutturali, poste quali condizioni per l'accesso ai finanziamenti aggiuntivi necessari per il ripiano. E' questo il meccanismo prefigurato in caso di mancata attuazione, nei tempi concordati, dei cd. Piani di rientro, previsto già dalla legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria per il 2005) ma concretamente applicato solo a partire dal 2007.

E' su questa disciplina - su cui si concentra, ora, l'attenzione degli attori istituzionali e del dibattito politico e giuridico - che si intende sviluppare qualche osservazione, sia al fine di vagliarne il grado di tenuta rispetto al quadro costituzionale, sia per valutarne l'idoneità a fungere da nuovo modello, esportabile anche in altri settori, per la garanzia della tenuta finanziaria dello Stato. Tale indagine, del resto, appare quanto mai necessaria se si considera che la stessa legge delega sul federalismo fiscale non solo contiene in più punti il riferimento all'esercizio di poteri sostitutivi nei confronti degli enti inadempienti, ma prevede persino l'adozione di un «piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza», volto ad accertare le cause degli scostamenti ed a stabilire le azioni correttive da intraprendere, la cui denominazione riecheggia evidentemente quella degli attuali piani di rientro.

2. Volendo ricostruire brevemente il complesso e stratificato *iter* normativo che ha condotto all'introduzione di questa ipotesi di intervento sostitutivo, occorre prendere le mosse dall'art. 1,

¹ Si v. la sent. 216/2008, con la quale la Corte ha dichiarato inammissibile il ricorso presentato da alcune Regioni contro un ingente finanziamento straordinario disposto a favore di altre Regioni: esso rimane, come ha sottolineato G. Falcon, «a riprova della sempre più difficoltosa accettazione, da parte di Regioni che sono (almeno comparativamente) "virtuose", di soluzioni che sembrano non solo irridere a tale virtuosità, ma oggettivamente premiare lo spreco», G. Falcon, *Che cosa attendersi, e che cosa non attendersi, dal federalismo fiscale*, in «Le Regioni», 4-5, 2008, p. 766.

commi 174 e 180 della legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria per il 2005), come modificato dalle due successive leggi finanziarie². Il primo prevede che, in caso di disavanzo di gestione da parte della Regione a fronte del quale non sono stati adottati i necessari provvedimenti, ovvero essi non siano stati sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131³, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la Regione a provvedere entro il 30 aprile dell'anno successivo. Qualora la Regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il Presidente della Regione, in qualità di commissario *ad acta*, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente.

Il successivo comma stabilisce che in tali casi la Regione interessata proceda ad una ricognizione delle cause ed elabori un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio (il c.d. piano di rientro); e che la stessa Regione stipuli con i Ministri della salute e dell'economia un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico. La sottoscrizione di tale accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla Regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma, affidata ad un sistema di monitoraggio trimestrale, affidato ad un apposito organismo tecnico interministeriale (il c.d. tavolo di monitoraggio e verifica).

Tali disposizioni sono poi state completate con la previsione introdotta dall'art. 4 del d.l. 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 222 del 2007, ai sensi del quale, qualora nel procedimento di monitoraggio del singolo piano di rientro emerga il mancato rispetto, da parte della Regione, degli adempimenti previsti, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni, il Presidente del Consiglio dei ministri, sempre in osservanza della procedura della legge 5 giugno 2003, n. 131, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la Regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano. Ove la Regione non adempia alla diffida, ovvero gli atti e le azioni posti in essere risultino inadeguati o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della

² Cfr. dell'art. 1, co. 277, l. 23 dicembre 2005, n. 266 e, ed art. 1, co. 796, l. 27 dicembre 2006, n. 296.

