

## Regioni in piano di rientro ed emergenza

### Covid-19\*

Andrea Patanè\*\*

**SOMMARIO:** 1. Premessa. – 2. Il carattere prevalente della tutela della salute nella legislazione a fondamento dei Piani di rientro.

### 1. Premessa

L'emergenza sanitaria da Covid-19 sta imponendo al Servizio sanitario nazionale uno sforzo senza precedenti dalla sua istituzione nel 1978; in questi giorni le Regioni sono impegnate a fronteggiare il diffondersi dell'infezione con i mezzi e le risorse a disposizione di ogni Servizio sanitario regionale. La situazione di emergenza non copre, ma fa risaltare le differenze organizzative preesistenti dei diversi sistemi sanitari regionali. Una particolare attenzione va rivolta a quelle Regioni con maggiori difficoltà strutturali, quelle cioè che hanno sottoscritto negli anni un "Piano di rientro"<sup>1</sup>.

Com'è noto, quando la Giunta regionale sottoscrive l'Accordo con lo Stato si trova in una condizione in cui il deficit finanziario<sup>2</sup> non le permette di assumere decisioni che prescindano da una riorganizzazione della spesa al fine di garantire la corretta erogazione dei servizi sanitari ed il rispetto dei LEA; nell'ultimo quindicennio la sottoscrizione del Piano di rientro ha rappresentato una scelta obbligata per molte Regioni. Alla sottoscrizione degli Accordi ha fatto seguito una corposa giurisprudenza della Corte costituzionale in cui si è

---

\* Contributo referato dalla Direzione della rivista.

\*\* Assegnista di ricerca in Diritto amministrativo nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, avvocato nel foro di Catania, andrea.patane@unicatt.it.

<sup>1</sup> Attualmente le Regioni in Piano di rientro sono: Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>2</sup> S. CALZOLAIO, *Il mondo dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Federalismi*, n. 23, 2014, p. 30.

sancito che la spesa sanitaria deve essere compatibile con «la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario»<sup>3</sup>; ciò implica che «l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nella materia della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa»<sup>4</sup>; ciò in attuazione del «principio fondamentale in materia di coordinamento della finanza pubblica»<sup>5</sup>.

La giurisprudenza della Corte ha sempre tutelato il contenuto dell'Accordo, sancendo distintamente che la Regione è vincolata a quanto previsto nel Piano di rientro, anche se questo limita l'autonomia legislativa regionale<sup>6</sup>. La vincolatività, della legislazione sui Piani di rientro nell'ordinamento è da ricondurre all'articolo 117, co. 3, Cost. che, nell'attribuire la materia di coordinamento della finanza pubblica alla competenza concorrente, permette di interpretare le disposizioni legislative dello Stato, poste a fondamento dei Piani di rientro, come vincolanti per la legislazione regionale<sup>7</sup>.

Le Regioni interessate dai Piani di rientro hanno sottoscritto il Piano attraverso una esplicita condivisione «della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario»<sup>8</sup>. Si tratta di una notazione di grande momento, in quanto, la piena adesione della Regione, agli obiettivi di contenimento della spesa, determina la riconduzione del mancato rispetto dei Piani alla violazione del principio costituzionale della leale collaborazione<sup>9</sup>.

<sup>3</sup> Sentenza Corte cost. n. 111 del 2005.

<sup>4</sup> Sentenza Corte cost. n. 193 del 2007; per una disamina sulla giurisprudenza della Corte sul principio di coordinamento della finanza pubblica dopo la riforma del Titolo V si veda I. RIVERA, a cura di, *Il coordinamento della finanza pubblica nei giudizi di legittimità costituzionale in via principale 2002-2015*, Servizio studi Corte costituzionale, aprile 2015; D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei Piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, n. 1-2, 2014, pp. 203-226.

<sup>5</sup> Per una ricostruzione della giurisprudenza della Corte che tiene conto delle due argomentazioni si veda E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista A.I.C.*, n. 3, 2012. Un profilo che viene in rilievo è da individuare nella sottoscrizione del Piano da parte della Giunta regionale, senza che vi sia un'approvazione dei vincoli da parte del Consiglio regionale. Sul rispetto da parte delle Regioni dei vincoli derivanti dai Piani di rientro sia concesso rinviare A. PATANÈ, *Le (infondate) inquietudini dei Presidenti "dimezzati". A margine di tre recenti ricorsi di legittimità costituzionale in via principale aventi ad oggetto il regime di incompatibilità del Presidente della Regione ad assumere l'incarico di Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro*, in *Corti Supreme e Salute*, 2019, n. 1, pp. 22-10.

