

Quando se ne esce?

La decisione del TAR

Campania n. 7431 del 2025 sulla cessazione del Piano di rientro sanitario regionale in assenza di una puntuale previsione normativa a riguardo*

Andrea Patanè**

SOMMARIO: 1. Il quadro normativo di riferimento. – 2. La decisione del TAR Campania n. 7431 del 2025 come primo arresto affermazione giurisprudenziale sul “diritto” all’uscita dal Piano di rientro. – 3. La natura provvedimentale del comunicato stampa del Ministero della salute – 4. Gli indicatori previsti dal nuovo sistema di garanzia dei LEA: a) come parametro di valutazione del rispetto dell’Accordo tra Stato e Regione. – 5 (segue) b) come “auto-vincolo” nella valutazione statale sul raggiungimento degli obiettivi regionali – 6 L’asserita “convenienza” a permanere nel Piano di rientro e il prevalente interesse alla tutela dell’autonomia regionale. – 7. La rilevanza della sentenza oltre il caso della Campania. Un monito per legislatore affinché adotti una disciplina puntuale per l’uscita dal Piano di rientro.

ABSTRACT:

L’articolo analizza la sentenza TAR Campania n. 7431 del 2025 che rappresenta un arresto del tutto innovativo rispetto all’interpretazione della normativa sul Piano di rientro dal disavanzo sanitario. La decisione pone degli spunti di riflessioni del tutto originali quali la qualificazione della natura provvedimentale del comunicato stampa ministeriale e la sua asserita illegittimità per violazione dei principi di leale collaborazione e di autovincolo amministrativo, alla luce del nuovo sistema di

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Ricercatore di Diritto costituzionale e pubblico nell’Università di Bergamo, andrea.patane@unibg.it.

garanzia dei LEA. La vicenda Campana diventa uno stimolo a modificare la disciplina al fine di regolamentare le modalità di uscita dal Piano di rientro con criteri oggettivi, tempi certi e procedure trasparenti nel rapporto tra Stato e Regione.

The article examines judgment no. 7431 of 2025 of the Regional Administrative Court (TAR) of Campania, which represents a wholly innovative development within the regulatory framework governing the healthcare deficit Recovery Plans. The decision raises entirely new issues of reflection, such as the recognition of the ministerial press release of refusal as an administrative measure and its alleged unlawfulness for breach of the principles of loyal cooperation and administrative self-restraint, in the light of the new system for guaranteeing the Essential Levels of Care (LEA). The Campania case thus becomes emblematic of the regulatory gap concerning the procedures for exiting Recovery Plans and serves as a stimulus for legislative clarification through objective criteria, clear timelines and transparent procedures in the relationship between the State and the Regions. regional legislative interventions: what margin of discretion remains in regulating this matter?

1. Il quadro normativo di riferimento

Con riferimento alla recentissima sentenza del TAR Campania, sede di Napoli, n. 7431 del 2025 è di assoluto rilievo l'inquadramento generale della disciplina sul programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore a tre anni (da adesso in poi definito sinteticamente Piano di rientro). La questione, oggetto della sentenza del Giudice amministrativo partenopeo, ha delle dirette refluenze rispetto alla lettura dell'istituto all'interno dell'ordinamento. È anzitutto necessario rammentare come l'attuale disciplina sul Piano di rientro dal disavanzo sanitario trova il proprio fondamento in una previsione legislativa del 2004¹, che ha introdotto un meccanismo di controllo e risanamento per le Regioni in situazione di squilibrio economico-finanziario. Tale strumento, inizialmente concepito come misura temporanea di riequilibrio della finanza pubblica, si è progressivamente evoluto in un sistema strutturale di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria regionale e di garanzia dei LEA. La Regione, secondo quanto sancito dalla legge del 2004, è in primo luogo chiamata ad accertare la situazione di squilibrio e ad adottare i provvedimenti risolutivi di suddetta condizione e successivamente, ove necessario, sottoscrivere un «programma operativo di riorganizzazione». Da ciò deriva che l'istituto del Piano di rientro ha, fin dalla sua origine, previsto che la procedura sia articolata in due diverse fasi. La prima, in cui la Regione accerta la condizione di squilibrio e adotta le azioni «emergenziali» per il contenimento della spesa. La seconda in cui, alle misure adottate dalla Regione, o dal Presidente della Giunta nella funzione di Commissario *ad acta*, fa seguito la possibilità di sottoscrivere tra la Regione e lo Stato un Accordo che contiene un programma «operativo», capace di riorganizzare e

¹ Articolo 1, co. 174 e 180, della l. 30 dicembre 2004, n. 311.

riqualificare il servizio sanitario regionale. Il programma ha una durata non superiore al triennio ed è concordato tra la Regione ed i Ministri della salute e dell'Economia e delle Finanze. La disposizione, contenuta nell'art. 1, co. 180, sancisce che il programma individui gli interventi necessari, ponendo come condizione primaria il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza.

Al fine di comprendere la portata della sentenza del TAR Campania, è necessario rammentare che la disposizione normativa prevede che dalla sottoscrizione e dalla verifica del Programma operativo ne deriva l'attribuzione alla Regione di un maggiore finanziamento per l'erogazione dei servizi sanitari. Inoltre, la norma permette di addivenire ad un Accordo dopo che la Regione, preso atto della propria condizione possa, autonomamente, adottare le scelte più opportune al fine di ridurre lo squilibrio economico e garantire i LEA². Non è irrilevante che il procedimento scelto dal legislatore sia diviso in due fasi, di cui la prima è caratterizzata da un ruolo di maggiore rilevanza degli organi regionali, a cui spetta il compito di verificare i motivi del mancato equilibrio e di adottare i provvedimenti per superare le criticità presenti. La legge, così come poi confermato nei singoli accordi stipulati tra lo Stato e le Regioni interessate, ha previsto un monitoraggio costante dell'attuazione di quanto concordato³. Dal monitoraggio sull'effettiva realizzazione dell'accordo ne deriva poi l'erogazione del finanziamento integrativo a condizione che siano stati rispettati gli obiettivi prefissati in sede di Accordo, che, come si avrà modo di sottolineare oltre, è l'oggetto della controversia dinanzi al TAR. Lo Stato, infatti, subordina il trasferimento del finanziamento alla verifica dell'attuazione del programma da parte della Regione⁴. Si sottolinea questo aspetto, del tutto peculiare, in quanto ha permesso alle Regioni interessate di ottenere risorse ulteriori a patto che si impegnino, concretamente, a dimostrare di adottare atti normativi e amministrativi per superare la propria condizione. In questo modo lo Stato

² Come si è già avuto modo di segnalare, il filo rosso che collega la legislazione sul Piano di rientro sanitario alla valorizzazione dell'autonomia regionale trova nell'articolo 5 Costituzione la sua origine, in un'accezione confermata dalla riforma del Titolo V Cost. La tesi, che si propone, a fondamento dell'inquadramento dogmatico dei Piani di rientro nell'ordinamento, è quella per cui la riforma del Titolo V, con una rinnovata competenza legislativa in favore delle Regioni è il risultato del pieno compimento dell'articolo 5 Cost. che caratterizza la Repubblica. Per una ricostruzione ragionata di quest'interpretazione cfr. F. PIZZETTI, *Il quadro generale della riforma costituzionale tra «compimento» del disegno costituzionale del 1948 e innovazione dell'ordinamento italiano*, in F. PIZZETTI, A. POGGI (a cura di), *Il sistema «instabile» delle Autonomie locali*, Torino, Giappichelli, 2007.

³ Il monitoraggio, rispetto all'attuazione di quanto previsto negli Accordi, è espressamente sancito anche nell'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005. L'Intesa è stata stipulata ai sensi dell'art. 8, co. 6, della legge n. 131 del 5 giugno 2003, e in attuazione dell'art. 1, co. 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311.