³ Tale articolo subordina l'esercizio del potere sostitutivo all'assegnazione di un congruo termine da parte del Consiglio dei ministri all'amministrazione inadempiente per adottare i provvedimenti dovuti o necessari; prevede, poi, l'audizione dell'organo interessato; ed infine, dispone che l'intervento sostitutivo – mediante emanazione diretta dei provvedimenti necessari, anche normativi, ovvero nomina di un commissario *ad acta* – venga disposto dal Consiglio dei ministri nel corso di una seduta a cui è chiamato a partecipare il Presidente della Giunta regionale della Regione interessata dal provvedimento. Rispetto alla disciplina della sostituzione amministrativa contenuta nell'art. 5 del d.lgs. 112/1998, l'aspetto più evidente e condivisibile è il rafforzamento dei momenti di confronto con l'ente sostituito, che possono, tuttavia, anche essere omessi in caso di assoluta urgenza, essendo previsto (come nell'art. 5 del d.lgs. 112/1998) che, quando l'intervento sostitutivo non sia procrastinabile senza mettere in pericolo le finalità tutelate dall'art. 120 Cost., il Consiglio dei ministri possa procedere direttamente, dovendo effettuare una mera comunicazione successiva dei provvedimenti adottati alla Conferenza Stato-Regioni o alla Conferenza Unificata, che possono però ora chiederne anche il riesame (art. 8, comma 4). Confrontando questa procedura con quella disciplinata in altri ordinamenti, non si può non rilevare il diverso livello di garanzia previsto nel nostro ordinamento, e, in particolare, la mancanza di un coinvolgimento del Parlamento.

salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro.

Come si può notare, si tratta di un procedimento che lo stesso legislatore statale qualifica espressamente quale attuazione dell'art. 120, co. 2 della Costituzione, norma che – per usare le parole del giudice delle leggi – deriva palesemente dalla preoccupazione di assicurare comunque, in un sistema di più largo decentramento di funzioni quale quello delineato dalla riforma, la possibilità di tutelare taluni interessi essenziali che il sistema costituzionale attribuisce alla responsabilità dello Stato (sent. 43/2004) a presidio di fondamentali esigenze di eguaglianza, sicurezza, legalità che il mancato o l'illegittimo esercizio delle competenze attribuite agli enti sub-statali potrebbe lasciare insoddisfatte o pregiudicare gravemente (sentt. 236/2004, 383/2005).

Nell'impianto dell'art. 120 Cost., il potere sostitutivo trova dunque la propria giustificazione nell'esigenza di svolgimento dei compiti pubblici e di soddisfacimento dei diritti dei cittadini: l'inerzia che giustifica l'intervento sostitutivo va dunque intesa come mancato rispetto del dovere di amministrare, che non si verifica solo in caso di condotta omissiva, ma in tutti i casi in cui la condotta del sostituito rischia di pregiudicare l'interesse di cui è portatore il titolare del potere sostitutivo.

Il carattere straordinario di tale rimedio, desumibile dalla stessa giurisprudenza costituzionale, impone tuttavia il rispetto di una serie di requisiti di ordine sostanziale e procedimentale volti a circoscrivere, in osservanza del principio di leale collaborazione, l'unilateralità dell'intervento ed il suo effetto di compressione delle competenze regionali. Seguendo tale intento, la Corte ha ritenuto necessario che i controlli sostitutivi fossero disciplinati con legge (e che questa ne chiarisse esattamente i presupposti); che riguardassero il compimento di atti privi di discrezionalità nell'*an*, anche se non nel *quando* o nel *quomodo*; che fossero affidati ad organi di governo e, infine, che fossero svolti secondo condizioni procedurali rispettose dell'autonomia degli enti territoriali interessati, prima fra tutte, il diritto dell'ente sostituito all'intervento nel procedimento e l'assegnazione di un congruo termine per provvedere.

