

***Tensione nei rapporti tra Stato e Regioni sul tema della sanità (a margine del decreto-legge n. 35/2019)\****

*di Bruno Brancati – Dottore di ricerca in giustizia costituzionale e diritti fondamentali nell'Università di Pisa*

ABSTRACT: This paper concerns some interesting problems which are linked to the d.l. n. 35/2019. It includes some measures relating to the Calabrian Health Service and the National (Italian) Health Service. The measures relating to the Calabrian Health Service follow the trend of the central Government, i.e. a heavy intervention on this Service. Another very interesting topic is the health management, which is a matter already covered by d.lgs. n. 171/2016. In particular, an attempt has been made to introduce a rule that counteracts political logic and strengthens meritocratic logic as regards the appointment of the General Director: it is an important goal. This attempt has to deal with the Constitutional Court's case law, and in particular with the decision n. 251/2016, because the Italian Constitutional Court established that the central intervention in health management must ensure genuine involvement of the Regions.

SOMMARIO: 1. Il d.l. e alcuni suoi contenuti rilevanti - 2. Il contesto istituzionale e normativo in cui si colloca il d.l., con riguardo al Ssr calabrese - 3. Profili di interesse dell'*iter* di conversione del d.l.: la dirigenza sanitaria - 4. Considerazioni provvisorie: mali della sanità e autonomie regionali.

---

\* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le linee guida della Rivista.

## 1. Il d.l. e alcuni suoi contenuti rilevanti

Con questo contributo, si intende attirare l'attenzione sul d.l. 30 aprile 2019, n. 35 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" (d'ora in poi, il "d.l."), adottato dal Governo Conte<sup>1</sup>, ed entrato in vigore il 3 maggio 2019. L'obiettivo è circoscritto e consiste nel fornire una presentazione di alcuni aspetti interessanti dell'intervento normativo, collocandolo nel contesto istituzionale e ordinamentale, alla luce di alcuni elementi apparsi nell'evoluzione della sanità nel nostro Paese negli ultimi anni; saranno individuate anche alcune questioni evocate dal decreto-legge e dall'*iter* di conversione<sup>2</sup>, ma in questa sede non si intende affrontarle esaustivamente per offrire proposte di soluzione.

Il testo dell'atto normativo è ripartito in tre capi, dedicati rispettivamente al Servizio sanitario della Regione Calabria (capo I), a specifiche tematiche del settore sanitario di livello nazionale (capo II) e, infine, alle disposizioni finanziarie, transitorie e finali (capo III).

I contenuti rilevanti del capo dedicato al Servizio sanitario regionale (d'ora in poi, "Ssr") calabrese, sinteticamente presentati, sono i seguenti: compito di verifica straordinaria, da parte del Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro, sull'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere universitarie, con i connessi poteri di dichiarare la decadenza dall'incarico e di risolvere il contratto (art. 2) e di nominare al posto del direttore generale un Commissario straordinario (art. 3); norme sul dissesto finanziario degli enti del Ssr (art. 5); ricorso esclusivo, per gli enti del Ssr, agli strumenti di CONSIP S.p.a., ovvero a centrali di committenza di altre Regioni, per affidamenti superiori alle soglie di rilevanza comunitaria, essendo previsto, per valori inferiori alle suddette soglie, un Protocollo d'intesa tra Commissario *ad acta* ed Anac (art. 6)<sup>3</sup>; Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della

---

<sup>1</sup> Il Governo Conte ha assunto le funzioni il 1° giugno 2018. Il Consiglio dei Ministri con cui era stato approvato il d.l. si era tenuto a Reggio Calabria il 18 aprile 2019. Vedi comunicato stampa n. 55 del Consiglio dei Ministri del 18 aprile 2019, <http://www.governo.it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-55/11428>. Il d.l. è stato approvato su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte e del Ministro della salute Giulia Grillo.

<sup>2</sup> Il testo del disegno di legge di conversione con modificazioni, approvato dalla Camera dei Deputati il 30 maggio 2019, è stato approvato definitivamente dal Senato della Repubblica il 19 giugno 2019.

<sup>3</sup> Rimane ferma la possibilità di avvalersi del Provveditorato interregionale per le opere pubbliche per la Sicilia-Calabria (art. 6 del d.l.).

Regione (art. 6); autorizzazione, per l'anno 2019, della spesa di euro 82.164.205 per ammodernamento tecnologico (art. 6); misure straordinarie nell'ambito della prevenzione della corruzione (art.7)<sup>4</sup>.

Per quanto riguarda le norme dedicate al Servizio sanitario nazionale (d'ora in poi, "Ssn"), si vuole concentrare l'attenzione soltanto sul tema delle nomine dei direttori generali, che sono state oggetto di discussione nell'ambito dell'*iter* di conversione e, infine, di una previsione normativa approvata da entrambe le Camere. In particolare, nella XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati in sede referente (XVIII legislatura), l'on. Dalila Nesci (M5S) aveva proposto l'introduzione, nel testo dell'art. 11 del d.l., di un comma 5-bis relativo alla selezione dei direttori generali, in base al quale la rosa dei candidati sottoposta al Presidente della Regione sarebbe stata "ordinata" secondo una graduatoria di merito<sup>5</sup>. Successivamente, la Camera dei Deputati ha approvato una diversa proposta emendativa che limita il perimetro di applicazione della "novità" rappresentata dalla graduatoria di merito, circoscrivendola principalmente alle Regioni commissariate<sup>6</sup>. Il contenuto di tale proposta ha ricevuto anche l'approvazione del Senato della Repubblica ed è stato introdotto nel testo del decreto<sup>7</sup> dalla legge di conversione n. 60 del 2019.