⁴ Questa considerazione deve essere associata al fatto che gli accordi, che sono stati stipulati, trovano fondamento nella previsione dell'art. 8, co. 6, della l. 5 giugno 2002 n. 131 per cui è compito dello Stato addivenire alla stipula di intese finalizzate ad armonizzare la legislazione statale e regionale; «Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; in tale caso è esclusa l'applicazione dei commi 3 e 4 dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Nelle materie di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione non possono essere adottati gli atti di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e all'articolo 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112».

concorre alla maggiore spesa, ma subordinando il proprio intervento alla sottoscrizione del Piano di rientro da parte della Regione⁵.

Per questo motivo è di primaria importanza anteporre nelle misure indicate all'interno dell'Accordo sottoscritto tra lo Stato e la Regione lo scopo della garanzia dei LEA e di tutela della salute, perché, se così non fosse, si potrebbe cadere nell'errata lettura svolta dallo Stato nelle difese della vicenda in oggetto, per cui, pur di ottenere ulteriori finanziamenti, si ipotizzerebbe la possibilità di sacrificare principi in tema di autonomia regionale che sono sanciti in Costituzione⁶. Nella prospettiva che si vuole fornire del Piano di rientro, rispetto alla sentenza del TAR in oggetto, il ruolo dello Stato appare di primaria importanza in quanto nella sottoscrizione dell'Accordo deve essere verificata la circostanza per cui il contenuto del Programma operativo proposto dalla Regione sia idoneo a garantire i LEA a fronte di un programma di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale⁷.

È importante leggere l'odierna sentenza del TAR alla luce di un'evoluzione legislativa che permette di identificare fasi temporali differenti nel rapporto tra lo Stato e la Regione, in un sistema che è stato definito di «*bastone e carota*»⁸. In tale direzione, la legislazione è stata caratterizzata inizialmente da una minore incisività dello Stato, rispetto a quanto avverrà negli anni successivi. Il legislatore aveva, difatti, demandato allo Stato un ruolo prevalentemente di sostegno alle Regioni, una prospettiva che ha invece subito una variazione con l'approvazione della legge di bilancio per il 2010⁹. Una modifica legislativa successiva al Patto per la salute 2010-2012, sottoscritto attraverso l'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, del 3 dicembre del 2009¹⁰, dove, in quella sede, le Regioni e lo Stato hanno confermato quanto già stabilito con riferimento al carattere vincolante da attribuire alla sottoscrizione del Piano di rientro, ed hanno contestualmente concordato i nuovi criteri per regolamentare l'eventuale mancato rispetto degli Accordi sottoscritti¹¹.

⁵ L'articolo 1 co. 280, l. n. 266 del 23 dicembre 2005, ha così espressamente previsto la necessità di addivenire ad un accordo che preveda l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera.

⁶ I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Diritti regionali*, n. 1, 2021, pp. 39-76.

⁷ La normativa in materia ha previsto strumenti molto incisivi da parte dello Stato per far sì che le Regioni non adottassero atti legislativi o amministrativi in contrasto con l'Accordo sottoscritto; a tal proposito, si veda la l. 24 dicembre del 2007 n. 244.

⁸ COSÌ N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio* in (a cura di) S. MANGIAMELI, *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e la sua riforma, Atti delle giornate di studio, Roma, 20-21-22 ottobre*, Vol. II, Milano, Giuffrè, 2011.

⁹ L. 23 dicembre 2009 n. 191.

¹⁰ Documento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Rep. n. 243 del 3 dicembre 2009.

¹¹ Nell'Intesa del 2009 sono contenuti dei riferimenti importanti sia alla questione delle cure transregionali sia rispetto alla nomina del Commissario *ad acta*. A riguardo una delle più importanti innovazioni apportate dall'Intesa del 2009 rispetto a quanto già previsto in precedenza si trova al punto 5 in ordine alla nomina del Commissario *ad acta* in caso

In particolare, sono stati individuati tre profili a tutela dell'attuazione del Piano¹². Il primo riguarda il caso di mancato rispetto di quanto previsto nell'Accordo, per cui lo Stato sospende i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio¹³. Il secondo, per cui la norma sancisce che la Regione, a seguito della sottoscrizione del Piano, è obbligata a rimuovere i provvedimenti legislativi che sono di ostacolo alla piena attuazione di quanto stabilito nell'Accordo e che la Regione non può adottare provvedimenti che siano di impedimento all'operato del Commissario ad acta nell'attuazione del Piano¹⁴. Il terzo è rappresentato da un limite al trasferimento di fondi dallo Stato alla Regione interessata in caso di mancato rispetto di quanto sottoscritto nel Piano¹⁵.

L'ulteriore riferimento normativo, che non si può tralasciare nel leggere la recente sentenza del TAR Campania è la disciplina relativa al sistema di garanzia dei LEA. Se la normativa sul Piano di rientro è del 2004, il sistema di monitoraggio dei LEA ha subito una recente rivisitazione con il Decreto ministeriale 12 marzo 2019, che ha disegnato un nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria¹⁶. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto nel marzo 2019 e pienamente operativo dal 2020, rappresenta il principale strumento con cui lo Stato valuta la qualità, l'appropriatezza e l'uniformità

di mancato rispetto da parte delle Regioni interessate dagli Accordi. Il percorso individuato dalle parti prevede che il Governo valuti l'adeguatezza del Piano proposto dalle Regioni. Il *punctum crucis* è da ricondurre al ruolo del Governo che deve valutare l'adeguatezza del Piano rispetto agli obiettivi per la Regione. Una valutazione che è necessaria a verificare la congruità o meno delle misure previste. In quest'ultima ipotesi «il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina il presidente della Regione Commissario ad acta per la predisposizione entro i successivi trenta giorni del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso». In questo è da ravvisare il punto di svolta cruciale della vicenda dei Piani di rientro in funzione al rapporto tra lo Stato e le Regioni. Per un commento ad alcune parti dell'articolato si veda A. DONATI, *La manovra correttiva 2010*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2010.

¹² Le disposizioni rispetto ai Piani di rientro sono contenute nell'articolo 1, dal comma 77 al comma 98, ed ai commi 88-bis, 196, 196-bis, 222, 222-bis e 222-quater. Il legislatore è intervenuto al fine di adottare una legislazione maggiormente strutturata. Il dato da cui prendere le mosse è da individuarsi nell'articolo 1, co. 77, della legge che statuisce in modo chiaro che una Regione può considerarsi in deficit economico in materia sanitaria. Il «disavanzo strutturale» viene considerato tale quando lo è «rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla Regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della Regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo». Il Piano deve garantire il raggiungimento del pareggio di bilancio ma non può prevedere una contrazione nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

¹³ L. 23 dicembre 2009 n. 191.

¹⁴ In primo luogo, si fa riferimento alla l. 23 dicembre 2009 n. 191, art. 1 co. 80, il quale afferma che «Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro». La legge finanziaria prevede che «Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga».