Tali requisiti sono, del resto, ritenuti dalla consolidata dottrina amministrativa essenziali per la legittimità di qualsiasi intervento sostitutivo: in particolare, viene sottolineata la natura eccezionale o comunque residuale dell'intervento, da esperirsi solo in caso di accertata insufficienza di rimedi di natura ordinaria; la necessaria proporzionalità e congruenza, rispetto allo scopo perseguito, delle misure sostitutive in concreto adottate; i caratteri di cedevolezza e temporaneità delle stesse; il necessario coinvolgimento dell'ente sostituito nella selezione ed applicazione delle misure sostitutive, in forme e modalità comunque compatibili con l'urgenza e/o la necessità del provvedere (aspetto, quest'ultimo, riconducibile al principio di *favor* dell'ordinamento per l'intervento del titolare in via originaria della competenza)⁴.

Se si considera che nel corso del 2007 ben otto Regioni (Liguria, Abruzzo, Molise, Lazio, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna) hanno adottato il Piano di rientro e stipulato il relativo accordo con i Ministeri di riferimento; che nel 2009 si è aggiunta anche la Regione Calabria, dopo una interminabile serie di misure adottate per l'accertamento oggettivo dell'entità del deficit⁵ e dopo un lungo braccio di ferro sulla stessa adozione del piano⁶; che di queste Regioni, e ben sette su

⁴ Sull'art. 120 e sulla sostituzione amministrativa si rinvia, anche per i riferimenti bibliografici, a C. Tubertini, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, il Mulino, 2008.

⁵ L'accertamento del quale è stato affidato, in sequenza, ad una Commissione di indagine istituita dal Ministero della salute, ad un Comitato di esperti nominato dalla Giunta regionale, ad un *advisor* designato della Ragioneria generale dello Stato, d'intesa con la Regione, ed infine, dal Dipartimento tutela della salute della Regione. Sulla complessità dell'operazione di accertamento dei deficit, e sulle lacune della legislazione in materia di sistemi contabili e di controllo cfr. E. Jorio, *I piani di rientro del debito sanitario e i rischi della legislazione dell'emergenza*, pubblicato in www.federalismi.it, 13, 2009, p. 9 ss.

⁶ Il primo Commissario era stato nominato in attuazione della legislazione generale in materia di Protezione civile, quale misura consequenziale alla dichiarazione dello stato di emergenza socio-economico sanitaria della Regione Calabria e per la realizzazione di un programma specifico di adeguamento delle infrastrutture (cfr. l'ordinanza del

nove sono state oggetto di commissariamento (ovvero, l'adozione del piano non è apparsa sufficiente a realizzare gli obiettivi di miglioramento, senza l'attribuzione alla figura del commissario di poteri straordinari di attuazione dello stesso piano), si coglie immediatamente come l'intervento sostitutivo statale sia stato applicato dal nostro legislatore in misura assai ampia, probabilmente al di là di quanto si potesse immaginare sulla base della sola disciplina costituzionale dei poteri sostitutivi.

D'altra parte, non si può neppure qualificare tale forma di sostituzione come «ordinaria» (cosa che sarebbe possibile, tenendo conto che è stata la stessa Corte costituzionale ad ammettere la sopravvivenza di forme di controllo ordinarie, accanto a quella prevista dall'art. 120 Cost.), sia per l'ampiezza materiale dell'intervento, che si estende a tutte le misure di carattere organizzativo, amministrativo e normativo necessarie alla realizzazione degli obiettivi del piano, sia per la sua ampiezza temporale, dimostrata in maniera lampante dall'introduzione, ad opera dello stesso legislatore, delle figure dei sub-commissari⁷, individuati quali soggetti attuatori delle misure previste dai piani di rientro e quali possibili destinatari di tutte le funzioni originariamente spettanti ai direttori generali delle aziende sanitarie: previsione che conduce alla istituzione di vera e propria «struttura commissariale», composta dalle risorse umane e strumentali doverosamente messe a disposizione dalla Regione.