I casi straordinari di necessità e urgenza che costituiscono i presupposti del d.l. si possono distribuire in due insiemi, uno relativo ad un determinato Ssr, quello calabrese, e l'altro riguardante il Ssn. Ciò che accomuna i due insiemi è lo scopo principale che il Governo Conte ha inteso

---

<sup>4</sup> Si segnala, anche se non fa parte del capo I, l'art. 15, in tema di cessazione dalle funzioni e revoca delle procedure selettive dei direttori generali.

<sup>5</sup> Segue il testo della proposta: "In deroga all'articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, nelle more della revisione dei criteri di selezione dei direttori generali e, comunque, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, la rosa dei candidati è proposta secondo una graduatoria di merito, sulla base dei requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire".

<sup>6</sup> Segue il contenuto della proposta emendativa (11.200. in Assemblea riferita al C. 1816-A, XVIII legislatura): "5-bis. Nelle more della revisione dei criteri di selezione dei direttori generali degli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando, per le Regioni non sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, quanto previsto dall'articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, nelle Regioni commissariate ai sensi del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, la rosa dei candidati è proposta secondo una graduatoria di merito, sulla base dei requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Entro i medesimi limiti temporali, per le Regioni sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, il Presidente della Regione effettua la scelta, nell'ambito della predetta graduatoria di merito, anche prescindendo, previa adeguata motivazione, dal relativo ordine. Previo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, la disciplina prevista dal primo periodo del presente comma per le Regioni commissariate può essere estesa alle Regioni sottoposte ai piani di rientro".

<sup>7</sup> Art. 11, comma 5-bis.

perseguire attraverso le previsioni normative del d.l., uno scopo il cui raggiungimento è indispensabile, ma, in buona parte, nient'affatto scontato: la tutela dei livelli essenziali di assistenza. Questi ultimi costituiscono un tema spinoso soprattutto nelle Regioni in situazioni di gravi difficoltà finanziarie, quali sono quelle sottoposte a piani di rientro<sup>8</sup> e a commissariamento<sup>9</sup> (la Calabria è una di queste). Per questo, il risanamento dei conti pubblici si intreccia inevitabilmente con la questione dei livelli essenziali di assistenza<sup>10</sup>. Il piano di rientro deve, dunque, fronteggiare la sfida di tutelare i livelli essenziali di assistenza, contrastando contemporaneamente la crescita della spesa sanitaria<sup>11</sup>.

<sup>8</sup> I piani di rientro costituiscono un tassello centrale nelle trasformazioni che hanno riguardato la sanità in Italia. Essi sono stati visti come l'espressione di un importante cambiamento di approccio da parte del governo nazionale nel rapporto con le Regioni in materia di sanità (vedi L. AZZOLINA, E. PAVOLINI, *La sanità alla prova nelle regioni del Sud*, il Mulino, fasc. 4, luglio-agosto 2012, 620; per Buzzacchi, rappresentano «il fenomeno più significativo che ha interessato il comparto sanitario nel nuovo millennio»: vedi C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle regioni commissariate*, in Forum di Quaderni costituzionali, 1 aprile 2019, 1). Il piano di rientro è un accordo stipulato tra Regioni in disavanzo e Stato, che, dal punto di vista del contenuto, si presenta come un «programma di ristrutturazione industriale», teso a riorganizzare il Servizio sanitario regionale, anche tramite una identificazione dei settori dove si registrano le inefficienze più significative (vedi IVI, 2).

<sup>9</sup> Il commissariamento delle Regioni per la spesa sanitaria in disavanzo è un fenomeno che ormai da più di dieci anni incide sull'autonomia regionale, fino al punto di provocare delle distorsioni della stessa (vedi IVI, 1). Numerose e molto delicate sono le questioni sollevate dal commissariamento. In questa sede, si potranno solo fare brevi cenni. Sicuramente, il commissariamento, comportando il ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera, delle spese di personale, e di quella farmaceutica convenzionata, rende molto difficile la garanzia delle prestazioni sanitarie che devono essere erogate, anche se vengono registrati dei miglioramenti da questo punto di vista (vedi IVI, 2; la garanzia dei livelli essenziali di assistenza può porsi anche al centro del mandato commissariale: vedi IVI, 7). Forti, poi, sono le ricadute sull'autonomia regionale (vedi *ibidem*). Come emerge anche dalla sent. n. 247/2018, la giurisprudenza costituzionale mette in evidenza la soggezione delle Regioni ai piani di rientro e i limiti che sorgono dalla nomina del Commissario, la cui sfera di attribuzioni viene particolarmente protetta, essendo vietata qualsiasi interferenza regionale, anche se venisse realizzata in via legislativa (e, addirittura, anche se fosse soltanto potenziale), e riducendosi i compiti della Regione all'impulso e alla vigilanza sui livelli essenziali di assistenza e alla trasposizione di entrate e oneri finanziari per la sanità nel bilancio regionale (vedi IVI, 4). Alla luce di questa notevole estensione dei poteri, è stata molto dibattuta la compatibilità (o meno) della carica di Presidente della Giunta regionale con il ruolo di Commissario, per una serie di ragioni, tra cui la contraddittorietà insita nell'affidare compiti di risanamento ad un soggetto verosimilmente responsabile, almeno in parte, della situazione da risanare, e l'estensione dei poteri a discapito del Consiglio regionale (vedi IVI, 5). Questione molto delicata è se il commissario *ad acta* possa esercitare il potere sostitutivo in via normativa (vedi, ad esempio, R. DICKMANN, *Il commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa? (nota a Corte cost., 14 gennaio 2010, n. 2)*, in *federalismi.it*, Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato, 10 febbraio 2010; N. VICECONTE, *Gli atti dei Commissari ad acta in sanità tra "forma" amministrativa e "sostanza" legislativa: la Corte asserisce, ma non chiarisce*, in *Giurisprudenza costituzionale*, fasc. 6, 2014, 4732 ss.; G. COSMELLI, *Sostituzione normativa e piani di rientro dal disavanzo sanitario: torna alla Corte la questione dei poteri "legislativi" del commissario governativo*, in *Osservatorio costituzionale*, marzo 2014; C. BUZZACCHI, cit., 5-6). Per alcune brevi ricostruzioni della normativa sui piani di rientro e sul commissariamento della sanità, senza pretesa di esaustività, vedi G. FONTANA, *L'incostituzionalità delle interferenze regionali sui poteri commissariali del Presidente della Giunta*, in *Giurisprudenza costituzionale*, fasc. 2, 2011, 1196 e ss. e E. GRIGLIO, *Il legislatore dimezzato: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, fasc. 3, maggio-giugno 2012, in particolare 485-490.