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

¹⁶ D. MORANA, *L'appropriatezza quale oggetto di valutazioni tecnico-scientifiche nel sistema di riparto delle competenze fra Stato e regioni*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 1, 2024, pp. 1-16.

dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) sul territorio nazionale. Questo nuovo modello, che supera la precedente griglia LEA, introduce un sistema basato su 88 indicatori articolati nei tre macro-livelli di assistenza (Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza distrettuale, Assistenza ospedaliera) e nei principali Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali. Da questo insieme viene estratto un sottoinsieme sintetico di indicatori "CORE", finalizzato a rappresentare in modo immediato la capacità delle Regioni di garantire i LEA. Ogni indicatore CORE è associato a una funzione di valorizzazione che trasforma il risultato grezzo in un punteggio (0-100). Il valore 60 rappresenta la soglia di sufficienza, utilizzata per determinare se uno specifico LEA è correttamente garantito. Il sistema integra, inoltre, meccanismi di premialità e penalità, tenendo conto del *trend* temporale degli indicatori e della variabilità interna alle Regioni. Il punteggio complessivo di ciascun macro-livello deriva dalla media pesata dei punteggi dei relativi indicatori CORE. Il nuovo sistema di verifica dei LEA è uno dei parametri presi in considerazione nella sentenza del TAR Campania, in quanto il sistema di valutazione è stato utilizzato nelle argomentazioni del Giudice amministrativo per ritenere che la Campania avesse già raggiunto la condizione per concludere il proprio percorso all'interno del Piano di rientro. Come emerge dalla sentenza, il decreto stabilisce che *«la garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta, da parte di una Regione o Provincia Autonoma, qualora a questa corrisponda, entro ciascun macro-livello, un punteggio ricompreso nel suddetto intervallo di garanzia dell'assistenza (60-100), in modo da non consentire la compensazione tra differenti macro-livelli»*. Infine, è necessario inquadrare la sentenza del TAR Campania all'interno di un rapporto tra Stato e Regione non certo improntato sul migliore esempio di leale collaborazione. Il ricorso è stato preceduto da dichiarazioni che lasciano trapelare un elevato scontro politico istituzionale¹⁷. L'accusa della Regione è quella per cui lo Stato avrebbe ritardato l'uscita dal Piano senza una reale motivazione considerati i parametri già citati, con accuse che dimostrano, come si argomenterà nelle conclusioni, la necessità di una regolamentazione dei parametri per stabilire la conclusione del percorso compiuto da una Regione in Piano di rientro.

2. La decisione del TAR Campania n. 7431 del 2025 come primo arresto affermazione giurisprudenziale sul "diritto" all'uscita dal Piano di rientro

La decisione del TAR Campania ha una rilevanza senza precedenti con riferimento alla disciplina del Piano di rientro. Per la prima volta, senza che si possano citare altri casi simili negli ultimi vent'anni, la sentenza di un Giudice, ancorché passibile di un eventuale

¹⁷ Si vedano sul punto i comunicati stampa e le dichiarazioni del presidente della Giunta Campania nei mesi luglio-novembre 2025.

riforma in secondo grado, ha ritenuto illegittimo il rifiuto da parte dei Ministeri competenti della richiesta di una Regione a poter concludere il proprio percorso.

Non è superfluo, al fine di comprendere la portata della sentenza, fornire alcuni cenni rispetto all'evoluzione della vicenda campana. La Regione, ormai quasi vent'anni addietro, a seguito di una situazione di grave squilibrio economico (al 31 maggio 2006 si trovava in una situazione di indebitamento pari 6 miliardi di euro) ha optato, con delibera di Giunta n. 460/2007, per l'attivazione della procedura finalizzata a sottoscrivere un Accordo con lo Stato¹⁸. Contestualmente alla sottoscrizione del Piano è stato nominato in qualità di Commissario ad acta il Presidente della Regione¹⁹. La Campania ha così vissuto un lungo periodo di accompagnamento che può essere ricostruito attraverso i documenti che il Ministero della salute rende pubblici, in particolare attraverso le verifiche periodiche²⁰.

Prendendo in considerazione il periodo più recente, la Regione, come argomentato anche nel ricorso al TAR, avrebbe avviato un percorso di risanamento che, secondo quanto documentato in causa, avrebbe condotto a risultati economici positivi ininterrotti dal 2019 al 2023, con un contestuale innalzamento della qualità dell'assistenza attestato dai Rapporti di monitoraggio della Ragioneria generale dello Stato e dal monitoraggio LEA del Ministero. Si segnala che nel periodo 2019-2021 la Regione non è stata interessata dalla nomina di un Commissario *ad acta*²¹.

In questo contesto si è sviluppata la controversia tra lo Stato e la Regione che ha avuto il suo culmine nella esplicita richiesta della Campania di terminare il percorso intrapreso nel 2006. Nella seduta congiunta dell'11 aprile 2025 e cioè quella del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei LEA, la Regione ha chiesto la formalizzazione di una data di uscita dal Piano di rientro, individuandola nel 10 luglio 2025. Tuttavia, i rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'Economia, pur prendendo atto dei progressi, hanno rinviato la decisione chiedendo ulteriore documentazione, concentrandosi in particolare sulla richiesta di atti finalizzati a dimostrare i livelli raggiunti nella realizzazione degli *screening* oncologici. Inoltre, sempre in quella sede, è stato chiesto alla Regione di dimostrare la capacità raggiunta nell'aumentare i posti letto nelle strutture residenziali per anziani e la diffusione della rete laboratoristica. La Regione, così come documentato nel giudizio, in vista della successiva riunione del 4 agosto 2025, ha trasmesso una nuova rela-

¹⁸ Per una più ampia ricostruzione sull'annosa questione dei Piani di rientro sanitari, sia concesso rinviare A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, Pisa, Pacini Giuridica, 2024.

¹⁹ Con delibera del Consiglio dei ministri del 24 luglio 2009, del Presidente regionale quale Commissario ad acta; approvazione, con decreto commissariale n. 94/2019, del Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del SSR campano.

²⁰ Tutti i documenti possono essere reperiti al sito internet www.salute.gov.it nella sezione che riguarda i Piani di rientro. La Regione, secondo quanto previsto dall'art. 2 co. 88 della l. n. 191/2009, ha proseguito il proprio percorso attraverso il Programma Operativo 2010 (Decreto del Commissario ad Acta - DCA 41 del 14 luglio 2010), il Programma Operativo 2011-2012 (DCA 45 del 20 giugno 2011) ed il Programma Operativo 2013-2015 (DCA 108 del 10 ottobre 2014).

²¹ Delibera del Consiglio dei ministri del 5 dicembre 2019, subordinata al recepimento di modifiche al piano.

zione di aggiornamento rivendicando un forte incremento delle coperture di *screening*; una significativa crescita dell'assistenza residenziale e l'approvazione della D.G.R.C. n. 423 del 2025 in ordine alla riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica²².

All'esito della riunione del 4 agosto, nonostante la documentazione prodotta dalla Regione, il Ministero ha diffuso unilateralmente il comunicato stampa n. 34 del 5 agosto 2025, da cui si evince il non accoglimento della richiesta. Letteralmente il Ministero scrive *«Il percorso di uscita dal Piano di Rientro sanitario della Regione Campania è in corso e viene affrontato secondo criteri tecnici e documentati, in coerenza con i precedenti nazionali (Liguria e Piemonte) e con la normativa vigente, che ad oggi non prevede un iter formalizzato per la conclusione del Piano, ma richiede il rispetto di condizioni economiche e sanitarie»*.

Lo stesso Ministero, nel comunicato stampa, riconosce che nel tavolo di verifica è emerso come la Campania abbia conseguito e mantenuto l'equilibrio di bilancio; tuttavia, nello stesso documento, rileva che le valutazioni sulla permanenza nel Piano derivino anche dal rispetto dei LEA. A tal proposito il Ministero prende atto del raggiungimento di alcuni obiettivi legati alla rete delle cure palliative, alla rete dei punti nascita e a quella senologica, ma evidenzia il mancato raggiungimento delle soglie minime per lo *screening* mammografico e del colon-retto, così come un ritardo grave nella copertura della rete residenziale per anziani, che mantiene la Campania ultima in Italia su questo indicatore rispetto alle altre Regioni. Il comunicato si conclude affermando di non autorizzare l'uscita dal Piano di rientro e ritenendo che si dovrà proseguire ad accompagnare la Campania nel percorso verso la piena uscita dal Piano *«con spirito costruttivo, basandosi esclusivamente su indicatori misurabili, rispetto istituzionale e tutela concreta della salute dei cittadini campani»*.