Qui si coglie la prima deviazione dai requisiti di legittimità del potere sostitutivo che si sono sopra ricordati, ovvero, l'esatta individuazione (nel tempo e nello spazio) degli atti da adottare da parte del commissario⁸. Accanto a questa, la dottrina non ha mancato di rilevare ulteriori deviazioni dal modello costituzionale dell'intervento sostitutivo, a partire dalla irragionevole brevità dei termini assegnati alle Regioni per adempiere agli obiettivi del Piano, sino all'amplessissima discrezionalità affidata ad organi tecnici (segnatamente, il tavolo di monitoraggio e verifica) nella valutazione della sussistenza dei presupposti per la nomina del commissario⁹.

Ma le principali critiche sono state mosse in riferimento allo spessore giuridico delle competenze che vengono attribuite ai commissari, ed in particolare, alla competenza loro delegata di approvare provvedimenti di carattere legislativo, oltre a quelli a contenuto amministrativo-regolamentare¹⁰. Sul punto, una risposta è indirettamente venuta dalla sentenza n. 2/2010 della Corte costituzionale, la quale, esaminando le questioni di legittimità sollevate nei confronti della legge della Regione Lazio n. 14 del 2008, impugnata dal Governo per violazione degli articoli 5 e 120, co. 2, della Costituzione e del principio di leale collaborazione, avendo essa vietato espressamente a organi diversi dal Commissario di apportare modifiche a disposizioni finanziarie, di bilancio e contabile, è stata ritenuta illegittima proprio per il suo effetto di svuotamento del potere commissariale. In questa pronuncia, in sostanza, la Corte ha ritenuto che le prerogative costituzionali del Consiglio regionale non possano essere esercitate in danno dei poteri attribuiti al Commissario, quale organo straordinario dello Stato, che prevalgono, dunque, sull'ordine costituzionale del riparto delle competenze tra organi della Regione.

Presidente del Consiglio dei ministri n. 3635 del 21 luglio 2007, in G.U. n. 5 del 7 gennaio 2008). Dopo numerosi rinvii, tale Commissario è stato sostituito con il Presidente della Regione, cosa che ha permesso l'adozione del piano di rientro, nel dicembre 2009.

⁷ Cfr. art. 1 d.l. 154/2008.

⁸ Si è parlato al riguardo di commissario «*ad functionem*», i cui poteri sono individuati in rapporto all'obiettivo di sanare il disavanzo sanitario della Regione interessata allo scopo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria, e che assomma in sé i caratteri della sostituzione e della chiamata sussidiarietà di funzioni amministrative, secondo il noto meccanismo della cd. sussidiarietà ascendente: cfr. R. Dickmann, *Il commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa?*, in www.federalismi.it, 3, 2010, p. 8 ss.

⁹ Di vera e propria «arbitrarietà» si parla nelle motivazioni del ricorso per conflitto di attribuzione, tuttora pendente, presentato dalla Regione Campania della delibera del Consiglio dei Ministri con cui è stato disposto il commissariamento della Regione per l'attuazione del piano di rientro.

¹⁰ E. Jorio, *Prime osservazioni sull'esercizio del potere legislativo da parte dei commissari ad acta*, e R. Dickmann, *Sull'esercizio del «potere legislativo» a titolo sostitutivo da parte dei commissari ad acta*, entrambi in www.federalismi.it, 14, 2008.

Questa attenzione alla tutela delle prerogative del Commissario è stata ribadita nella successiva sentenza n. 141 del 2010, nella quale la Corte costituzionale ha dichiarato illegittima la legge della Regione Lazio n. 9 del 2009 (relativa alla istituzione dei distretti socio-sanitari montani) per mancanza di copertura finanziaria e per violazione degli specifici vincoli, strumentali al conseguimento dell'equilibrio economico del sistema sanitario, contenuti nel piano di rientro¹¹.