<sup>10</sup> Al monitoraggio dei conti è stato affiancato il monitoraggio dei livelli (vedi C. BUZZACCHI, cit., 2).

<sup>11</sup> Vedi *ibidem*. Il piano mira, da un lato, ad un contenimento generalizzato della spesa, e, dall'altro, alla conciliazione tra equilibrio economico e garanzia dei livelli essenziali di assistenza (vedi E. GRIGLIO, *Il legislatore*

## 2. Il contesto istituzionale e normativo in cui si colloca il d.l., con riguardo al Ssr calabrese

La sanità calabrese è stata percepita – almeno dal Governo Conte – come “una grave anomalia in Italia”<sup>12</sup>, anche a causa delle infiltrazioni criminali, e dieci anni di misure straordinarie non sembrerebbero essere bastati per riportarla nei binari della normalità e della legalità. Viene, dunque, avvertita l’esigenza di adottare misure eccezionali di durata temporanea per risolvere i problemi<sup>13</sup>. La sanità calabrese “vanta” – è cosa nota – una storia piuttosto travagliata e torbida<sup>14</sup>, purtroppo. Una data importante è il 17 dicembre 2009, quando veniva siglato l’accordo per il Piano di Rientro 2010-2012<sup>15</sup>. Con un decreto-legge, il n. 78 del 2009, convertito con modificazioni dalla legge n. 102 del 2009, era stato previsto un meccanismo atto ad assicurare l’elaborazione in tempi piuttosto brevi di un Piano di rientro per il Servizio sanitario calabrese (vedi art. 22, comma 4, lett. a), b), c)

---

*dimezzato: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, fasc. 3, maggio-giugno 2012, 479; ai sensi dell’art. 2, comma 77 della L. n. 191 del 2009, il piano di rientro contiene due tipi di misure: quelle volte a “garantire l’equilibrio di bilancio sanitario” e quelle di “riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza”). I piani di rientro sono funzionalmente legati, dunque, alla tutela dei livelli essenziali di assistenza. Tuttavia, non va dimenticato che tra piano di rientro e tutela dei diritti si è sviluppato, nel corso del tempo, un rapporto che si potrebbe dire alquanto ambiguo – senza assegnare a questo termine un giudizio di valore. Nella giurisprudenza costituzionale, il piano di rientro è stato considerato un limite per la previsione, da parte di una legge regionale, di livelli di assistenza supplementari in contrasto con gli obiettivi di risanamento dello stesso piano di rientro (vedi, ad esempio, la sent. n. 104/2013, C. cost., e il commento di M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore». L’impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, nn. 5-6, ottobre-dicembre 2013, 1078 ss.). L’ambiguità del rapporto tra piani di rientro e tutela dei diritti si riflette, in dottrina, tra quanti ritengono i piani come causa della riduzione dei diritti e quanti li considerano funzionali alla tutela dei diritti (vedi T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, n. 4/2013, 25/10/2013, 6). Copiosa è la letteratura sui piani di rientro. In questa sede, si richiamano soltanto alcuni contributi ulteriori: E. JORIO, *I piani di rientro dei debiti sanitari regionali. Le cause, le proposte e le eccezioni*, in *federalismi.it*, *Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, 18 febbraio 2009; Id., *Una più accurata certezza nel controllo del debito nella individuazione delle soluzioni*, in *federalismi.it*, *Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, 8 aprile 2009; S. Calzolaio, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell’equilibrio di bilancio*, in *federalismi.it*, *Rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo*, 10 dicembre 2014.

<sup>12</sup>Vedi Comunicato del Ministro della Salute Giulia Grillo n. 49 del 18 aprile 2019, [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_4\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=comunicatistampa&id=5180](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=comunicatistampa&id=5180). La tesi che la sanità calabrese rappresenti un *unicum* nel panorama italiano è contestata, quantomeno da esponenti politici, che hanno invocato un intervento emergenziale per la sanità del Molise (la fonte della notizia è <https://www.isnews.it/politica/61974-sanita-molise-come-la-calabria-l-appello-del-pd-al-ministro-grillo-per-un-decreto-salvagente.html>).

<sup>13</sup> Ai sensi dell’art. 15, comma 1, del d.l., le disposizioni del capo I si applicano per la durata di 18 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto stesso.

<sup>14</sup> Parla della sanità come “luogo privilegiato di affari, intrighi e potere” V. METE, *La Calabria*, in *il Mulino*, fasc. 6, novembre-dicembre 2017, 81.