La Regione, tuttavia, non ha ritenuto questo auspicio come soddisfacente rispetto alle proprie pregresse richieste e qualificando il comunicato come atto amministrativo di diniego, lo ha impugnato dinanzi al TAR Campania. Il Collegio, dopo aver svolto l'udienza pubblica del 5 novembre 2025, ha adottato la sentenza n. 7431 del 2025 con cui ha annullato il diniego del Ministero della Salute espresso nella seduta congiunta del 4 agosto 2025 del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA. Il collegio ha qualificato la motivazione come parziale e argomentata da una giustificazione solo apparente, ingenerando una disparità di trattamento e contravvenendo al principio di leale collaborazione tra Stato e Regione. L'argomentazione del TAR si fonda sull'asserita circostanza che la Regione ha assicurato la garanzia dei LEA già dal 2023, attestandosi su valori superiori alla soglia di 60. Scrive infatti il giudice amministrativo: *«precisamente di 62, 72 e 72, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, come riconosciuto nel Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia»*.

²² Questi dati possono essere reperiti dalla nota (n. 370251/2025), per un maggiore approfondimento si rinvia al Documento Tecnico di uscita dal Piano di Rientro della Regione Campania del 20 marzo 2023.

Di contro, ad avviso del TAR, il Ministero della salute ha supportato la propria decisione fondandola sulla circostanza che il nuovo Sistema di Garanzia dei LEA è solo una parte del più complesso sistema di valutazione degli adempimenti delle Regioni nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Ed è all'interno di un contesto più generale che, ad avviso del Ministero, la Campania risulta ancora inadempiente su aspetti rilevanti che non consentono di certificare l'uscita dal Piano di rientro. In particolare, gli indicatori rilevano una Rete sociosanitaria insufficiente, cioè assistenza inadeguata ad anziani e fragili, e criticità strutturali nei programmi di screening oncologici. Il Ministero ritiene che l'equilibrio di bilancio sia stato raggiunto a discapito dei servizi ai cittadini e che, pertanto, questo non può considerarsi sufficiente all'uscita dal Piano di rientro. Sul punto il Ministero ha sostenuto che proprio al fine di permettere l'uscita dal Piano di rientro è stato chiesto alla Regione il raggiungimento di una serie di obiettivi tra cui: rafforzare la rete sociosanitaria; migliorare gli *screening*; stabilizzare e rendere adeguate le performance dei LEA. Ad avviso del Ministero la Regione non avrebbe raggiunto questi obiettivi. Il *punctum crucis* della questione, dinanzi al giudice amministrativo, ruota, dunque, attorno a questa duplice lettura, da una parte quella del Ministero che pur riconoscendo il raggiungimento di obiettivi importanti non ritiene dimostrata una piena capacità della Regione di garantire i LEA; dall'altra quella della Regione, fatta propria dal TAR, che ritiene di avere rispettato dei parametri stabili dalla legislazione statale e dunque di dover avere il diritto di completare il proprio percorso di riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale.

3. La natura provvedimentoale del comunicato stampa del Ministero della salute

La sentenza dedica ampio spazio all'inquadramento giuridico del comunicato stampa del 5 agosto 2025. Tale ricostruzione non è un mero inciso procedurale, ma un punto dirimente dell'intera vicenda, poiché – come osserva lo stesso Collegio – l'impugnabilità dell'atto condiziona la stessa possibilità per il giudice amministrativo di sindacare la decisione del Ministero in una materia di rilievo costituzionale.

L'Avvocatura dello Stato ha sostenuto che il comunicato stampa fosse privo di valenza provvedimentoale, rientrando nella categoria degli atti meramente informativi diffusi per «effettuare alcune precisazioni rispetto alle dichiarazioni rilasciate pubblicamente dal Presidente della Regione Campania». Il TAR ha, invece, respinto l'impostazione proposta dall'Avvocatura, prendendo le mosse dal principio per cui la qualificazione di un atto non dipende dalla sua forma esteriore, ma dalla sua sostanza e, in particolare, dalla presenza degli elementi minimi del provvedimento amministrativo. Il Collegio richiama, infatti, il principio secondo cui è possibile riconoscere la natura provvedimentoale anche ad atti non tradizionalmente formati, purché essi presentino gli elementi essenziali del provvedimento (soggetto emanante, oggetto, contenuto dispositivo e ragioni a supporto). Nel caso del comunicato del 5 agosto, ad avviso del Collegio, questi elementi risultavano pienamente

integrati, pertanto, il TAR, ha ritenuto che l'atto gravato assumesse *«la natura di provvedimento avverso il quale è ammissibile il ricorso giurisdizionale»*.

Non si può negare che, nel caso in esame, il comunicato stampa non si limiti a una mera dichiarazione ricognitiva, ma contenga una chiara determinazione di diniego con una specifica motivazione, rappresentando, così, una manifestazione della volontà del Ministero. L'argomentazione della sentenza non trascurava la circostanza che esiste un verbale del Tavolo tecnico, ma ritiene che la successiva verbalizzazione della seduta del Tavolo non costituisca il provvedimento, ma ne rappresenti soltanto mera documentazione dell'attività collegiale, ritenendo come l'atto si realizzi nel momento dell'esternazione della volontà, mentre il verbale è solo il mezzo che ne documenta il contenuto.

Il TAR ha ritenuto che il provvedimento impugnato possa rientrare nella categoria degli atti "sopraassessori", poiché, pur affermando che il Ministero *«continuerà ad accompagnare la Regione Campania nel percorso verso la piena uscita dal Piano di Rientro»*, rinvia il soddisfacimento dell'interesse regionale a un avvenimento futuro ed incerto nell'*an* e nel quando. Si pone, dunque, ancora una volta, il problema dell'identificazione chiara di come e quando una Regione possa concludere il proprio percorso all'interno dell'Accordo tra Stato e Regione. Il rinvio fatto dal Ministero, privo di una qualsiasi previsione temporale, determina un vero e proprio arresto procedimentale a tempo indeterminato, idoneo ad impedire, nel caso di specie, una qualsivoglia previsione di soddisfacimento dell'interesse da parte della Regione. Il TAR inquadra in tal modo la questione all'interno degli atti sopraassessori, ritenendo che non si possa rinviare ad un avvenimento futuro ed incerto bloccando in modo indeterminato il procedimento.

Ne consegue che il comunicato stampa non solo possiede natura provvedimentale, ma integra anche un atto con effetti immediatamente lesivi, la cui impugnazione non può essere differita. La sentenza esclude, così, qualsiasi possibilità di qualificare il comunicato come mera esternazione priva di effetti, riaffermando la piena sindacabilità giurisdizionale dell'azione amministrativa ogniquale volta essa incida su una posizione giuridica qualificata che, nel caso di specie, è rappresentata dall'interesse regionale a vedere definita la procedura di uscita dal Piano di rientro in condizioni di certezza e completezza.

Il TAR Campania ha voluto dare rilievo al comunicato, utilizzando l'atto al fine di esprimersi su una questione assai complessa qual è quella di decidere sulla conclusione o meno del percorso di risanamento e riqualificazione in ambito di organizzazione sanitaria.

4. Gli indicatori previsti dal nuovo sistema di garanzia dei LEA: a) come parametro di valutazione del rispetto dell'Accordo tra Stato e Regione

Nel merito delle censure avanzate contro il diniego da parte del Ministero della salute, la sentenza, anzitutto, sgombra il campo in merito al raggiungimento degli obiettivi di bilancio in quanto il Collegio premette subito che la Regione ha stabilmente conseguito

l'equilibrio, con risultati positivi di esercizio consolidati nell'arco del triennio 2020-2023, circostanza che non è stata contestata in sede di ricorso.

Una volta affrontato il primo dei due parametri che hanno condotto la Regione nel percorso di risanamento condiviso con lo Stato, il TAR affronta la questione dei LEA, argomentando che, ad avviso del Collegio, la Campania ha dimostrato in sede di ricorso di avere raggiunto gli obiettivi di sufficienza secondo quanto previsto dalla normativa sul monitoraggio dei LEA. L'argomentazione non riguarda, dunque, il rapporto tra la Regione e lo Stato rispetto al Piano di rientro, ma si concentra sul raggiungimento delle soglie previste dal sistema di garanzia introdotto dal D.M. 12 marzo 2019.