Infine, ma non per importanza, vi è la questione del conferimento del potere sostitutivo agli stessi organi titolari degli enti territoriali che si sono resi responsabili del deficit: scelta, quest'ultima, su cui il legislatore, dopo una originaria previsione coerente con il principio di separazione tra controllore e controllato, è ricaduto, per evidenti ragioni di pragmatismo politico. L'art. 4 del d.l. 159/2007, convertito nella legge 222/2007, aveva infatti previsto che la nomina a Commissario *ad acta* fosse incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta al commissariamento. Il successivo d.lgs. 112/2008 ha tuttavia abrogato questa previsione, ripristinando quindi la possibilità per i presidenti delle Regioni di divenire commissari *ad acta* di sé stessi, per il ripiano dei propri deficit sanitari.

Tale scelta pone evidenti problemi di compatibilità con il principio di separazione dei poteri e di distinzione tra politica ed amministrazione, a sua volta riflesso del principio di imparzialità, oltre ad annullare quasi del tutto – come ha di recente sottolineato anche la Corte dei conti¹² – l'effetto deterrente della minaccia del controllo sostitutivo rispetto ai titolari del potere esecutivo¹³. Sotto questo ultimo profilo, non si può che rimanere delusi dalla scelta del legislatore di confermare, anzi, rendere necessaria l'attribuzione della gestione commissariale al Presidente della Regione: così, infatti, ha disposto l'art. 2, comma 79 della legge finanziaria per il 2010 (l. 23 dicembre 2009, n. 191).

Si tratta, peraltro, di una disposizione collocata in una più ampia revisione delle procedure di attuazione dei piani di rientro, contenuta nei commi da 76-91 del medesimo articolo, preceduta e completata dalle disposizioni contenute nell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, e volta al preciso scopo di «rivisitare, potenziare e semplificare il meccanismo di "commissariamento" delle Regioni in disavanzo»¹⁴.

L'impressione generale che si ricava dalla lettura di questo complesso groviglio di disposizioni – che contengono anche nuove e più incisive misure volte al riequilibrio della spesa, da applicarsi in maniera automatica in presenza del raggiungimento del nuovo standard di disavanzo strutturale, nonché in affiancamento alle misure contenute nei piani di rientro¹⁵ – è che si sia voluto imprimere una più chiara e netta cogenza ai contenuti dei citati piani, attribuendone l'approvazione diretta al Consiglio dei ministri e rafforzando, di conseguenza, anche la natura del Commissario quale organo straordinario dello Stato. Ciò appare chiaramente dalla previsione in capo al Commissario del potere di adottare non solo tutte le misure indicate nel piano, ma anche gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla sua completa attuazione; allo stesso Commissario

¹¹ L'unica concessione alla tutela delle prerogative costituzionali degli organi della Regione viene fatta dalla Corte in un inciso, nel quale viene messa in dubbio la legittimità costituzionale del decreto con cui il Presidente della Regione – in qualità, però, di commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro – ha disposto il differimento dell'efficacia della legge impugnata per tutto il periodo di vigenza del piano.

¹² Ci si riferisce alla relazione annuale inviata al Parlamento sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato (deliberazione n. 22/2009/G della Sezione centrale di controllo della Corte dei conti, depositata il 28 dicembre 2009).

¹³ Su questo aspetto, con riferimento alla nomina dei Commissari straordinari per la gestione dell'emergenza rifiuti, Cfr. F. Merloni, *Ragionando sui rifiuti campani e dintorni: Stato e Regioni tra la continua emergenza e l'impossibile normalità*, in «Le Regioni», 6, 2007, p. 925 ss.

¹⁴ Così si legge nel cd. Patto per la salute del 23 ottobre del 2009, che ha preceduto la stipula della formale intesa in Conferenza Stato-Regioni. Sui rapporti tra Patto e Intesa si v. G. Carpani, *Il Patto per la salute 2010-2012; questioni "vecchie" e modalità "nuove" di governo condiviso e responsabile del servizio sanitario*, in www.amministrazioneincammino.it, 2010.

¹⁵ Per una valutazione complessiva di queste misure si v. E. Jorio, *Un Patto per la salute (e la Finanziaria 2010) non propriamente compatibile con l'esordio del federalismo fiscale*, in www.federalismi.it, 1, 2010.