<sup>15</sup> Il piano era stato approvato con Delibera di Giunta regionale n. 845 il 16 dicembre 2009.

del d.l. n. 78 del 2009, convertito con modificazioni dalla legge n. 102 del 2009). Com'è noto, nei casi di vicende patologiche che interessano la sottoposizione di un Ssr ad un Piano di rientro, si può addivenire al commissariamento, il quale viene disposto solo in presenza di certi presupposti e all'esito di un determinato *iter*. Esso rappresenta una manifestazione del potere sostitutivo del Governo<sup>16</sup>. Non costituisce mai una automatica conseguenza del Piano di rientro, ma piuttosto una *extrema ratio*<sup>17</sup>. Per la Regione Calabria, i tempi e i presupposti per il commissariamento erano già "maturi" dopo circa 7 mesi dal raggiunto accordo sul piano di rientro<sup>18</sup>. Con il passare degli anni, si

---

<sup>16</sup> Vedi, ad esempio, N. VICECONTE, cit. 4732 ss., e, a titolo esemplificativo, la sent. n. 199/2018, C.cost. Il Governo, ai sensi dell'art. 120, comma 2, Cost., può sostituirsi (anche) a organi regionali «nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali»; l'ultimo periodo del comma è il seguente: «la legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione». Si è affermato che il potere sostitutivo sia stato oggetto di una "riscoperta" sotto la vigenza della riforma costituzionale apportata con la L. cost. n. 3 del 2001, in virtù di una correlazione con i poteri delle autonomie territoriali e con l'importanza assunta dal riequilibrio della finanza pubblica (vedi E. GRIGLIO, cit., 456-457). Il potere sostitutivo si può interpretare come una conseguenza delle istanze unitarie (C. Bertolino parla di interessi essenziali attribuiti alla responsabilità dello Stato: vedi C. BERTOLINO, *Stato e Regioni tra potere sostitutivo, chiamata in sussidiarietà e clausola di supremazia nella prospettiva del progetto di riforma costituzionale "Renzi-Boschi"*, in *federalismi.it*, Rivista di diritto pubblico italiano, comparato ed europeo, 3), che devono trovare soddisfazione anche quando si verificano ipotesi patologiche. Non si può escludere, però, un uso scorretto di tale potere. L'indicazione nella previsione costituzionale di ipotesi tassative che lo legittimano dovrebbe fungere da argine contro arbitrarie aggressioni alle autonomie territoriali, ma si deve riconoscere che la formulazione di tali ipotesi lascia al Governo una vastissima discrezionalità (parla di «formula molto ampia, quasi indeterminata» E. MALFATTI, *Le Regioni e gli enti locali*, in R. ROMBOLI (a cura di), *Manuale di diritto costituzionale italiano ed europeo*, vol. I, Lo Stato e gli altri ordinamenti giuridici, i principi fondamentali e le istituzioni politiche, Giappichelli, Torino, 2019, 580). Occorre, pertanto, vigilare affinché tale potere non diventi incontrollato (in questo senso, vedi M. MICETTI, *Titolo V e potere sostitutivo statale. Profili ricostruttivi ed applicativi*, in <http://www.issirfa.cnr.it/michela-michetti-titolo-v-e-potere-sostitutivo-statale-profilo-ricostruttivi-ed-applicativi-ottobre-2012.html>, ottobre 2012, 1). Ai fini della corretta individuazione del perimetro del potere sostitutivo, è stato sottolineato che diventa decisiva la questione del significato dei provvedimenti dovuti o necessari, o della omissione come fatto giuridicamente qualificato (vedi L. BUFFONI, *Il potere sostitutivo del governo e l'equilibrio di bilancio*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 10 ottobre 2018, 5). Sui poteri sostitutivi statali, vedi anche C. MAINARDIS, *I poteri sostitutivi statali: una riforma costituzionale con (poche) luci e (molte) ombre*, in *Le Regioni*, n. 6, dicembre 2001, 1357 ss.; R. CAMELI, *Poteri sostitutivi del Governo ed autonomia costituzionale degli enti territoriali (in margine all'art. 120 Cost.)*, in *Giurisprudenza costituzionale*, fasc. 5, 2004, 3390 ss.; D. PICCIONE, *Gli enigmatici orizzonti dei poteri sostitutivi del Governo: un tentativo di razionalizzazione*, in *Giurisprudenza costituzionale*, fasc. 2, 2003, 1207 ss.).

<sup>17</sup> Vedi A. PATANÈ, *La difficile "metabolizzazione" regionale del ruolo del Commissario ad acta nell'attuazione dei piani di rientro e la ferma posizione della Corte costituzionale*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 1, 30. Del resto, lo stesso potere sostitutivo viene considerato come ipotesi straordinaria (vedi, ad esempio, C. BERTOLINO, cit., 5, e sent. n. 43 del 2004, C. cost.).

<sup>18</sup> Infatti, con d.P.C.M. del 30 luglio 2010 veniva nominato Commissario *ad acta* il Presidente della Regione *pro tempore*, dott. Giuseppe Scopelliti.



sono susseguiti sia i programmi operativi<sup>19</sup>, sia i commissariamenti. Non c'è dubbio che si è in presenza di un'altra "anomalia", non soltanto calabrese, consistente nel protrarsi del commissariamento della sanità regionale per molti anni, senza che siano stati conseguiti gli obiettivi: il termine "anomali" è stato autorevolmente utilizzato dalla Corte costituzionale, che ha sentito la necessità di segnalare espressamente il «perdurante esautoramento del Consiglio e della stessa Giunta a favore del Commissario *ad acta*, soprattutto quando è impersonato dal Presidente della Giunta» (sent. n. 199 del 2018, che dichiarava incostituzionale una legge della Regione Campania). Se il caso di "doppio incarico" (Presidente di Giunta regionale-Commissario *ad acta*) aggiunge profili di anomalia al fenomeno del commissariamento<sup>20</sup>, rimane chiaro che un commissariamento di durata decennale, anche quando il Commissario *ad acta* non è il Presidente di Giunta regionale, presenti di per sé aspetti non fisiologici<sup>21</sup>.