La valutazione del diniego è fatta sulla base della nuova previsione normativa che ha sancito l'attuale sistema di valutazione con i tre macro-livelli²³. Il Collegio ha preso le mosse dalla circostanza che il NSG, così come stabilito dal Ministero con proprio Decreto, rappresenta un meccanismo valutativo di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria su base nazionale, volto a collegare le prestazioni effettivamente erogate alle dimensioni di efficienza, efficacia e sicurezza. Pertanto, gli indicatori specifici non sono mai intesi a costituire condizioni autonome di sufficienza o insufficienza, ma svolgono un ruolo strumentale e concorrono a generare il punteggio sintetico dei macro-livello. La sentenza, effettuate le premesse sul Decreto ministeriale afferma che l'ordinamento non individua degli "indicatori decisivi" considerato il numero e la natura eterogenea degli indicatori stessi, pertanto non può esistere, afferma il Collegio, un indicatore che prevalga sugli altri nel risultato complessivo.

Il TAR incentra, dunque, la propria valutazione ritenendo che in suddetta cornice tecnica, l'uso selettivo di due soli indicatori, come condizioni ostative assolute, si colloca fuori dal disegno complessivo della normativa. L'argomentazione si fonda sull'idea che l'Allegato II al D.M. 2019 stabilisce che la garanzia di erogazione dei LEA è raggiunta quando, in ciascun macro-livelli, la Regione consegue un punteggio superiore a 60 punti, soglia che delimita l'intervallo di garanzia dell'assistenza. Si tratta di un criterio normativo puntuale, non di un margine discrezionale, e dunque dotato di una forza precettiva che vincola l'Amministrazione. È proprio alla luce di questa cornice normativa che la sentenza valorizza in maniera decisiva il dato del monitoraggio LEA; in particolare dalla relazione del 2023, redatta dallo stesso Ministero della Salute, dal quale risulta che sono stati conseguiti punteggi 62, 72 e 72 nei tre macro-livelli.

Nell'ottica di chi è chiamato a decidere non si tratta di un risultato marginale, in quanto la Campania si colloca, sulla base del documento ministeriale, tra le Regioni che hanno rag-

²³ E cioè: prevenzione collettiva e sanità pubblica; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera; gli 88 indicatori specifici, distribuiti tra macro-livelli e aree trasversali (stima del bisogno, equità, PDTA), destinati a misurare aspetti puntuali dei processi assistenziali; la funzione di composizione, che sintetizza gli indicatori in punteggi numerici ricompresi tra 0 e 100, attribuiti per ciascun macro-livello, nella prospettiva di fornire una valutazione complessiva e non atomistica della performance regionale.

giunto la soglia minima in tutte le macroaree. Pertanto, il dato viene interpretato dal TAR come elemento idoneo a definire il giudizio. Ad avviso dei giudici, una volta certificato il superamento della soglia di 60 punti in ciascun macro-livello, non residua alcuno spazio per fondare un diniego sulla base di singoli indicatori specifici e pertanto l'argomentazione ministeriale viene rubricata come una violazione evidente del quadro normativo esistente. Il TAR non condivide quanto emerge dal comunicato stampa per cui si trasformano «due indicatori parziali in condizioni ostative assolute», sovrapponendo indebitamente un livello di analisi “micro” rispetto alla più ampia valutazione dei tre indicatori. Ed è così che, facendo propria la ricostruzione effettuata dalla Regione, sulla base dei documenti, il diniego del Ministero viene interpretato come un esercizio irragionevole e distorto del potere. Il TAR riconosce le criticità segnalate dal Ministero, non sminuendo quanto emerge in ordine agli screening oncologici o alla rete residenziale per anziani. Tuttavia, la sentenza pone una distinzione tra l'effettivo stato del Servizio sanitario regionale e la mera valutazione rispetto all'atto impugnato di cui si contesta la motivazione del provvedimento. Il TAR ha ritenuto illegittima la decisione del Ministero della salute ritenendo che il diniego opera un rovesciamento metodologico, utilizzando indicatori specifici per neutralizzare il punteggio dei macro-livelli. Il Collegio afferma testualmente che «ciascuna delle osservazioni del Ministero non muta la conclusione» giacché la Regione ha «raggiunto la soglia minima per ciascun macro-livello». Il ragionamento del Collegio distingue con chiarezza la tecnica di valutazione con la logica giuridica degli effetti. I Giudici ritengono che sia ammissibile ed anzi fisiologico che il Servizio sanitario regionale presenti punti di forza e punti di debolezza; ciò che non è ammissibile è che una valutazione positiva nel suo complesso venga inficiata dalla scelta ministeriale di “assolutizzare” singoli indicatori, senza che vi sia una previsione normativa a riguardo.

Sul punto, la decisione del TAR Campania mette in luce la debolezza del comunicato stampa e dunque della stessa motivazione assunta dal Ministero. In forza di ciò se il Ministero ritiene che la Regione Campania non sia nelle condizioni di concludere il proprio Piano di rientro, posto che non esiste una normativa puntuale che definisce la fine del percorso, deve argomentare in modo differente il diniego, chiarendo in modo sostanziale i motivi e non facendo riferimento, quasi a mo' di esempio, a due indicatori.

Nel caso in cui si seguisse un ragionamento contrario rispetto a quanto fatto dal TAR, è innegabile che gli indicatori di *screening* e di copertura residenziale, pur non potendo essere elevati ad una sorta di parametro più importante di altri, segnalano ambiti di criticità reale dell'assistenza. Sul punto è noto che la giurisprudenza costituzionale e la dottrina ritengono che i LEA non siano una mera soglia minima contabile, ma esprimano un contenuto sostanziale di qualità delle prestazioni²⁴. Il punto, allora, non è negare rilievo alle

²⁴ R. BALDUZZI, *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in *La politica economica tra mercati e regole. Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2005, pp. 49 ss. Per una più recente ricostruzione sul tema dei

criticità evidenziate dal Ministero, ma comprendere e capire il rapporto che sussiste tra queste e il percorso della Regione Campania in Piano di rientro da vent'anni.

La sentenza, sul punto, sembra poter fare illudere che si possa valutare una questione così complessa, qual è quella dell'erogazione dei servizi sanitari, sulla base di indicatori quantitativi numerici sganciati rispetto ad una puntuale valutazione nel merito. Inoltre, i risultati complessivi devono essere valutati anche all'interno di un arco temporale adeguato rispetto alla complessità dell'Accordo.

La criticità maggiore sembra potersi collocare nella modalità con cui si è esplicitata la volontà dell'Amministrazione, cioè il comunicato stampa, e del suo contenuto. La semplificazione argomentativa del diniego ha certamente agevolato un'interpretazione altrettanto semplificata di una questione ben più complessa, giungendo alla conclusione che il mero raggiungimento delle soglie numeriche possa garantire l'automatica fine del percorso del Piano di rientro. Di contro è evidente che vent'anni di misure per la riqualificazione del Servizio sanitario regionale non possano essere valutati sulla base di pochi documenti che l'economia processuale dinanzi al TAR impone. Ai lettori più attenti della normativa sull'Accordo tra Stato e Regione non sfugge, ad esempio, che talune Regioni sono state per diverso tempo nella condizione limite di poter concludere il proprio percorso per poi non riuscire ad addivenire ad un risanamento (non solo economico) che si potesse dire realmente compiuto. O ancora, non è possibile sottacere la condizione di talune Regioni che hanno completato il proprio percorso ed oggi si trovano nella condizione di dover valutare nuovamente la possibilità di dover sottoscrivere con lo Stato un Accordo. È dunque possibile che la Regione Campania abbia raggiunto la sufficienza di alcuni parametri che dimostrano il rispetto dei LEA, ma questa circostanza non la colloca, *ipso facto*, fuori dalla necessità di dover proseguire nel piano di riqualificazione del proprio servizio sanitario regionale.