è altresì affidata la verifica circa la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale.

Inoltre, nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, da parte del Presidente della Regione già nominato quale Commissario, il Consiglio dei ministri, sentita la Regione interessata, potrà nominare uno o più Commissari *ad acta* di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati.

A questo potenziamento dei poteri centrali viene affiancata, però, l'introduzione di nuove sedi tecniche paritetiche, a cui viene affidato il compito non di sostituire, bensì di affiancare, le sedi attualmente previste. Così, il monitoraggio sull'attuazione del piano e sull'attivazione della gestione commissariale rimane affidata al Tavolo di monitoraggio e verifica presso il Ministero dell'economia (che ha assunto, nella prassi, un ruolo particolarmente incisivo, anche rispetto all'altra sede tecnica paritetica prevista dalla legge, costituita dal Comitato per la verifica dei Lea), ma affiancato da nuovo organismo paritetico, istituito presso la Conferenza Stato-Regioni, denominato «Struttura tecnica di monitoraggio» a cui sono affidati compiti istruttori e consultivi circa la predisposizione e l'attuazione dei Piani di rientro.

Un aspetto senz'altro positivo della previsione del nuovo organismo è costituito dal fatto che, attraverso tale struttura, tutte le Regioni sono chiamate a partecipare all'elaborazione dei piani di rientro, trattandosi di scelte che, a cascata, sono destinate a riverberare i propri effetti su tutto il sistema sanitario. Inoltre, si prevede che tutti i componenti di questa struttura possano accedere alla piattaforma informatica del Ministero della salute nel quale verranno inseriti provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale espressamente indicati nel piano. Per altro verso, si prevede che Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle Regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprima un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.

Quel che è certo è che in sede di attuazione di queste disposizioni sarà necessario delimitare in modo chiaro gli spazi di intervento dei vecchi e dei nuovi organismi tecnici paritetici, al fine di garantire il rispetto dell'obiettivo dichiarato di semplificazione delle procedure.

Quanto ai contenuti ed agli obiettivi dei piani di rientro, le nuove disposizioni rafforzano l'esigenza che in esso trovino adeguato contemperamento sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, al fine di renderlo conforme a quello desumibile dal vigente piano sanitario nazionale e dal vigente d.p.c.m. in materia di Lea¹⁶, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso. In questa direzione, grande importanza rivestono gli impegni assunti dalle Regioni nella citata Intesa del 23 dicembre, nella quale si prevede l'avvio di un nuovo e più articolato sistema di monitoraggio dello stato dei propri servizi sanitari che dovrebbe condurre alla definizione di un nuovo *set* di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei Lea, nonché alla definizione di obiettivi di sistema ed obiettivi di miglioramento sia economico-finanziari che di qualità ed appropriatezza dei servizi sanitari erogati, al fine di garantire equità a livello nazionale nell'attuazione dei Lea. Altrettanto importanti sono gli impegni assunti nella medesima intesa al fine di garantire l'accertamento della qualità ed attendibilità dei dati contabili, elemento indispensabile anche in vista dell'attuazione del federalismo fiscale.

¹⁶ Cfr. d.p.c.m. 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza, così come modificato dai d.p.c.m., 16 aprile 2002, 28 novembre 2003 e 5 marzo 2007.