<sup>6</sup> Le sentenze Corte cost. n. 100 e n. 141 del 2010.

<sup>7</sup> La previsione contenuta nell'articolo 1, co. 796, lettera b) della legge n. 296 del 2006, deve essere qualificata come principio fondamentale in materia di contenimento della spesa pubblica sanitaria espressione, pertanto, della specifica competenza all'uopo riconosciuta allo Stato, dall'art. 117, co. 3, Cost. Sul punto, cfr. M. BELLETTI, *Forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali. Il coordinamento per principi, di dettaglio e "virtuoso", ovvero nuove declinazioni dell'unità economica e dell'unità giuridica*, in [www.issrfa.cnr.it](http://www.issrfa.cnr.it), 2013.

<sup>8</sup> Sentenza Corte cost. n. 141 del 2010.

<sup>9</sup> La Corte richiama, sul punto, le pronunce Corte cost. nn. 237 e 139 del 2009, Corte cost. n. 52 del 2010. Oltre alle sentenze Corte cost. n. 100, n. 141 del 2010; Corte cost. n. 78 n. 123 e n. 163 del 2011; Corte cost. n. 91, n. 131 del 2012; Corte cost. n. 28, n. 51, n. 79 e n. 104 del 2013.

La giurisprudenza costituzionale<sup>10</sup> e la dottrina maggioritaria, pur riconoscendo l'indubbia ingerenza dei Piani di rientro nell'autonomia regionale (anche legislativa)<sup>11</sup> sia nella fase della predisposizione sia della successiva attuazione, hanno affermato la costituzionalità tanto dell'accordo Stato-Regioni finalizzato alla riduzione del deficit sanitario, quanto delle conseguenze giuridiche che questo comporta<sup>12</sup>; ed in conseguenza di ciò la Corte non ha risparmiato di censurare le leggi regionali in contrasto con i Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni, dichiarandole, di conseguenza, incostituzionali<sup>13</sup>.

## 2. Il carattere prevalente della tutela della salute nella legislazione a fondamento dei Piani di rientro

In questa fase emergenziale una particolare attenzione deve essere rivolta alla ratio della sottoscrizione dei Piani di rientro; ed è per questo che è utile rileggere l'art. 1, co. 180, della l. 30 dicembre 2004, n. 311, con cui per la prima volta il legislatore ha introdotto i Piani di rientro nel nostro ordinamento, sancendo che la Regione interessata «elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio». L'obiettivo prioritario della sottoscrizione del Piano di rientro è quello di garantire una corretta erogazione delle prestazioni sanitarie e questo passa anche, ma non prioritariamente, dalla riduzione del deficit economico, rivolgendo invece una particolare attenzione alla “riqualificazione” ed al “potenziamento” nell'erogazione delle prestazioni.

Di conseguenza l'istituto dei Piani di rientro non può essere inquadrato nell'ordinamento senza richiamare l'articolo 32 Cost., nell'accezione per cui suddetta legislazione ha come fine ultimo il pieno godimento del diritto alla salute. Da qui la considerazione per cui l'articolo 32 Cost. funge da parametro per valutare la congruità dei Piani di rientro rispetto allo scopo precipuo della tutela della salute e non invece come mero strumento per il contenimento della spesa e dunque di leva finanziaria.

Di contro, se di dovesse analizzare la legislazione sui Piani di rientro senza tenere in debita considerazione il principio di tutela della salute e la legislazione ordinaria adottata per

<sup>10</sup> Cfr. Corte cost. n. 91 del 2012; Corte cost. n. 193 del 2007; Corte sent. n. 141 del 2010; Corte cost. n. 100 e 141 del 2010, Corte cost. n. 123 e 163 del 2011; Corte cost. n. 91 del 2012, Corte cost. n. 51, 79, 104 e 180 del 2013. Per una ricostruzione in tal senso T. CERRUTI, *I Piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista A.I.C.*, n. 4, 2013, p. 4.

<sup>11</sup> G. CARPANI, *I Piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei LEA*, in R. BALDUZZI, a cura di, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, Il Mulino, 2012, p. 37.

<sup>12</sup> R. BALDUZZI, *Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema*, in *Monitor*, n. 27, 2010, «Il suo inserimento nel sistema appare ormai consolidato ed esente da dubbi radicali di compatibilità costituzionale».

<sup>13</sup> Vedi D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, n. 1-2, 2014, pp. 203-226.

il suo raggiungimento, la conseguenza sarebbe che venendo a mancare uno dei parametri per il bilanciamento degli interessi il conseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa avrebbe come effetto una compressione della tutela della salute invece che la sua piena realizzazione, che è invece l'obiettivo ultimo che si prefigge la legislazione sui Piani di rientro sanitari<sup>14</sup>.