5. (segue) b) come “autovincolo” nella valutazione statale sul raggiungimento degli obiettivi regionali

Tra le argomentazioni utilizzate dal TAR Campania vi è quella dell'applicazione al caso in esame del principio sull'autovincolo e cioè di quell'obbligo per l'Amministrazione di conformarsi a delle regole generali precedentemente tracciate²⁵. La circostanza è subito da

LEA si veda F. MASCI, *I livelli essenziali delle prestazioni: appunti per una ricostruzione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2025, pp. 110-205.

²⁵ Il TAR inserisce questa impostazione nella scia della giurisprudenza consolidata sull'autovincolo, la quale definisce l'istituto come strumento attraverso cui l'Amministrazione pone limiti alla propria discrezionalità nell'esercizio futuro del potere, individuando anticipatamente criteri e modalità per evitare che la complessità degli interessi possa favorire l'utilizzo di criteri decisionali non imparziali. L'autovincolo trova oggi un aggancio normativo espresso nell'art. 1 co. 2-bis, della legge 7 agosto 1990, n. 241, che sancisce il dovere di buona fede e collaborazione nel rapporto tra Ammini-

evidenziare perché applicata a un caso del tutto peculiare rispetto alla fattispecie generale che impone ad un'Amministrazione, al fine di evitare valutazioni non uniformi, di stabilire regole poste a presidio del futuro espletamento di una determinata potestà. La decisione è argomentata valorizzando la tesi che il sistema di monitoraggio dei LEA, così come strutturato dal D.M. 12 marzo 2019, non costituisce soltanto uno strumento tecnico di raccolta e lettura dei dati, ma si configuri come un vero e proprio quadro auto normativo attraverso il quale lo Stato si è vincolato a valutare in modo oggettivo e trasparente il raggiungimento dei LEA e dunque l'attività regionale in materia di organizzazione sanitaria. Pertanto, ad avviso del Collegio, una volta accertato l'equilibrio di bilancio e il raggiungimento della soglia di sufficienza in tutti e tre i macro-livelli LEA, l'Amministrazione non può negare l'uscita dal Piano di rientro invocando criteri diversi o ulteriori. Nel caso di specie, come già ricostruito, la Campania aveva dichiarato di avere conseguito l'equilibrio economico finanziario e, secondo il monitoraggio dei LEA, di avere raggiunto punteggi superiori a 60 in ciascuno dei tre macro-livelli²⁶. In questa direzione, secondo la chiave di lettura utilizzata, il diniego ministeriale si pone in contrasto con il quadro regolatorio che la stessa Amministrazione ha scelto di darsi. La questione viene ricondotta ad un comportamento dell'Amministrazione che avrebbe, con il diniego, disatteso quanto previsto dal D.M. del 2019 e dunque delle linee generali, assunte dall'Amministrazione e di per sé vincolanti, anche con riferimento al mantenimento o meno di un Piano di rientro. Tuttavia, lo si ribadisce ancora una volta, non esiste allo stato attuale una normativa che riconduca la permanenza o meno di una Regione nel Piano di rientro alla condizione del rispetto dei parametri LEA o di alcuni di questi²⁷. In senso contrario il Collegio ha ritenuto che le regole del citato Decreto Ministeriale costituiscano per «l'Amministrazione che le ha dettate, determinandosi a porre una disciplina per la sua stessa attività, che ne limita la discrezionalità; con la conseguenza di non poter disattendere le regole medesime, a discapito della correttezza dell'agire amministrativo e della tutela del destinatario. Il decreto ministeriale viene dunque letto non come un mero

strazione e amministrati e, più in generale, il dovere di coerenza dell'azione amministrativa. La violazione dell'autovincolo si traduce in un vizio di eccesso di potere, configurando una forma di sviamento rispetto alla funzione tipica del potere esercitato. Come chiarito dalla giurisprudenza amministrativa più recente, l'attitudine conformativa dell'atto di autovincolo rispetto alla futura attività dell'amministrazione discende dal principio di buona fede e collaborazione e dal più generale dovere di coerenza dell'azione amministrativa, in base al quale l'Amministrazione deve assumere atteggiamenti non contraddittori rispetto al proprio precedente operato. Quando l'Amministrazione, nell'esercizio del proprio potere discrezionale di autovincolarsi, stabilisce le regole poste a presidio del futuro espletamento di una determinata potestà, la stessa è tenuta all'osservanza di quelle prescrizioni, con la duplice conseguenza che le è impedita la loro disapplicazione e che la violazione di quelle determina l'illegittimità delle relative determinazioni.

²⁶ Il criterio è il raggiungimento di 62 punti per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, 72 punti per l'assistenza distrettuale, 72 punti per l'assistenza ospedaliera.

²⁷ Il riferimento è alla l. 30 dicembre 2004 n. 311 del 2004, art. 1 co. 180, che non pone criteri rigidi: «I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma».

atto organizzatori interno, ma come parametro esterno di legittimità del successivo esercizio del potere».

L'argomentazione del TAR non riguarda la legittimità o meno del sistema di controllo da parte dello Stato dei LEA, ma ritiene che una volta che vengono individuati con atto generale i criteri e le soglie di valutazione non si possano ignorare, pena l'illegittimità per eccesso di potere delle determinazioni adottate in violazione di tali regole. L'argomentazione si fonda sull'assunto per cui la centralità del controllo da parte dello Stato, con riferimento al rispetto dei parametri previsti, si debba fondare su di un meccanismo coerente, oggettivo e non arbitrario. Il TAR, nello scrivere l'argomentazione con riferimento al rispetto dell'auto vincolo pone una questione di rilevanza costituzionale rispetto ai rapporti tra Stato e Regione all'interno del percorso del Piano di rientro. Difatti, nella misura in cui non vi sia una cornice chiara entro cui muoversi rispetto all'individuazione dei parametri che permettono di ritenere rispettati o meno gli obblighi che derivano dal Piano di rientro, il rischio è quello che le scelte siano piegate a logiche contingenti, discrezionali e non trasparenti.

La lettura del TAR è certamente frutto di un vuoto normativo in cui il Giudice ha provato a dare una risposta applicando i principi generali rispetto all'agire della Pubblica Amministrazione. Tuttavia, il rischio dell'argomentazione utilizzata dai giudici amministrativi, seppur comprensibile all'interno del quadro che si è evidenziato, è quella di proceduralizzare un confronto che invece dovrebbe muoversi all'interno dei canoni di valutazioni nel rapporto tra Stato e Regione, improntanti all'interno della più generale chiave di lettura della leale collaborazione²⁸ per individuare le scelte migliori al fine di garantire la tutela del principio fondamentale di tutela della salute.

6. L'asserita "convenienza" a permanere nel Piano di rientro e il prevalente interesse alla tutela dell'autonomia regionale

Nelle memorie difensive l'Avvocatura dello Stato ha sollevato un'eccezione circa il – presunto – difetto di interesse della Regione Campania all'impugnazione del diniego.

La tesi sostenuta dalla difesa erariale è quella per cui la permanenza nel Piano di rientro apparirebbe, paradossalmente, più conveniente per la Regione, poiché consentirebbe l'accesso alla cosiddetta quota premiale prevista dall'art. 2, co. 68, lett. C) della l. 23 dicembre 2009

²⁸ Con riferimento alla rilevanza della Leale collaborazione tra Stato e Regione con riferimento alla normativa sul Piano di rientro si vedano le considerazioni di A. CARMINATI, *Vincoli di bilancio e leale collaborazione per le Regioni fuoriuscite dai piani di rientro sanitari. Nota alla sentenza n. 87 del 2024*, in *Le Regioni*, n. 6, 2024, pp. 1011-1023.

n. 191²⁹. Si comprende come la questione venga posta dall'Avvocatura dello Stato al fine di disinnescare il ricorso sostenendo una mancanza di interesse. Tuttavia, il tema assume una rilevanza di sistema nella lettura del rapporto tra Stato e Regione rispetto al maggiore finanziamento di cui godono le Regioni interessate, poiché la condizione di una permanenza nel Piano potrebbe essere considerata agevolativa rispetto alle Regioni che non versano in questa situazione. Tuttavia, è lo stesso TAR che, nel rigettare la tesi prospettata, offre una lettura del tutto condivisibile rispetto all'eccezione posta nel ricorso. I giudici capovolgono la lettura fondata su un calcolo di convenienza finanziaria, che non ha tenuto conto di una dimensione costituzionale delle questioni in essere. Ed è così che nelle motivazioni della sentenza si legge che a fronte di un beneficio economico, considerato dai Giudici «*circo-scritto*», in quanto relativo al quale l'accesso al fondo premiale, la Regione vanta un interesse «*di gran lunga maggiore*» e cioè il recupero della piena autonomia politica e in particolare la piena autonomia nella programmazione del servizio sanitario regionale. Il TAR richiama, seppur sommariamente nell'economia di una motivazione processuale, la giurisprudenza costituzionale, ormai pluridecennale, che ritiene costituzionalmente illegittime le leggi regionali adottate senza tenere conto del rispetto del Piano di rientro sanitario³⁰.