3. Se queste sono, in estrema sintesi, i tratti caratteristici delle nuove procedure, non si può tacere come molti profili problematici restino irrisolti anche nel quadro dell'attuale disciplina. Al riguardo, si possono citare, in particolare:

- la perdurante, estrema brevità dei termini per adempiere agli obblighi contenuti nei piani di rientro, che rende praticamente automatico il ricorso al commissariamento;
- l'ulteriore rafforzamento delle competenze che vengono attribuite ai Commissari, in evidente deroga al riparto delle competenze fissate per gli organi regionali dall'art. 123 della Costituzione;
- il perdurante conflitto di interessi in capo al Presidente della Regione, che, sia pure fondata su ragioni di pragmatismo politico, unifica in capo a un'unica figura competenze che, in attuazione dei principi di imparzialità e di separazione dei poteri, dovrebbero restare rigorosamente distinte, ed appare foriera di possibili conflitti tra organi dello stesso ente, o, addirittura, tra i diversi livelli di governo;
- in sostanza, l'estrema ampiezza temporale e materiale della procedura straordinaria per l'uscita dal deficit, che finisce per creare, nella sostanza uno «statuto differenziato» per le Regioni in tali condizioni.

Di fronte a questi dubbi di legittimità, non può considerarsi sufficiente la circostanza che le misure di contenimento della spesa adottate negli ultimi anni abbiano consentito un importante rallentamento del *trend* di crescita della spesa sanitaria, rappresentando, dunque, un passo forzato, ma necessario verso una maggiore responsabilizzazione nell'uso delle risorse pubbliche.

Come emerge dalle relazioni della Corte dei conti, questi risultati appaiono più il frutto dell'applicazione delle misure automatiche previste dalle annuali leggi finanziarie che delle misure strutturali previste (ed ancora parzialmente inattuate) dei piani di rientro, sulla cui effettiva realizzabilità lo stesso organo di controllo ha posto più di un dubbio.

In conclusione, anche ammettendo che il progressivo incremento del ruolo di «tutoraggio» del Governo centrale sia stata una conseguenza, pressoché inevitabile, delle limitate capacità amministrative e gestionali ancora dimostrate da parte di molte Regioni, non si ritiene auspicabile che questo meccanismo di intervento sostitutivo e «straordinario» venga ulteriormente esteso, e divenga il modello fondamentale per la garanzia della tenuta finanziaria complessiva dello Stato, come sembrerebbe, invece, trasparire dalle pieghe della legge delega sul federalismo fiscale. Non si può infatti dimenticare che l'intervento sostitutivo determina pur sempre una sostituzione dell'amministrazione democratica, fondata sul consenso e sulla partecipazione, con un'amministrazione autoritaria, che è giustificabile solo se e nella misura in cui essa rappresenti l'unica modalità per garantire protezione alla vita ed ai beni della collettività¹⁷.

Potrebbe sembrare utopistico nel quadro attuale, ma la strada più auspicabile appare essere quella dell'accelerazione del percorso di attuazione del nuovo sistema di finanziamento delle prestazioni essenziali, fondato, come già ricordato, sui costi standard ed accompagnato dal potenziamento delle reti di controllo, monitoraggio e quantificazione della spesa di livello regionale e interregionale, tali da garantire al sistema la possibilità di porre in essere interventi di reazione immediata in situazioni di disequilibrio, evitando l'effetto di trascinamento che è alla base degli attuali, sconcertanti, quadri finanziari di alcune Regioni. Un potenziamento della filiera dei controlli ordinari, dunque¹⁸, per ricondurre nell'alveo della straordinarietà forme di controllo commissario a vocazione derogatoria¹⁹ non del tutto compatibili con il tanto invocato federalismo (istituzionale e) fiscale.

¹⁷ A. Fioritto, *L'amministrazione dell'emergenza tra autorità e garanzie*, Bologna, il Mulino, 2008, p. 239.

¹⁸ Su questo mi sia consentito rinviare a C. Tubertini, *Controlli sostitutivi ed etica della Pubblica Amministrazione*, in Luciano Vandelli (a cura di), *Etica pubblica e buona amministrazione. Quale ruolo per i controlli?*, Milano, Franco Angeli, 2009, pp. 112 ss.

¹⁹ Per usare l'espressione di F. Salvia, *Il modello dualistico dell'amministrazione italiana: tra "municipalismo" e "centralismo commissario" a vocazione derogatoria*, in «Diritto e società», 1, 2004, p. 37 ss.