Nel caso calabrese, i Commissari *ad acta* si passano il testimone, senza che gli obiettivi vengano raggiunti. Peraltro, il d.P.C.M. del 7 dicembre 2018 con cui è stato nominato il Gen. Dott. Cotticelli ha rappresentato un'occasione di particolare tensione nei rapporti tra livello statale e livello regionale, la quale è sfociata in un conflitto di attribuzione intersoggettivo, sollevato dalla Regione Calabria con un ricorso alla Corte costituzionale depositato in cancelleria il 22 gennaio 2019<sup>22</sup>.

In questo quadro molto teso si colloca il d.l., il quale, ponendosi in una linea di continuità con una tendenza del Governo centrale ad intervenire con strumenti "pesanti" sulla sanità calabrese,

---

<sup>19</sup> Vedi

<http://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?lingua=italiano&id=5029&area=pianiRientro&menu=calabria>.

<sup>20</sup> Vedi E. GRIGLIO, cit., 488-490.

<sup>21</sup> Da un punto di vista sociologico, è stato osservato che il "commissariamento" (intendendo il termine anche in senso non tecnico-giuridico) costituisce una cifra caratteristica della Calabria (spesso tristemente collegata alle infiltrazioni della 'ndrangheta), ma non esclusiva di questa Regione; e tuttavia, in Calabria è espressione di una patologia sistemica della democrazia e del governo locali, che comporta l'effetto deleterio di spegnere il desiderio di partecipazione dei cittadini, ormai preda della rassegnazione, come è accaduto in alcuni comuni della Locride (vedi V. METE, *La Calabria*, in il Mulino, fasc. 6, novembre-dicembre 2017, 80-81).

<sup>22</sup> La Regione, in particolare, contestava la tempistica e le modalità della nomina del Commissario Cotticelli e del subcommissario Schael, in quanto avrebbero precluso al Presidente della Regione di partecipare al Consiglio dei Ministri che aveva disposto le nomine. Venivano effettuate anche altre contestazioni, per le quali si rinvia al testo del ricorso. Infine, la Regione chiedeva alla Corte di sollevare innanzi a se stessa la normativa che consentirebbe di proseguire *sine die* il piano di rientro e il commissariamento mediante atti del commissario, richiamando la stessa sent. n. 199 del 2018, C. cost. Il ricorso veniva pubblicato sulla G.U. il 6 febbraio 2019. Il giudizio è stato definito dalla Corte costituzionale con la sent. n. 200 del 2019, con la quale la Corte ha dichiarato che spettava allo Stato e, per esso, al Consiglio dei Ministri nominare il commissario *ad acta* ed il subcommissario per l'attuazione del vigente piano di rientro, nella riunione del 7 dicembre 2018. Con riguardo allo specifico punto relativo alla tempistica e alle modalità delle nomine, la Corte ritiene decisivo il rilievo che il principio di leale collaborazione non si esaurisce nella partecipazione del Presidente della Giunta regionale alle riunioni del Consiglio dei Ministri.

fornisce di ulteriori poteri un organo, quale il Commissario *ad acta*, la cui stessa esistenza è contestata e avversata dalla Regione. Non sorprende particolarmente, dunque, che la Regione Calabria abbia proposto, contro le previsioni del d.l. ritenute illegittime, un ricorso alla Corte costituzionale *ex art.* 127, comma 2, della Costituzione, depositato in cancelleria il 21 maggio 2019<sup>23</sup>.

### **3. Profili di interesse dell'*iter* di conversione del d.l.: la dirigenza sanitaria**

Nel par. 1 è stato riportato il testo di una proposta emendativa presentata dall'on. Dalila Nesci nella XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, in vista della conversione in legge del d.l. Questa proposta, pur interessante dal punto di vista contenutistico, prestava il fianco ad una obiezione. Il suo contenuto incideva sulla materia disciplinata dal decreto legislativo n. 171 del 2016 avente ad oggetto la dirigenza sanitaria, che attua la delega di cui all'art. 11, comma 1, lett. p) della legge n. 124 del 2015. L'art. 2, comma 1 di tale decreto legislativo stabilisce la procedura che deve essere seguita per la nomina dei direttori generali della sanità<sup>24</sup>: i candidati – che devono essere iscritti necessariamente all'elenco nazionale dei direttori generali previsto all'art. 1 del decreto legislativo n. 171 del 2016 – devono essere valutati da una commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione e composta da esperti; tale commissione propone al Presidente della Regione «una rosa di candidati, nell'ambito dei quali viene scelto quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire». Invece,

---

<sup>23</sup> La contestazione che si leva, in generale, contro tutte le norme che si intendono impugnare consiste nell'asserzione per cui il Piano di rientro della Regione Calabria, che costituirebbe il "presupposto" fondante dei contenuti del d.l., sarebbe scaduto il 31 dicembre 2018. A tale contestazione se ne aggiungono altre, dirette contro specifiche previsioni normative. In particolare, si segnalano le censure rivolte alle previsioni del d.l. concernenti il Ssr della Calabria che incidono sulla materia disciplinata dal decreto legislativo n. 171 del 2016: la sussistenza del vizio viene argomentata sulla scorta della sent. n. 251 del 2016, C. cost., che ha affermato la necessità di un'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, quale condizione per intervenire sulla disciplina della dirigenza sanitaria. Il ricorso è stato pubblicato sulla G.U. il 19 giugno 2019.

<sup>24</sup> Il direttore generale è una figura chiave, un vero e proprio punto nevralgico del servizio sanitario. Come è stato messo in luce, esso costituisce la cerniera tra due sfere del tutto eterogenee (la tutela della salute da un lato, le logiche imprenditoriali dell'utilità economica e del profitto dall'altro), ma che si congiungono in maniera assai peculiare, a partire dal decreto legislativo n. 502 del 1992, che ha cercato di contemperare i diritti e gli interessi che trovano fondamento nell'art. 32 della Costituzione con i principi aziendalistici di efficienza, efficacia ed economicità (vedi A. CICHETTI, *La dirigenza nella sanità tra obiettivi di risultato e principi costituzionali*, in *Lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, fasc. 3-4, 2015, 481, ss.).



sulla base della suddetta proposta emendativa, la rosa proposta dalla commissione regionale sarebbe stata presentata al Presidente della Regione già “ordinata” in una graduatoria di merito, secondo una valutazione dei requisiti maggiormente coerenti con l’incarico rimessa alla commissione regionale. La graduatoria di merito non avrebbe vincolato il Presidente a scegliere il primo classificato, ma avrebbe assicurato una maggiore trasparenza della scelta.

Evidentemente, lo scopo che si intendeva perseguire con la proposta dell’on. Nesci era cercare di far arretrare la logica politica e di rafforzare quella meritocratica nell’individuazione del direttore generale: di per sé, si tratta di un obiettivo che merita di essere preso in considerazione<sup>25</sup>.

Tuttavia, la possibilità di introdurre tramite la conversione del d.l. una siffatta norma deve essere vagliata alla luce della giurisprudenza costituzionale, e in particolare della sent. n. 251 del 2016<sup>26</sup>. Con questa importante decisione, la Corte costituzionale affermò che diversi decreti legislativi previsti dalla legge n. 124 del 2015 (tra i vari, quello sulla dirigenza sanitaria, di cui all’art. 11,

<sup>25</sup> Il tema della politicizzazione delle nomine in ambito sanitario è da tempo oggetto dell’attenzione del legislatore. All’intreccio di politicizzazione, inefficienza e corruzione avevano già tentato di approntare mezzi di contrasto le riforme dei primi anni novanta, con i decreti legislativi nn. 502 del 1992, 517 del 1993 e 229 del 1999, tese a realizzare la regionalizzazione e l’aziendalizzazione del servizio sanitario (vedi I. RAIOLA, *La riforma della dirigenza sanitaria*, Il libro dell’Anno del diritto 2017, in [http://www.treccani.it/enciclopedia/la-riforma-della-dirigenza-sanitaria\\_%28Il-Libro-dell%27anno-del-Diritto%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/la-riforma-della-dirigenza-sanitaria_%28Il-Libro-dell%27anno-del-Diritto%29/)). Tuttavia, si deve constatare che la figura del direttore generale era concepita in termini essenzialmente fiduciari, non erano previsti stringenti parametri tecnici per la scelta del direttore e, di conseguenza, le condizioni erano favorevoli per l’espansione di logiche politiche (vedi D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in *Corti supreme e salute* 2018, 3, 608). Uno snodo importante è stato rappresentato dal decreto-legge n. 158 del 2012: come si evince dalla relazione illustrativa della legge di conversione, il proposito perseguito era quello di rimediare alle cattive conseguenze di una eccessiva politicizzazione delle nomine (vedi M. S. BONOMI, *La dirigenza sanitaria*, in *federalismi.it*, *Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, 30 luglio 2014, 14; peraltro, la stessa Corte costituzionale, con la sent. n. 159 del 2018, ha riconosciuto nel decreto-legge n. 158 del 2012 l’intento «di affrancare la dirigenza sanitaria da condizionamenti di carattere politico»). In tema di nomina del direttore generale, l’art. 4 del decreto-legge n. 158 del 2012 prevedeva che tale figura venisse individuata nell’ambito di un elenco costituito previo avviso pubblico e in base ad una selezione da svolgere secondo criteri e modalità individuati dalla Regione (vedi D. MORANA, *cit.*, 610). Successivamente, la riforma apportata dal decreto legislativo n. 171 del 2016 ha tentato di affrontare il nodo problematico e controverso della relazione tra indirizzo politico regionale e gestione aziendale, attraverso l’elenco nazionale dei dirigenti generali e la previsione di un onere motivazionale basato su elementi oggettivi, in caso di revoca dall’incarico (vedi I. RAIOLA, *cit.*)

<sup>26</sup> I commenti alla sentenza sono stati numerosissimi. Ci si limiterà a indicarne alcuni: R. BIFULCO, *L’onda lunga della sentenza 251/2016 della Corte costituzionale*, *federalismi.it*, [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 1 febbraio 2017; R. LUGARÀ, *Sentenze additive di procedura...legislativa? Il problematico seguito della sent. n. 251 del 2016*, in *Rivista AIC*, [www.rivistaaic.it](http://www.rivistaaic.it), n. 1/2017, 5 marzo 2017; P. MILAZZO, *Illegittimità della legge delega (per mancata previsione del corretto modulo di leale collaborazione) e destino dei decreti delegati già approvati. Appunti sulla sentenza n. 251/2016 della Corte costituzionale*, in *Osservatorio sulle fonti*, [www.osservatoriosullefonti.it](http://www.osservatoriosullefonti.it), fasc. 1/2017; G. MARCHETTI, *Le diverse declinazioni del principio di leale collaborazione nella delegazione legislativa elaborate dalla giurisprudenza costituzionale (alla luce della sent. n. 251 del 2016)*, in *Rivista AIC*, 2/2017, 31 maggio 2017; A. STERPA, *Sentenza n. 251/2016: può la Corte costituzionale ampliare il contenuto necessario della legge di delega ex art. 76 Cost.?*, in *federalismi.it*, *Rivista di diritto pubblico italiano, comparato europeo*, 17 maggio 2017; A. AMBROSI, *«Concorrenza di competenze» e intervento delle Regioni nel procedimento di formazione del decreto legislativo*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 28 aprile 2017.

comma 1, lett. p)) dovevano essere adottati previa intesa Stato-Regioni. In particolare, la Corte aveva affermato che l'intervento del legislatore statale sulla dirigenza pubblica, in quanto volto a garantire l'esigenza di unitarietà sottesa alla riforma, doveva ritenersi legittimo - per via del "concorso di competenze, inestricabilmente connesse, nessuna delle quali si rivela prevalente" - ma che, data la profonda incisione sulle competenze regionali, l'attuazione della delega avrebbe richiesto l'intesa Stato-Regioni, per garantire un autentico coinvolgimento delle autonomie regionali. A seguito di questa decisione della Corte costituzionale, è stata raggiunta il 6 aprile 2017 l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in base alla quale sono state apportate modifiche al decreto legislativo n. 171 del 2016. La proposta dell'on. Nesci, che prevedeva la graduatoria di merito, tentava di inserire attraverso l'*iter* di conversione del d.l. un contenuto che interveniva fortemente sull'oggetto disciplinato dal decreto legislativo n. 171 del 2016. Si era paventato, dunque, un contrasto con la giurisprudenza costituzionale, mancando l'intesa che la sentenza richiamata aveva giudicato necessaria<sup>27</sup>. L'obiezione era stata sollevata in Parlamento dall'on. Rossana Boldi (Lega), Vicepresidente della XII Commissione, che, ravvisando un contrasto con la sent. n. 251 del 2016, aveva proposto una restrizione del campo di applicazione, limitandolo alle sole Regioni commissariate. Come è stato ricordato al par. 1, successivamente, l'Assemblea della Camera dei Deputati ha approvato una proposta emendativa (11.200, in Assemblea riferita al C. 1816-A XVIII legislatura) che ha modificato il testo del comma 5-bis proposto dall'on. Nesci, operando una delimitazione del campo di applicazione della disciplina relativa alla nomina dei direttori generali, nel tentativo di smussare il più possibile i profili di potenziale contrasto con la giurisprudenza costituzionale. Sul contenuto di quest'ultima proposta, inserito all'art. 11 del testo del d.l.

---

<sup>27</sup> In questa sede ci si limita a evocare la questione del possibile contrasto, senza voler dare una risposta a tal riguardo. I tentativi di risposta dovrebbero tenere conto, tra gli altri, dei seguenti elementi: in dottrina si è sostenuto che la lettura più plausibile della sent. 251 del 2016, C. cost. consiste nel collegare la necessità dell'intesa al solo meccanismo della delega legislativa, e non agli altri procedimenti legislativi (vedi R. BIFULCO, *L'onda lunga della sentenza 251/2016 della Corte costituzionale*, federalismi.it, 1 febbraio 2017, 4; in questo senso pare orientata anche R. LUGARÀ, cit., 6-7, la quale, però, evoca anche la possibile emersione di «una nuova categoria di leggi rinforzate, dotata di competenza costituzionalmente riservata»: IVI, 7; Bifulco, invece, nota che sarebbe priva di "basi di appoggio costituzionali" la configurazione di una "riserva di delegazione legislativa" a partire dalla sent. n. 251 del 2016 C. cost.: R. BIFULCO, cit., 5), e con la sent. n. 237 del 2017 la stessa Corte costituzionale ha detto che le affermazioni della sent. n. 251 del 2016 concernenti la necessità dell'intesa si riferiscono segnatamente al rapporto tra legge delega e decreto legislativo; inoltre, non va dimenticato che la Corte aveva affermato, nella sentenza n. 251 del 2016, che non sarebbe stato automatico l'accoglimento di eventuali questioni di legittimità costituzionale sui decreti legislativi che già erano stati emanati quando venne pronunciata la sentenza.

convertito, si svolgono alcune brevi considerazioni, che non hanno pretesa di esaustività e definitività. Innanzi tutto, il riferimento alle Regioni sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, contenuto nel secondo periodo, pare incongruente. Infatti, il secondo periodo chiarisce che il Presidente della Regione non è vincolato dalla graduatoria di merito, formulata dalla commissione che individua i candidati ai sensi del primo periodo. Quindi, poiché il primo periodo riguarda le Regioni commissariate, anche il secondo periodo dovrebbe riferirsi soltanto a queste ultime, e non a tutte le Regioni sottoposte a piano di rientro, tra le quali si possono annoverare anche Regioni non commissariate (sia ai sensi del d.l. n. 159 del 2007, sia ai sensi della l. n. 191 del 2009, il commissariamento rappresenta un'ipotesi eventuale connessa al piano di rientro). La conferma che si tratti di un'incongruenza sembra derivare dal terzo periodo, che ancora ad un previo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome l'estensione della disciplina del primo periodo alle Regioni sottoposte ai piani di rientro. Ciò significa che anche la disciplina del secondo periodo, che presuppone necessariamente la previsione del primo periodo, si può applicare soltanto alle Regioni commissariate, in mancanza del "previo accordo" di cui *supra*. Sul riferimento a quest'ultimo, peraltro, sorge un'altra perplessità, visto che la Corte costituzionale aveva espressamente richiamato l'intesa (par. 4.2.2 del Considerato in diritto, sent. n. 251 del 2016) e che in generale le intese sono strumenti che si collocano su un piano più elevato dell'accordo<sup>28</sup>. Si nota, poi, che il testo non contempla la possibilità di estendere la disciplina sulla graduatoria di merito alle Regioni non sottoposte a piano di rientro. Certamente, va ricordato che si tratta della conversione di un decreto-legge e che il legislatore concepisce una disciplina destinata a durare per un tempo limitato e nelle more di una riforma della selezione dei direttori generali, ma è necessario ribadire, in generale, che le esigenze di rafforzamento della trasparenza e difesa del merito, contrastanti con una malsana politicizzazione della sanità, non si affievoliscono solo perché una Regione non è sottoposta a un piano di rientro.