Per questo motivo è assolutamente riduttiva la chiave di lettura proposta dall'Avvocatura che ritiene come la permanenza nel Piano possa essere ritenuta «conveniente», in quanto, è evidente che lo strumento debba essere considerato eccezionale, anche solo perché limita fortemente l'autonomia regionale. La sentenza valorizza l'interesse della Regione che non si esaurisce in un mero vantaggio economico presentato come immediato, ma comprende, anzi, primariamente la possibilità per la Regione di riacquisire la piena responsabilità delle scelte programmatiche in materia di organizzazione sanitaria. In tal senso, il TAR afferma implicitamente che l'autonomia regionale costituisce non un interesse meramente politico, ma un interesse giuridicamente rilevante.

Questa impostazione trova conferma nella giurisprudenza costituzionale consolidata che ha chiarito come il Piano di rientro, pur rappresentando uno strumento necessario non può trasformarsi in un meccanismo permanente di compressione dell'autonomia regionale³¹. L'argomentazione non condivisibile, proposta nelle memorie statali, assume la permanenza

²⁹ «La quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è fissata nelle misure del 3 per cento e del 2 per cento delle somme di cui alla lettera b) rispettivamente per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97 per cento e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98 per cento ovvero in misura superiore. All'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dalla presente legge».

³⁰ Tale compressione, ricorda il TAR richiamando la giurisprudenza costituzionale, si manifesta, tra l'altro, attraverso il divieto di effettuare spese non obbligatorie, ossia tutte le spese non direttamente riconducibili al Piano e ai programmi operativi. Per una più recente riflessione sul punto si veda A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in piano di rientro*, in Gruppo di Pisa, n. 1, 2025, pp. 137-156.

³¹ Corte costituzionale sentenza n. 117 del 2018, «il piano di rientro è ispirato all'esigenza di assicurare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e al superamento della grave crisi strutturale della finanza regionale, nella prospettiva di un sicuro ritorno alla fisiologia gestionale dell'ente territoriale e delle sue aziende».

nel Piano come una sorta di “premio paradossale”, rovesciando la *ratio* originaria del meccanismo. Il Piano nasce come strumento temporaneo e straordinario di contenimento del disavanzo e di recupero dell'efficienza del servizio sanitario, non come un regime alternativo e stabile di finanziamento. Una volta che la Regione ha raggiunto gli obiettivi strutturali (equilibrio di bilancio e garanzia dei LEA), la prosecuzione del Piano perderebbe legittimazione funzionale e potrebbe convertire un vincolo straordinario in una forma di controllo permanente, in evidente violazione con i principi di autonomia e di leale collaborazione. L'autonomia rappresenta un valore, costituzionalmente tutelato e non può ridursi il tema del rapporto tra Stato e Regione ad un mero calcolo economico di convenienze. È evidente come, dunque, l'argomentazione non può essere l'opportunità finanziaria ma la valutazione di merito se sussistono o meno le condizioni affinché la Regione prosegua nel proprio percorso.

È proprio la più recente giurisprudenza della Corte costituzionale a ritenere come il permanere di una Regione in una condizione di Piano di rientro non possa che essere ritenuto patologico³². Pertanto, sul punto, è molto interessante la decisione del TAR Campania che ribadisce come sussista l'interesse regionale all'uscita dal Piano di rientro, una volta raggiunti gli obiettivi previsti e che questo non può essere negato sulla base di valutazioni di mera opportunità finanziaria, ma deve essere riconosciuto come interesse meritevole di tutela giurisdizionale, in quanto espressione dell'autonomia costituzionalmente garantita alle Regioni nella gestione delle funzioni loro attribuite. Da qui l'interpretazione, non secondaria, questa volta di carattere più generale, per cui la convenienza economica non può essere ritenuto parametro idoneo a escludere l'interesse al ricorso quando l'atto impugnato incide sull'autonomia programmatica della Regione. In questo caso l'interesse a ricorrere della Regione Campania è dunque pienamente attuale e qualificato, poiché volto non già a perseguire un vantaggio finanziario, bensì a rimuovere un vincolo che comprime una sfera costituzionalmente protetta della sua attività.

L'autonomia regionale costituisce un valore costituzionalmente protetto che non può essere sacrificato a mere considerazioni di convenienza economica, ma deve essere bilanciato con le esigenze di coordinamento della finanza pubblica secondo criteri di proporzionalità e ragionevolezza. Nel caso del Piano di rientro è in gioco per un verso la tutela della salute e per altro il principio di coordinamento della finanza pubblica. È evidente che l'interesse primario dello Stato è quello che la Regione recuperi appieno la propria capacità di organizzare correttamente i servizi sanitari al fine di garantire la tutela della salute nel territorio. Ed è sempre interesse dello Stato che la Regione recuperi la propria autonomia affinché siano pienamente rispettati i principi costituzionali, che non possono essere letti secondo l'idea

³² Si pensi alla giurisprudenza in ordine alla Regione Calabria, sul punto sia concesso rinviare a A. PATANÈ, D. SERVETTI, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla “crisi dell'autonomia”*. Nota alla sentenza della Corte costituzionale n. 168/2021 sul piano di rientro sanitario della Regione Calabria, in *Corti Supreme e Salute*, 2021, pp. 257-276.

di una “convenienza” da parte di talune Regioni a ricevere più fondi, a questo punto si potrebbe aggiungere, a discapito delle Regioni che non hanno sottoscritto il Piano di rientro.

7. La rilevanza della sentenza oltre il caso della Campania. Un monito per legislatore affinché adotti una disciplina puntuale per l’uscita dal Piano di rientro

La decisione del TAR Campania n. 7431 del 2025 assume una rilevanza che travalica la specifica vicenda regionale perché si colloca al centro di una questione inerente ad un istituto di primaria importanza. La normativa sul Piano di rientro ha ormai compiuto vent’anni e molte Regioni hanno utilizzato questo strumento, come nel caso della Campania, per molti anni. È evidente che la procedura prevista dal Piano di rientro non può essere considerata la normalità nei rapporti tra Stato e Regione in materia di organizzazione dei servizi sanitari e che la straordinarietà dello strumento debba prevedere una sua fine. Allo stesso tempo è ormai consolidato il dato che le Regioni che hanno compiuto il percorso previsto dalla normativa sul Piano di rientro abbiano ottenuto risultati tangibili nel miglioramento della propria condizione di equilibrio di bilancio e di garanzia dei LEA sul territorio. La sentenza, dunque, mette in risalto non tanto la circostanza di una lunga permanenza della Regione, piuttosto la necessità di una normativa che eviti situazioni di incertezza nel rapporto tra Stato e Regione nel definire il percorso di uscita dal Piano di rientro. L’assenza di una procedura per la conclusione del Piano rischia di divenire un alibi, anche per le stesse Regioni, e così trasformare un meccanismo eccezionale e temporaneo in forme di compressione strutturale dell’autonomia. Il TAR offre una lettura fortemente costituzionalistica della vicenda muovendosi all’interno di un perimetro ben definito, da un lato, le esigenze di risanamento e di coordinamento della finanza pubblica, richiamando la giurisprudenza costituzionale sul Piano di rientro; dall’altro, la tutela del diritto alla salute e dei Livelli essenziali di assistenza. Infine, ma non meno importante, la tutela dell’autonomia regionale in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale. Il Piano di rientro, come la stessa Corte costituzionale ha in più occasioni riconosciuto, è legittimato proprio in quanto strumento eccezionale di compressione temporanea dell’autonomia, funzionale al riequilibrio economico ed alla garanzia dei LEA.