Solo una volta chiarito che il Piano triennale ha come scopo quello di "riqualificare" e "potenziare" il Servizio sanitario regionale è possibile considerare che l'attuazione del Piano si realizza anche attraverso l'esigenza di «*contenere i disavanzi del settore sanitario*» e ciò «*determina una situazione nella quale l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute, ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario, può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa*»<sup>15</sup>.

Nell'ultimo quindicennio la Corte costituzionale ha dichiarato l'incostituzionalità di leggi regionali finalizzate a rafforzare, nelle intenzioni della Regione, presidi medici a supporto dei pazienti, ma in contrasto con l'Accordo sottoscritto<sup>16</sup>. Da qui la considerazione per cui tutto ciò che non è previsto dall'Accordo sottoscritto tra lo Stato e la Regione interessata è sempre stato considerato dalla Corte in violazione di quanto sottoscritto tra le parti. Il Piano di rientro, una volta stipulato, diviene per la Corte un parametro da cui la Regione non può scostarsi nel periodo di vigenza dello stesso<sup>17</sup>. La modifica delle modalità con cui raggiungere gli scopi previsti dal Piano impone una riformulazione dell'Accordo<sup>18</sup>; il legislatore regionale è vincolato a quanto stabilito nel Piano di rientro e non ha la possibilità di adottare decisioni organizzative che si discostano da quanto stabilito nel Piano<sup>19</sup>.

<sup>14</sup> Allo stesso modo, in queste ore, nel bilanciamento tra il diritto alla salute ed i principi costituzionali inerenti alle libertà personali, la tutela della salute sta imponendo una forte limitazione per permettere di interrompere la diffusione dell'infezione. Per una prospettiva comparata si veda L. CUOCOLO, a cura di, *I diritti costituzionali di fronte all'emergenza Covid-19. Una prospettiva comparata*, federalismi.it, Osservatorio Emergenza Covid-19, 18 marzo 2020.

<sup>15</sup> Sentenza Corte cost. n. 193 del 2007.

<sup>16</sup> La Corte sul punto è stata particolarmente stringente, si pensi al caso della sentenza Corte cost. n. 104 del 2013 dove il Giudice delle leggi ha considerato illegittima la scelta del legislatore regionale nella misura in cui il rimborso per le spese oncologiche non era stato inserito all'interno dell'Accordo sottoscritto. La Corte ha sancito che tutte quelle previsioni che non sono riconducibili al Piano di rientro sono da considerare in violazione dello stesso e quindi del principio di coordinamento della finanza pubblica.

<sup>17</sup> In questa stessa direzione si muove la sentenza Corte cost. n. 241 del 2013; la questione attiene ad un ricorso presentato dallo Stato contro la legge della Regione Abruzzo che ha «*destinato al finanziamento delle spese relative al servizio di trasporto pubblico gli importi iscritti in bilancio per il rimborso dell'anticipazione di liquidità finalizzata al pagamento dei debiti sanitari*»; in particolare si veda l'art. 7, co. 4, della legge regionale Abruzzo, n. 2 del 2013.

<sup>18</sup> In questa direzione la tesi evidenziata da parte della dottrina è quella per cui il carattere di Accordo, tra lo Stato e le Regioni, con l'obiettivo di voler ridurre il deficit sanitario, ha come conseguenza la realizzazione di una forte limitazione per l'autonomia regionale, che però sarebbe giustificata anche dal carattere di "Accordo" e dunque caratterizzata dalla volontà della Regione di accettare questa limitazione. In tal senso C. TUBERTINI, *Stato, Regioni e tutela della salute*, in L. VANDELLI, a cura di, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Bologna, Il Mulino, 2007, pp. 209 ss.

<sup>19</sup> In più occasioni la dottrina ha riflettuto sulla condizione che una decisa riduzione della spesa in ambito sanitario possa giustificare la limitazione dell'autonomia regionale, E. INNOCENTI, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente*

L'emergenza Covid-19 impone l'esigenza di una maggiore spesa e tutte le Regioni stanno facendo ricorso ad un incremento di acquisti per il materiale necessario e stanno altresì ricorrendo alla stipula di contratti di lavoro temporanei per il personale medico ed infermieristico<sup>20</sup>. Tuttavia, il Piano di rientro deve essere letto come uno strumento giuridico dinamico, capace cioè di adattarsi nel rapporto tra lo Stato e le Regioni, avendo come scopo ultimo quello di valorizzare i sistemi sanitari regionali e non di imbrigliarli all'interno di regole dettate dalle esigenze di bilancio. Di contro, non potrebbe essere condivisibile un'eventuale lettura per cui le misure adottate in occasione dell'emergenza sanitaria possano essere paragonate alle tante disposizioni dichiarate incostituzionali per violazione del Piano di rientro nel corso dell'ultimo quindicennio.

Il ragionamento della Corte nella giurisprudenza sui Piani è che le leggi regionali violano il Principio di coordinamento della finanza pubblica a fondamento del Piano, ma che quest'ultimo è sottoscritto al fine di garantire il corretto funzionamento dei sistemi sanitari regionali.

L'emergenza inverte l'ordine delle priorità, ma sempre all'interno di quel percorso già tracciato dai Piani di rientro che è la piena attuazione, su tutto il territorio nazionale, della tutela della salute. In questo momento il raggiungimento di questo obiettivo passa attraverso un maggiore impiego di risorse da utilizzare in un breve lasso di tempo<sup>21</sup>. La possibilità, per le Regioni, in Piano di rientro, di spendere le risorse necessarie per contrastare l'emergenza, non è data da una prevalenza temporanea dell'art. 32, sull'art. 117, co. 3, Cost (parametro utilizzato dalla Corte nella giurisprudenza sui Piani di rientro)<sup>22</sup>. La tutela della salute è sempre un parametro di riferimento nell'attuazione dei Piani di rientro,

---

*giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, n. 3, 2008, p. 597, «Dalla giurisprudenza esaminata il contenimento della spesa pubblica sembra corrispondere al contenimento della spesa sanitaria: la sanità è uno dei settori in cui questa finalità assume connotati prevalenti, tali da giustificare rilevanti e pervasivi interventi statali». Il criterio di autonomia politica che si prende in considerazione è quello individuato dalla dottrina classica, T. MARTINES, *Studio sull'autonomia politica delle Regioni*, in *Riv. Trim. Dir. Pub.*, 1956, p. 100. V. CRISAFULLI, *Vicende della questione regionale*, in *Le Regioni*, n. 4, 1982, p. 499 ss. La questione in merito ai Piani di rientro sanitari, necessita di un richiamo anche in ordine alla distinzione tra l'autonomia politica e amministrativa nelle Regioni, alcuni spunti sono forniti da R. MANFRELOTI, *Indirizzo politico delle Regioni, funzione regolamentare e distinzione della politica dall'amministrazione a livello regionale*, in A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Il Governo delle Regioni tra politica e amministrazione*, Torino, Giappichelli, 2007, p. 69 ss.

<sup>20</sup> Per le disposizioni stabilite dallo Stato in merito al finanziamento si veda Decreto-legge 9 marzo 2020, n. 14 «*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*»; Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 «*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*».

<sup>21</sup> Sugli scostamenti temporanei di bilancio a causa dell'emergenza da Covid-19 si veda C. BUZZACCHI, *Scostamento di bilancio da coronavirus*, in *Lacostituzione.info*, 13 marzo 2020.

<sup>22</sup> Tra le tante, si veda la sentenza Corte cost. n. 100 del 2010, in cui la Corte richiama la sua giurisprudenza precedente in merito alla violazione, da parte delle Regioni in Piano di rientro, dell'art. 117, co. 3, Cost., per essere stato disatteso l'art. 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che enuncia nell'attribuire natura vincolante agli «interventi individuati nei programmi operativi di riorganizzazione, potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, oggetto degli accordi di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311» un principio fondamentale della materia di legislazione concorrente del «coordinamento della finanza pubblica».

la differenza è da individuare nel mezzo con cui raggiungere lo scopo. Se in un tempo ordinario la tutela della salute è garantita attraverso una razionalizzazione della spesa per una migliore erogazione dei servizi e per una ristrutturazione complessiva del Servizio sanitario regionale, in un tempo straordinario è dovere delle Regioni attuare ogni sforzo possibile per garantire, nell'ambito di propria competenza, l'attuazione dell'art. 32 Cost. per tutti coloro i quali si trovano all'interno del territorio regionale ed hanno necessità di cure a causa dell'infezione da Covid-19.

Allo stato attuale lo scopo di ciascuna Regione, anche se in Piano di rientro, è garantire la tutela della salute attraverso il reperimento delle risorse necessarie. Successivamente, quando sarà conclusa la fase di emergenza, sarà poi possibile rimodulare i Piani di rientro tra le Regioni e lo Stato e ciascuno, per la propria competenza, effettuerà le opportune decisioni al fine di proseguire, in un rapporto di leale collaborazione, il percorso di risanamento e di organizzazione dei sistemi sanitari regionali.