Occorre segnalare, infine, che in Senato era già stato presentato il disegno di legge Castellone (dal nome della senatrice M5S prima firmataria)<sup>29</sup> che si prefigge proprio lo scopo di tagliare il legame tra i vertici della sanità e la politica. Quindi, si presenta uno scenario in cui, in un primo momento, era stata esercitata, da alcuni senatori esponenti della maggioranza sostenitrice del

<sup>28</sup> Vedi E. MALFATTI, *Le Regioni e gli enti locali*, in Manuale di diritto costituzionale italiano ed europeo (a cura di R. Romboli), vol. I, Giappichelli, Torino, 2019, 579.

<sup>29</sup> A. S. n. 638, XVIII legislatura.

Governo Conte, l’iniziativa legislativa per riformare la dirigenza sanitaria, e, in un secondo momento, si è approfittato della conversione in legge del d.l. per provare, in parte, a realizzare il prima possibile misure analoghe a quelle previste nel disegno di legge Castellone.

#### **4. Considerazioni provvisorie: mali della sanità e autonomie regionali**

Questa vicenda offre un angolo visuale per dirigere lo sguardo verso la dimensione regionale e quella nazionale della sanità in Italia, e verso l’approccio del livello di governo centrale nei confronti di queste. Da un lato, si presenta la visione “particolare” della singola realtà regionale, con caratteristiche e patologie specifiche. L’insieme delle sanità regionali pare presentare una spaccatura, tra la sanità meridionale e centro-meridionale «finita sotto tutela centrale negli anni della crisi»<sup>30</sup>, e le Regioni settentrionali che tendenzialmente sono riuscite a mantenere in buone condizioni il bilancio, consolidando l’autonomia delle politiche sanitarie regionali<sup>31</sup>. All’interno del gruppo delle Regioni in difficoltà, vi sarebbero realtà ancora più in difficoltà delle altre: la Calabria, secondo il Governo Conte, sarebbe un *unicum*, un’anomalia, per l’entità delle problematiche che la affliggono. Da tale percezione è sorta l’esigenza di misure *ad hoc*, per debellare i mali di un territorio specifico. Dall’altro, si scorge il “panorama” nazionale, in cui è in atto una tendenza al rafforzamento del livello di governo centrale e all’indebolimento del livello regionale complessivamente considerato<sup>32</sup>, la quale trova spiegazione in ragioni storiche di enorme portata (la crisi economico-finanziaria, nel contesto dell’integrazione europea e monetaria e della globalizzazione dei mercati)<sup>33</sup>, ma anche in fattori “tipici” nazionali, quali le diverse manifestazioni di disonestà, illegalità e incapacità delle classi politiche e in generale delle classi dirigenti, che non paiono essere appannaggio delle sole Regioni del Sud<sup>34</sup>. In particolare, queste ultime manifestazioni

---

<sup>30</sup> S. NERI, A. MORI, *Crisi economica, politiche di austerità e relazioni intergovernative nel Ssn. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato?*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, fasc. 2, agosto 2017, 217.

<sup>31</sup> Vedi *ibidem*.

<sup>32</sup> Buzzacchi parla di centralizzazione delle scelte relative alla spesa sanitaria, attraverso il commissariamento e la compressione dell’autonomia regionale, e l’implicazione reciproca tra livelli essenziali di assistenza e principi di coordinamento della finanza pubblica (vedi C. BUZZACCHI, cit., 11).

<sup>33</sup> Vedi S. NERI, A. MORI, cit., 211-214 ; 218.

<sup>34</sup> Vedi IVI, 213-214. Cerruti afferma che il piano di rientro trova una giustificazione “morale” nella scarsa affidabilità delle Regioni (vedi T. CERRUTI, cit., 9).

sembrano essere finite nel mirino dei parlamentari, che si sono adoperati per modificare la disciplina della nomina dei direttori generali della sanità attraverso *l'iter* di conversione del d.l. Non c'è dubbio che le patologie che si vogliono contrastare siano reali e di enorme gravità, ma ciò non sottrae le misure di contrasto a valutazioni sia di opportunità che di legittimità, specialmente sul piano dei rapporti tra Stato e Regioni e del riparto di competenze. Di certo, la linea che il Governo Conte e la maggioranza parlamentare che lo ha sostenuto hanno intrapreso si pone in forte tensione con le autonomie regionali, anche se con l'ultima versione del testo riguardante la nomina dei direttori generali si è voluto fare un tentativo per smussare gli "spigoli" dell'intervento in questo delicato ambito<sup>35</sup>. Sembrano da condividere, invece, gli appelli ad un dialogo effettivo con le Regioni, di cui non si può sottovalutare la capacità di conoscere e interpretare i bisogni delle rispettive collettività<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Tuttavia, il tentativo di evitare il contrasto con la giurisprudenza costituzionale potrebbe non essere sufficiente, se fosse ritenuta corretta la tesi sostenuta dalla Regione Calabria nel ricorso contro il d.l., secondo la quale qualsiasi intervento legislativo (quindi: anche quelli concernenti le Regioni commissariate) che incida sulla disciplina dettata dal decreto legislativo n. 171 del 2016 deve essere preceduto da un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

<sup>36</sup> In questo senso, vedi, ad esempio, T. CERRUTI, cit., 9).