Il TAR si è trovato, suo malgrado, a dover compiere un ruolo che non gli è proprio, quello cioè di trovare una soluzione ad una questione, molto complessa, che doveva essere individuata dallo Stato e dalla Regione nei tavoli di confronto e non ricondotta alla valutazione sulla legittimità o meno di un atto in sede giurisdizionale. Il Collegio, utilizzando gli strumenti del processo amministrativo, ha dovuto tracciare una linea coerente rispetto alle argomentazioni esposte dalle parti con riferimento ad un atto, il comunicato stampa, che non rappresenta e non rende merito alla complessità dello strumento. Ed è così che il TAR non ha potuto fare altro che valorizzare il ruolo del Nuovo Sistema di Garanzia, introdotto dal d.m. 12 marzo 2019, non come mera griglia tecnica di misurazione, ma come un vero e

proprio parametro legale di autovincolo per il Ministero. Il Collegio ha, condivisibilmente, stigmatizzato un'argomentazione semplificatoria di una situazione estremamente complessa. È evidente che se l'argomentazione sulla permanenza o meno di una Regione nel Piano di rientro si fonda esclusivamente sui parametri LEA, non è ragionevole l'argomentazione di diniego fondata su due o tre micro-indicatori settoriali. L'irragionevolezza sembra doversi collocare nell'argomentazione del Ministero, perlomeno nel comunicato stampa, dove è stato dato atto di una situazione, apparentemente positiva, per poi stigmatizzare il mancato rispetto di questioni come gli *screening* oncologici o la copertura residenziale per anziani. Appare evidente che se la spiegazione assunta dal Ministero si fonda esclusivamente su quanto riportato nel comunicato stampa questo è riduttivo ed è incompatibile con la logica sistemica del NSG. Le criticità riportate, pur se reali, vanno collocate nella giusta sede e dunque non come ostacolo assoluto alla fine del percorso del Piano di rientro, bensì come oggetto di specifici interventi migliorativi nell'ambito della fisiologica dialettica tra Stato e Regione rispetto alla progressiva qualificazione dell'offerta assistenziale. Se la Regione Campania deve permanere o meno nel percorso del Piano di rientro è necessaria un'argomentazione strutturata che dimostri e giustifichi le posizioni ministeriali. La confusione tra le probabili argomentazioni di fondo su di un mancato raggiungimento di un livello considerato sufficientemente maturo per concludere il percorso del Piano di rientro e le argomentazioni del Ministero hanno indotto il TAR a ritenere violato il principio dell'autovincolo amministrativo che, tuttavia, assume in questa vicenda una rilevanza sovrabbondante rispetto alla normativa di settore. Come già argomentato, non esiste una disposizione specifica rispetto alla conclusione del Piano di rientro e pertanto non convince l'idea dell'autovincolo rispetto al Piano stesso; lo si ribadisce, il rispetto dei LEA è uno dei parametri, ma non è qualificato in nessun atto normativo come il criterio che possa determinare, in via autonoma o esclusiva, l'entrata o l'uscita dal percorso di riqualificazione del servizio sanitario regionale. La valutazione, molto più complessa è rimessa ai tavoli tecnici tra Stato e Regione, che devono valutare un insieme di fattori, sempre con l'obiettivo ultimo di garantire il rispetto del principio fondamentale alla tutela della salute. È legittimo ritenere che debba essere prevista una regola maggiormente chiara, non solo in favore del legittimo affidamento delle Regioni, ma anche in favore di una trasparenza generalizzata, soprattutto quando si tratta di percorsi ventennali di risanamento che vincolano le scelte politiche della Regione.

La Regione è difatti titolare di un interesse qualificato, qual è il recupero della piena autonomia politica e programmatoria in materia sanitaria. Per questo motivo è condivisibile il pieno respingimento della tesi della "convenienza" a permanere nel Piano di rientro per continuare ad accedere alla quota premiale sia nelle difese della Regione che nelle argomentazioni del TAR. La permanenza indefinita nel regime straordinario del Piano, una volta raggiunti gli obiettivi prefissati, determinerebbe uno slittamento funzionale dello strumento: da meccanismo di riequilibrio a forma permanente di controllo politico-amministrativo, difficilmente compatibile con l'assetto autonomistico e con il principio di leale collaborazione. L'interesse alla fuoriuscita, in questa prospettiva, è non solo giuridicamen-

te rilevante, ma costituzionalmente protetto, e non può essere neutralizzato attraverso logiche meramente contabili o di “ottimizzazione” dei trasferimenti.

Lo Stato ha già annunciato appello al Consiglio di Stato e dunque, a breve, la giustizia amministrativa si pronuncerà ancora una volta rispetto alla legittimità o meno del diniego serbato dal Ministero della Salute alla Regione Campania. Al di là dei profili che saranno motivo di ricorso, ad oggi, sussiste un vuoto normativo rispetto all’indicazione di una procedura sulle modalità di uscita dal Piano di rientro. La conclusione del percorso resta affidata a prassi ed è una mancanza che va colmata rapidamente. La sentenza del TAR dovrebbe essere un pungolo urgente affinché il legislatore preveda una regolamentazione positiva dell’uscita, fondata su criteri quanto possibile oggettivi, parametri verificabili, tempi certi e procedure formalizzate. Una modifica di questo tipo appare ormai indispensabile per garantire parità di trattamento tra Regioni ed allo stesso tempo responsabilizzazione degli attori istituzionali ed eviterebbe situazioni di contenzioso come quello campano³³.

Considerato, tra l’altro, che la sentenza del TAR partenopeo rimanda comunque alle Amministrazioni in ordine al «*completamento e alla formalizzazione del percorso di fuoriuscita della Regione Campania dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario*» e che, dunque, neanche il Consiglio di Stato potrà porre una parola definitiva senza una nuova decisione condivisa tra le parti. Per questo motivo sarebbe quanto mai opportuno ricondurre le cose nel giusto alveo di dialogo tra Stato e Regione ed adesso – conclusa anche la tornata elettorale regionale – individuare un punto di partenza e di arrivo, a beneficio dei cittadini residenti in Campania affinché sia garantito il principio fondamentale di tutela della salute.

³³ Si segnala che legge di bilancio per il 2026 è previsto che dopo il co. 304 dell’art. 1 della l. 30 dicembre 2024, n. 207, è inserita una previsione che si riferisce a quello che è una misura di regolamentazione del rapporto tra Stato e Regione in materia sanitaria e di rapporto anche di finanziamento, ma che non può essere considerata una modifica che possa regolamentare quei rapporti tra Stato e Regione in materia: «304-bis. La regione che non raggiunge la soglia di garanzia minima in una o più delle macro-aree o per singoli indicatori previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria, adottato con il decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14 giugno 2019, in attuazione dell’articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, e dei commi 303 e 304 del presente articolo, è sottoposta ad audit, ai sensi dell’articolo 1, comma 4, del citato decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, da parte del Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, istituito ai sensi dell’articolo 9 dell’intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, al fine di individuare gli interventi necessari per assicurare il raggiungimento entro e non oltre i successivi due anni da parte della regione della soglia di garanzia minima nella macro-area interessata o nei singoli indicatori utilizzati per il relativo monitoraggio. Resta fermo quanto previsto ai sensi dell’articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, in materia di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell’erogazione del finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale».