

I PIANI DI RIENTRO DAI DISAVANZI SANITARI COME LIMITE ALLA COMPETENZA LEGISLATIVA REGIONALE

1. *La spesa sanitaria fra Stato e Regioni: cenni.* - 2. *I piani di rientro dai disavanzi sanitari: disciplina e applicazione.* - 3. *I piani di rientro come limite alla competenza legislativa regionale.* - 4. *Il commissariamento delle Regioni sottoposte ai piani di rientro.* - 5. *Considerazioni conclusive.*

1. La spesa sanitaria fra Stato e Regioni: cenni

I piani di rientro dai disavanzi sanitari, cui sono sottoposte, oggi, alcune Regioni italiane, presentano non pochi profili di criticità che riguardano sia l'aspetto della garanzia delle competenze delle autonomie territoriali regionali, sia l'annosa questione dei diritti finanziariamente condizionati e della necessità di trovare il giusto equilibrio tra l'esigenza di rispettare i limiti della disponibilità finanziaria (tanto più pressante in situazioni di crisi economica) e quella di garantire nella misura più ampia possibile i diritti umani, soprattutto quelli che, come la salute, hanno un'importanza fondamentale in quanto costituiscono il presupposto per il godimento di altri diritti¹.

L'evoluzione normativa avviata negli anni 90 ha portato ad una progressiva responsabilizzazione delle Regioni nella gestione della loro spesa sanitaria, in un processo che sembrava perseguire lo stesso obiettivo di emancipazione degli enti territoriali cui hanno teso le riforme legislative introdotte dalle leggi Basanini e, soprattutto, le riforme costituzionali del biennio 1999-2001.

Negli anni, la spesa sanitaria ha però sempre continuato a crescere, inducendo così il legislatore statale, chiamato a intervenire per farvi fronte, ad accentuare il ricorso a quegli strumenti di natura pattizia di cui già si avvaleva per gestire, insieme alle Regioni, le competenze in materia di tutela della salute².

* Ricamatore di Istituzioni di Diritto Pubblico nell'Università degli Studi di Torino [tanja.cerruti@unito.it].

¹ Il problema della necessità del contenimento o, perlomeno, della razionalizzazione della spesa sanitaria ripropone quello del rapporto fra il nucleo del diritto da garantire e le risorse finanziarie disponibili per farlo, a proposito del quale si parla di diritto finanziariamente condizionato. La Corte si è più volte espressa in proposito, talvolta anche con esito altalenante, v. le sent. 111/05 (e le considerazioni di C. TUBERTINI, *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, in *astrid-online.it*, 2005, 23); 309/99 (e le considerazioni di R. BALDUZZI, *La giurisprudenza costituzionale in materia sanitaria tra paradigma e deroga*, in R. Balduzzi, M. Cavino, J. Luther (cur), *La Corte costituzionale vent'anni dopo la svolta*, Giappichelli, 2011, 186 e di A.S. Bruno, *Diritto alla salute e riserva del possibile. Spunti dal contesto brasiliano per osservare il "federalismo fiscale"*, in *gruppodipisa.it*, 2012, 7); 194/83 (e le considerazioni di E. PESARESI, *La determinazione dei "livelli essenziali delle prestazioni" e la materia "tutela della salute": la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, in *Giur. Cost.*, 2006, 1733); sul punto v. anche E. CAVASINO, *Perché costruire il diritto alla salute come "diritto a prestazione" rende le forme normative dell'uguaglianza dipendenti dal limite economico-finanziario e ridimensiona l'effetto garantistico del "contenuto minimo essenziale"*, in *gruppodipisa.it*, 2012; E. INNOCENTI, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, 2008, 571. Sulla necessità che neanche in stato di crisi le restrizioni ai diritti facciano oltrepassare la soglia della limitazione della dignità, A. Ruggeri, *Corti e diritti in tempi di crisi*, in *gruppodipisa.it*, 2012; secondo P.A. CAPOTOSTI, *I limiti costituzionali all'organizzazione e al funzionamento del S.S.N. nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in R. Balduzzi (cur), *Annuario DRASD 2010*, Giuffrè, 2010, 334, parte della dottrina ritiene che il condizionamento derivante dal contenimento della spesa incida più sull'organizzazione e il funzionamento complessivo del SSR, che rappresenta la dimensione dell'interesse collettivo, che sull'erogazione di prestazioni ai singoli, che rappresenta la dimensione dell'interesse individuale.

² Sul punto v. F. GIGLIONI, *I livelli essenziali nella sanità*, in *astrid-online.it*, 2003; G. FRANCE, *Diritto alla salute, devolution e contenimento della spesa: scelte difficili, scelte obbligate*, in *ISSIRFA.cnr.it*, 2005 e A.S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamenti dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione, nota a Corte cost. 98/07*, in *forumcostituzionale.it*, 2007, che si soffermano in particolare sul legame fra spesa sanitaria e LEA, vedendo nella determinazione dei LEA un tentativo per aggirare il tetto massimo fissato alla spesa; G. FRANCE, *"Laboratori del federalismo" e miglioramento del servizio sanitario nazionale*, in *ISSIRFA.cnr.it*,

Sono stati così elaborati i “piani di rientro dai disavanzi sanitari” il cui contenuto è diventato, con la successiva evoluzione legislativa, sempre più vincolante per le Regioni che vi sono sottoposte.

2. I piani di rientro dai disavanzi sanitari: disciplina e applicazione

Le tappe dell'iter legislativo che ha portato all'istituzione e successiva modifica dei piani di rientro portano i numeri delle leggi finanziarie statali.

La prima è la l. 311/04 che, facendo seguito alla prassi della contrattazione fra Stato e Regioni affermatasi negli anni precedenti, all'art. 1, c. 180, ha stabilito che le Regioni che si trovavano in una situazione di disavanzo sanitario (definita dalla legge stessa) dovevano procedere alla ricognizione delle cause di tale situazione e all'elaborazione di un programma, al massimo triennale, di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del loro Servizio sanitario. Le Regioni in questione avrebbero poi stipulato un accordo con i Ministri della Salute e dell'Economia, che doveva individuare gli interventi necessari per ripristinare l'equilibrio economico, tenendo conto di una serie di parametri fra cui il rispetto dei LEA. Tale Accordo costituiva il presupposto necessario “per la riattribuzione alla Regione interessata del maggiore finanziamento anche in materia parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma”.

La materia ha subito poi ulteriori specificazioni con la legge finanziaria successiva (l. 266/05) che ha previsto “la stipula di accordi” o l'integrazione di quelli già conclusi ai sensi della legge 311/04, come condizione, per le Regioni in disavanzo, per poter accedere ai benefici economici stanziati dallo Stato (art. 1, c. 278 e 281)³.

Le leggi successive hanno accentuato la vincolatività degli strumenti in esame. La finanziaria per il 2007, l. 296/06, ha stabilito che gli interventi previsti dai piani sono vincolanti per le Regioni che hanno sottoscritto l'Accordo e che “le determinazioni da questi previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria” (art. 1, c. 796, b).

Il d.l. 159/07, convertito in l. 222/07, ha disposto che qualora gli adempimenti previsti dal piano non vengano rispettati, lo Stato esercita il potere sostitutivo nominando, previa diffida alla Regione ad adempiere, un commissario ad acta (art. 4).

Nella stessa direzione ha proseguito la l. 191/09, finanziaria 2010, che, ribadendo la vincolatività degli interventi individuati dal piano di rientro, ha affermato la prevalenza dei suoi contenuti sugli atti normativi, anche di rango primario, adottati e da adottare e l'obbligo, per gli organi della Regione, di conformarsi (art. 2, c. 80 e 95)⁴. Una modifica intervenuta nel 2011 ha accentuato ulteriormente questo principio prevedendo (al c. 80) che, nel caso in cui gli organi regionali o il commissario ad acta rilevino un contrasto fra un atto

2008; E. JORIO, *I Piani di rientro dei debiti sanitari regionali. Le cause, le proposte, le eccezioni*, in *federalismi.it*, 2/09; E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista AIC*, 3/2012. Un fattore che ha inciso, insieme al prolungamento della durata media della vita, sull'aumento della spesa deriva dal fatto che lo stesso concetto di salute ha subito negli anni un ampliamento, come si evince anche dalla definizione accolta dall'ONU, v. E. ROSSI, E. STRADELLA, *La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria*, in *gruppodipisa.it*, 3.

³ La legge è stata impugnata da alcune Regioni per il carattere dettagliato delle sue disposizioni, ritenute lesive della competenza regionale nella materia della tutela della salute. La censura ha riguardato, in particolare, i commi 279, 280, 281, che subordinavano l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del SSN del triennio precedente all'adempimento di una serie di condizioni, consistenti tutte nel raggiungimento di intese o accordi con lo Stato. La questione è stata dichiarata infondata dalla Corte costituzionale sulla base del fatto che le misure imposte avevano carattere incentivante e riservavano “in ogni caso alle Regioni un adeguato spazio di esercizio delle proprie competenze nella materia della tutela della salute” (sent. 98/07), sul punto v. A.S. DI GIROLAMO, *op. cit.*

⁴ L. 191/09, art. 2, c. 80 e c. 95 (“gli interventi individuati dal piano di rientro 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”). Il “Patto per la Salute”, stipulato attraverso l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 3 dicembre 2009, ha dato alle Regioni la facoltà di redigere programmi operativi per la prosecuzione dei piani di rientro per il triennio successivo.

normativo regionale e il piano di rientro, devono adoperarsi per rimuoverlo⁵. La legge ha disposto inoltre che, in caso di mancata adozione del piano in una Regione in cui le condizioni lo impongono, il Presidente della Regione viene nominato commissario ad acta, con l'incarico di redigere un piano di rientro entro trenta giorni e di assicurarne l'attuazione per la sua intera durata (c. 79).

Infine, il d. lgs. 149 del 2011 aveva previsto che nelle Regioni commissariate il mancato rispetto dei piani di rientro poteva portare, se unito ad altre condizioni, allo scioglimento anticipato dei Consigli regionali e alla rimozione dei Presidenti di Regione ex art. 126 Cost, ma tali disposizioni sono state dichiarate incostituzionali (v. *infra*, §4).

I piani di rientro costituiscono quindi parte integrante di un accordo fra Stato e Regione. La loro redazione muove dall'esame del rispetto della normativa vigente, della situazione della domanda e dell'offerta nel settore sanitario e delle condizioni economico-finanziarie, per poi individuare una serie di obiettivi da raggiungere (e la relativa tempistica) in relazione alla necessità di risanare i disavanzi e di assicurare i livelli essenziali di assistenza⁶. Nel percorso di raggiungimento degli obiettivi imposti dal piano le Regioni interessate sono supportate sia dai Ministeri coinvolti, sia da altre Regioni mentre i risultati della sua applicazione devono essere verificati periodicamente da appositi organi di controllo⁷.

I primi sei accordi in materia di piani di rientro sono stati siglati fra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e le Regioni interessate nel 2007 e altri tre hanno fatto seguito negli anni successivi⁸. Complessivamente, questo strumento ha interessato o interessa ad oggi quasi la metà delle Regioni italiane, con esiti non sempre omogenei. In alcuni casi, l'applicazione del piano ha portato in poco tempo ai risultati sperati e, quindi, all'abbandono dello stesso (Sardegna, Liguria); in altri casi, le Regioni vi si trovano invece ancora sottoposte, anche se non tutte alle stesse condizioni⁹.

3. I piani di rientro come limite alla competenza legislativa regionale

I piani di rientro nascono con una duplice funzione: porre rimedio alla situazione di disavanzo che, colpendo una o più Regioni, si ripercuote sull'intero sistema finanziario nazionale, comportando il rischio del mancato rispetto dei vincoli di stabilità interni ed esterni; assicurare che, nelle Regioni interessate, siano garantiti i livelli essenziali di assistenza, sul cui godimento le necessità di contenimento della spesa non dovrebbero incidere¹⁰. Spesso, poi, una spesa sanitaria superiore alla media non costituisce garanzia di un'altrettanto elevata qualità delle prestazioni, qualità che risulta anzi inferiore agli standard nazionali proprio nelle Regioni affette dai maggiori deficit¹¹.

Formalmente, i piani di rientro sono stati riconosciuti dalla Corte costituzionale come principi fondamentali nella materia di competenza concorrente del coordinamento della finanza pubblica. La promozione

⁵ L. 191/09, art. 2, c. 80, "A tale scopo [la rimozione dei provvedimenti legislativi in contrasto con il piano], qualora, in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al c. 88, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinven-gano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all'attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli".

⁶ Gli obiettivi dei primi piani di rientro risultano comuni fra le diverse Regioni e concernono la rete ospedaliera, lo sviluppo del territorio, l'assistenza farmaceutica, l'acquisto di beni e servizi, le politiche per il personale, v. *amplius* M.T. LORETTUCCI, N. NANTE, M. GIUSSANI, S. SIMONETTI, G. MESSINA, F. PALUMBO, *Evoluzione normativa dei piani di rientro dai deficit sanitari*, in *Organizzazione sanitaria, secup.it*, 2/2008. I piani redatti nel 2009 presentavano invece caratteristiche parzialmente diverse da quelli, sopra descritti, "di prima generazione", in quanto i primi si basavano prevalentemente sul disavanzo corrente, quelli del 2009 sull'accertamento dei debiti pregressi, E. Jorio, *I piani di rientro dei debiti sanitari regionali. Le cause, le proposte, le eccezioni*, in *federalismi.it*, 2/09.

⁷ Sul punto v. *amplius* M.T. LORETTUCCI, N. NANTE, M. GIUSSANI, S. SIMONETTI, G. MESSINA, F. PALUMBO, *op. cit.*

⁸ Sono del 2007 i piani relativi ad Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna; del 2009 quello della Calabria; del 2010 quelli di Piemonte e Puglia.

⁹ Come si vedrà *infra*, in molti casi è disposto anche il commissariamento della Regione.

¹⁰ D. IMMORDINO, *Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contributo regionale di solidarietà ambientale: prove tecniche (fallite) di "federalismo fiscale"*, in *Le Regioni*, 2012, 607. Viene però rilevato, non senza una certa preoccupazione, che il coinvolgimento del Ministero dell'Economia porta a far prevalere la prima finalità sulla seconda, G. Pitruzzella, *Sanità e Regioni*, in *Le Regioni*, 2009, 1184.

¹¹ G. PITRUZZELLA, *op. cit.*; D. Franco, *Autonomia finanziaria delle Regioni e spesa sanitaria*, in *ISSIRFA.cnr.it*, 2010; per la Sicilia, O. SPATARO, A. PIRAINO, *Specialità e asimmetrie: la Regione Sicilia*, in *astrid-online.it*, 2010.

di questi strumenti pattizi non solo al rango di fonti primarie, ma anche al rango di atti vincolanti per la legislazione regionale si fonda su due elementi: la leale collaborazione che deve guidare il loro procedimento di adozione, facendo sì che la Regione concordi con lo Stato il contenuto del piano e non si limiti meramente ad accettarlo e il vincolo solidaristico che, legando tutti gli enti che compongono uno Stato unitario, impone a ciascuno di essi di accettare delle limitazioni della propria sfera di competenza per non pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi comuni e, in questo caso, il rispetto dei vincoli imposti a livello sia nazionale che europeo.

Sia la riconduzione dei piani ai principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, sia le motivazioni sulla base delle quali essa è stata giustificata prestano però il fianco ad alcune critiche.

Per quanto riguarda i principi fondamentali, un esame della recente giurisprudenza costituzionale rivela che la maggior parte delle leggi regionali che sono intervenute, a vario titolo, o in materia di organizzazione sanitaria o in materia di diritti dei cittadini connessi alla tutela della salute, se ritenute non rispettose di quanto previsto dai piani sanitari, sono state impugnate dallo Stato e dichiarate costituzionalmente illegittime dalla Corte costituzionale per violazione dell'art. 117, c. 3 Cost., proprio in virtù del contrasto con la norma interposta costituita dal piano stesso.

Nella maggior parte dei casi si è trattato di leggi regionali che inerivano all'organizzazione sanitaria, disponendo assunzioni di personale, innovando l'assetto di uffici già esistenti o prevedendo la creazione di nuove strutture. Gli esempi di pronunce di questo tipo sono molteplici, si pensi alle sentenze n. 180/13 (su una legge campana che destinava al finanziamento dei mutui contratti da enti locali una somma già finalizzata alla copertura dell'ammortamento del debito sanitario pregresso); 79/13 (su una legge campana istitutiva di un Registro tumori); 51/13 (su una delibera legislativa siciliana che, disponendo l'estensione del finanziamento a servizi non espressamente previsti dal piano di rientro, è stata ritenuta illegittima per violazione però dell'art. 81 c. 4 Cost.); 131/12 (su una legge calabrese che istituiva un centro trasfusionale); 163/11 (su una legge calabrese che interveniva sul finanziamento della Stazione Unica Appaltante); 33/12 (su una legge molisana che disponeva in materia di assunzione di personale sanitario, prerogativa vietata dalla l. 191/09 alle Regioni sottoposte al piano di rientro); 141/10 (su una legge laziale che istituiva i distretti socio-sanitari montani)¹².

In altre occasioni, però, le disposizioni impuginate intervenivano in modo diretto sui diritti dei cittadini. Si pensi in proposito alla legge abruzzese che prevedeva la corresponsione di rimborsi a cittadini affetti da patologie oncologiche (sent. 104/13, in cui la Corte fa espressa menzione del fatto che la norma regionale, disponendo tale provvidenza economica, veniva a garantire ai propri cittadini livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli riconosciuti a livello nazionale, contrastando così con il piano di rientro); alla legge pugliese che prevedeva la possibilità di realizzare dei posti letto in Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e in Residenze sociosanitarie assistenziali (RSSA), in misura superiore a quanto era stato stabilito, in ottemperanza al piano, da una precedente norma regionale (91/12); alla legge abruzzese che garantiva prestazioni di soccorso ed elisoccorso superiori a quelle disposte a livello nazionale, ritenuta illegittima solo nella parte in cui prevedeva la riduzione del costo di tali prestazioni per i residenti della Regione (32/12); alla legge calabrese che poneva interamente (anziché al 70%, com'era stato sino ad allora) a carico del Fondo sanitario regionale i costi relativi ad alcune prestazioni di riabilitazione (123/11).

Risulta tuttavia difficile tracciare una distinzione netta fra le due categorie di disposizioni impuginate in quanto le decisioni sull'organizzazione di una struttura si ripercuotono spesso sulla qualità delle prestazioni che vi vengono erogate, incidendo quindi sul livello di garanzia dei diritti.

Dalla giurisprudenza costituzionale sopra richiamata emerge una significativa compressione dell'autonomia legislativa regionale¹³, a fronte della quale si può constatare che, con i piani di rientro, il legislatore statale ha guadagnato un ulteriore titolo di intervento in materia di tutela della salute. Accanto ai principi fondamentali delle materie "tutela della salute" e "principi di coordinamento della finanza pubblica" ed alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in nome dei quali esso è frequentemente interve-

¹² Le disposizioni regionali impuginate per l'asserito contrasto con l'art. 117, c. 3 Cost. vengono invece assolte dalla Corte se ritenute conformi al piano di rientro (v. sent. 77/11, cons. dir., punto 5; 100/10, cons. dir., punto 3.2.1) o se incidono su aspetti che non sono da questo contemplati (260/12).

¹³ D. IMMORDINO, *op. cit.* Secondo M. Belletti, *Quali margini per la contestazione degli atti commissariali sostanzialmente o (addirittura) formalmente normativi da parte dei Consigli regionali? Percorribilità del conflitto interorganico a fronte della materiale impossibilità di percorrere quello soggettivo?*, in *Le Regioni*, 2011, 1212, ss, la limitazione all'autonomia di spesa delle Regioni colpirebbe inoltre in questi ultimi anni anche le Regioni non sottoposte al piano. Secondo S. MANGIAMELI, *La nuova parabola del regionalismo italiano: tra crisi istituzionale e necessità di riforme*, in *ISSIRFA.cnr.it*, 2012, le Regioni non sottoposte al piano beneficerebbero invece, rispetto alle altre, di una maggiore libertà di scelta, potendo anche prevedere delle prestazioni aggiuntive nel settore sanitario.

nuto in ambiti che le Regioni ritenevano invece di propria competenza, lo Stato adduce adesso il parametro del coordinamento della finanza pubblica anche con specifico riferimento ai piani di rientro, che lo autorizzano a depauperare significativamente – seppur spesso meritatamente – le Regioni della loro autonomia¹⁴.

Nell'ultimo triennio la crescente soggezione delle Regioni ai principi di coordinamento della finanza pubblica si sta del resto verificando anche in diversi altri settori nei quali si esplica la loro autonomia organizzativa, tanto da portare a considerare il coordinamento (o, meglio, i suoi principi fondamentali) come una delle materie trasversali.

Sul punto, la giurisprudenza costituzionale è sempre stata però costante nel ribadire che le leggi statali di coordinamento della finanza pubblica devono limitarsi a fissare un tetto massimo alla spesa e non possono vincolare le scelte regionali sul modo in cui conseguirlo¹⁵.

Le disposizioni dei piani di rientro risultano invece molto più dettagliate di quanto dovrebbe essere proprio delle norme di principio e paiono talvolta oltrepassare quei limiti che la Corte costituzionale ha imposto alle norme di coordinamento della finanza pubblica ponendo così in discussione la pacifica riconduzione delle loro disposizioni in tale categoria¹⁶.

I due presupposti che hanno giustificato l'attrazione dei piani di rientro fra le fonti primarie sono il vincolo solidaristico e la leale collaborazione.

Il primo fa sì che la necessità di non aggravare una situazione finanziaria critica porti a negare a una Regione la possibilità di riconoscere ai propri cittadini livelli di tutela più elevati rispetto agli standard nazionali per salvaguardare l'interesse dell'intera collettività alla riduzione dei costi¹⁷. A fronte però della tendenza che si sta affermando alla significativa restrizione della discrezionalità regionale e del suo avallo da parte della Corte costituzionale, sorge spontaneo chiedersi, pur essendo l'ipotesi di difficile realizzazione, quali sarebbero gli esiti del giudizio di legittimità costituzionale su una legge regionale che riesca a garantire un livello più elevato di tutela di un diritto senza incidere sui costi, anche se tale intervento non è espressamente autorizzato dal piano di rientro. La risposta auspicabile sarebbe ovviamente nel senso della legittimità della misura in questione, ma le argomentazioni delle pronunce sui piani di rientro inducono a ritenere il contrario¹⁸.

Il secondo elemento che garantisce la legittimità dei piani è la loro natura concertata, grazie alla quale la leale collaborazione, che di regola non viene ritenuta necessaria per l'esercizio della potestà legislativa

¹⁴ Anche prima dell'elaborazione dei piani di rientro la Corte costituzionale aveva ribadito che le competenze regionali in materia di organizzazione sanitaria potevano venire legittimamente limitate dallo Stato ai fini del contenimento della spesa pubblica. In queste pronunce la Corte talvolta considerava le norme statali come espressione di principio in materia di tutela della salute, talaltra, in materia di coordinamento della finanza pubblica (v. sent. 45/08, 162/07, 121/07, 98/07, 36/05). Il parametro del coordinamento viene del resto utilizzato, senza riferimento al piano di rientro, anche nella sent. 325/11 che, com'è noto, preclude alla Regione la possibilità di estendere la categoria dei soggetti esentati dal pagamento del ticket.

Sul riparto di competenze fra Stato e Regioni in materia di tutela della salute v., *ex plurimis*, L. CUOCOLO, *Sanità: a chi l'organizzazione?*, in *Amministrazioneincammino.it*, 2005, 1. Nei primi anni dopo la modifica del Titolo V i ricorsi che invocavano la lesione del parametro dell'art. 117, c. 3, in riferimento alla tutela della salute, hanno costituito una percentuale notevole del totale dei giudizi di legittimità costituzionale che arrivavano in via principale alla Corte, C. TUBERTINI, *op. cit.*, 3. Su tali pronunce, è stato affermato che la giurisprudenza costituzionale in materia sanitaria rappresenta per la Corte l'occasione per "esercitare un "magistero" assai delicato, all'incrocio fra i problemi del bilanciamento fra diritti e il condizionamento organizzativo e finanziario, da un lato, la ripartizione di competenze fra i livelli territoriali dall'altro: tale materia infatti viene a configurarsi sempre più, in questi anni, come una sorta di prisma attorno al quale convergono alcune delle principali questioni della vita istituzionale italiana", R. BALDUZZI, *La giurisprudenza costituzionale...*, cit., 190, ss.

¹⁵ V. sent. 36/04 e, da ultimo, 205/13.

¹⁶ È quanto sostiene, in riferimento alla sentenza 141/10, M. BELLETTI, *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale tra tutela dei valori fondamentali, esigenze strategiche e di coordinamento della finanza pubblica*, Aracne, 2012, 219.

¹⁷ V. la sent. 32/12, già citata e la sent. 219/13, in cui la Corte afferma che "Non si può dubitare, peraltro, che la reiterata e pervicace violazione dei principi volti al coordinamento della finanza pubblica, ma talvolta declinati in forma stringente, possa costituire in sé un'ipotesi di violazione di legge rilevante ai sensi dell'art. 126 Cost. Quando tali principi comportino l'obbligo di contenere la spesa, la Regione, sottraendosi a misure destinate ad operare sull'intero territorio nazionale, anche nella prospettiva di assicurare uno standard uniforme dei livelli essenziali delle prestazioni attraverso la compressione di prestazioni eccedenti tale standard (sent. 104/13), in definitiva viene meno all'obbligo solidaristico sopra rammentato, avvantaggiando indebitamente i propri residenti, rispetto a chiunque altro" (*cons. dir.*, punto 14.5, v. anche *infra*, §4).

¹⁸ Sulla possibilità per le Regioni di garantire livelli ulteriori di assistenza v. F. GIGLIONI, *op. cit.*; M. DI MASSA, *I livelli essenziali delle prestazioni nei nuovi Statuti regionali*, in *apulazio.it*, 2005, 9. Sul fatto che le Regioni abbiano esercitato poco questa prerogativa L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *gruppodipisa.it*, 2010, 72; R. BALDUZZI, *La giurisprudenza costituzionale*, cit., 179. Sulla tipologia di prestazioni offerta dalle Regioni che riescono a differenziare le politiche di tutela della salute, S. GABRIELE, *Il SSN in Italia: sull'orlo del precipizio?*, in *ISSIRFA.cnr.it*, 2013, 4.

va¹⁹, assurge quasi al rango di fonte del diritto²⁰. A questo proposito sono stati però eccepiti alcuni rilievi che paiono condivisibili.

Innanzitutto, le Regioni non sono totalmente libere nella contrattazione in quanto nei casi in cui il loro Servizio sanitario versi in determinate condizioni, questa è imposta dalla legge. In secondo luogo, salvo il caso di recepimento del piano con legge regionale (in cui l'intervento del legislativo è comunque successivo rispetto alla redazione del documento), nella fase degli accordi la Regione è rappresentata dal Presidente della Giunta, mentre sarebbe opportuno un maggiore coinvolgimento del Consiglio²¹.

E' stato osservato infine che, nell'ultimo periodo, nella redazione dei piani la componente dell'accordo si sta in realtà progressivamente riducendo, in favore di un'imposizione sempre più unilaterale della volontà dello Stato²².

L'applicazione dei piani di rientro risulta peraltro problematica anche in riferimento al fine principale per cui tali strumenti sono stati predisposti, cioè la tutela dei LEA. A questo proposito, la dottrina è divisa fra coloro che ritengono che, in nome delle previsioni contenute nei piani, si siano non solo ingiustificatamente sacrificate le competenze regionali ma, soprattutto, ridotti i livelli delle prestazioni²³ e coloro che danno invece di tali strumenti una lettura funzionale proprio alla necessità di tutelare i diritti fondamentali²⁴.

4. Il commissariamento delle Regioni sottoposte ai piani di rientro

Sul fronte della limitazione dell'autonomia regionale, la situazione diventa ancora più complessa in quelle Regioni che, oltre ad avere concordato la sottoposizione al piano, sono anche commissariate.

In più occasioni la Corte costituzionale ha preso infatti le ragioni dello Stato ribadendo che tali Regioni non possono adottare leggi volte ad interferire in alcun modo con l'attività del commissario ad acta, in una situazione che risulta di difficile gestione in quanto tale ruolo è ricoperto di norma dal Presidente della stessa Regione²⁵.

¹⁹ La Corte specifica infatti che le procedure di leale collaborazione si applicano ai procedimenti legislativi solo se imposto, direttamente o indirettamente, dalla Costituzione, sent. 437/01; sul punto v. anche L. CAVALLINI CADEDDU, *Indicazioni giurisprudenziali per il coordinamento della finanza pubblica*, in *federalismi.it*, 1/11, 11, s.

²⁰ G. D'AURIA, *Nota a Corte cost.* 100/10, in *Foro it.*, 2010, 2645, s.

²¹ E. GRIGLIO, *Il legislatore "dimezzato": i consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari e interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, 2012, 483. Il recepimento del piano con legge è avvenuto in Puglia. Sulla "disparità delle armi" che caratterizza Stato e Regioni nella stipulazione dei piani v. G. COSMELLI, *Vincoli alla spesa sanitaria regionale e garanzia del LEA: il punto sull'autonomia legislativa e finanziaria delle regioni speciali alla luce degli ultimi sviluppi della giurisprudenza costituzionale* (in margine a Corte cost. sentt. n. 36 e 51 del 2013), in *ISSiRFA.cnr.it*, 2013.

²² G. RIVOSECCI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze?*, Relazione al Convegno *Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V*, Roma, 13/06/2013.

²³ E. JORIO, *La Corte dei Conti bocchia i piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in *federalismi.it*, 2/10, 1, che riporta il giudizio parzialmente negativo espresso dalla Corte dei Conti sui primi piani approvati e Id, *Il quasi flop dei piani di rientro*, in *astrid-online.it*, 2010, 1, 6, che individua, fra gli aspetti negativi, il fatto che, pur essendo stati redatti in modo sostanzialmente omogeneo fra le varie Regioni per "superare il controllo dei tavoli ministeriali", i piani avrebbero invece accentuato le differenziazioni assistenziali sul territorio.

²⁴ R. BALDUZZI, *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali*, in E. CATELANI, *Il diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Giappichelli, 2011, 157, ss, secondo cui la compressione dell'autonomia regionale sarebbe attenuata dall'effettivo ricorso alla leale collaborazione che coinvolge tutte le Regioni; C. CUCCURULLO, F. LEGA, F. FERRÉ, *I piani di rientro della spesa sanitaria: un'esperienza comparativa*, in *coripe.unito.it*.

²⁵ Si vedano, in particolare, le sentenze n. 228/13, 180/13, 104/13, 79/13, 28/13, 18/13, 131/12, 78/11, 77/11, 2/10, nelle quali il parametro di legittimità delle disposizioni regionali accusate d'interferire con i poteri del commissario ad acta viene ravvisato o nell'art. 117 c. 3 Cost, per la violazione della legge statale sul coordinamento, o nell'art. 120 c. 2. Nella sentenza 2/10 secondo alcuni la Corte ha posto le basi per l'affermazione di un potere sostitutivo "atipico e rinforzato" che risulta dal "concorso fra i profili causali del potere sostitutivo ex art. 120 c. 2 Cost. e l'appropriazione legislativa delle competenze regionali in materia sanitaria", R. DICKMANN, *Il commissario ad acta può esercitare il potere legislativo in via sostitutiva*, nota a Corte cost. 2/10, in *federalismi.it*, 3/10, 12, s., che s'interroga però sulla legittimità di un potere così configurato. Sul punto si vedano anche le osservazioni di M. Belletti, *Poteri statali di garanzia e decisione ultima, commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in *Le Regioni*, 2011, 499, ss.

I poteri dei Commissari nominati ex art. 120 c. 2 Cost. costituivano del resto un argomento dibattuto anche prima dell'applicazione dell'istituto in relazione ai piani di rientro. Già da allora, non vi era infatti identità di vedute fra chi sosteneva che il commissario non dovesse adottare atti di natura normativa e tantomeno legislativa, potendo al massimo sollecitare il Consiglio a provvedere, R. DICKMANN, *Sull'esercizio del "potere legislativo" a titolo sostitutivo da parte dei commissari ad acta*, in *federalismi.it*, 14/08 e chi, al contrario, riteneva che lo potesse fare, E. JORIO, *Prime osservazioni sull'esercizio del potere legislativo da parte dei commissari ad acta*, in *federalismi.it*, 14/08, 2. Sull'attività "normativa" del commissario, in riferimento ad un caso non legato ai piani di rientro, V. TAMBURRINI, *Sull'esercizio in forma indiretta dei poteri sostitutivi statali. Lo strano caso della legge commissariale*, in *Rassegna parla-*

Il condizionamento della sottoposizione al piano non solo sull'esercizio della potestà legislativa ma anche sulle dinamiche della forma di governo emerge con evidenza dalle disposizioni del d. lgs. 149/11, *Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli artt. 2, 17, 26 della l. 42/2009*, che ha previsto fra le ipotesi di scioglimento sanzionatorio dei Consigli regionali il grave dissesto finanziario, legato al mancato rispetto dei piani²⁶.

Sulla base di tale delega, il sopracitato decreto ha disciplinato, all'art. 2, *Responsabilità politica del Presidente della Giunta regionale*, un'ipotesi di grave dissesto finanziario e le conseguenze che ne devono derivare per gli organi di governo della Regione.

Il c. 1 prevede infatti che: "La fattispecie di grave dissesto finanziario, con riferimento al disavanzo sanitario, si verifica in una regione assoggettata al piano di rientro ai sensi dell'articolo 2, comma 77, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al verificarsi congiuntamente delle seguenti condizioni: a) il presidente della giunta regionale, nominato Commissario ad acta ai sensi dell'articolo 2, rispettivamente commi 79 e 83, della citata legge n. 191 del 2009, non abbia adempiuto, in tutto o in parte, all'obbligo di redazione del piano di rientro o agli obblighi operativi, anche temporali, derivanti dal piano stesso; b) si riscontri, in sede di verifica annuale, ai sensi dell'articolo 2, comma 81, della citata legge n. 191 del 2009, il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente perdurare del disavanzo sanitario oltre la misura consentita dal piano medesimo o suo aggravamento; c) sia stato adottato per due esercizi consecutivi, in presenza del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro e del conseguente incremento delle aliquote fiscali di cui all'articolo 2, comma 86, della citata legge n. 191 del 2009, un ulteriore incremento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef al livello massimo previsto dall'articolo 6 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68".

L'articolo prosegue al c. 2 individuando nel grave dissesto finanziario sopra descritto un'ipotesi di grave violazione di legge, in presenza della quale "con decreto del Presidente della Repubblica, ai sensi dell'articolo 126, comma primo, della Costituzione, sono disposti lo scioglimento del Consiglio regionale nonché la rimozione del Presidente della Giunta regionale per responsabilità politica nel proprio mandato di amministrazione della Regione, ove sia accertata dalla Corte dei Conti la sussistenza delle condizioni di cui al comma 1 e la loro riconduzione alla diretta responsabilità, con dolo o colpa grave del Presidente della Giunta regionale. Il decreto del Presidente della Repubblica è adottato previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, previo parere conforme della Commissione parlamentare per le questioni regionali espresso a maggioranza di due terzi dei componenti. Alla riunione del Consiglio dei Ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale interessato".

Il c. 3 prevede le conseguenze per il futuro in politica del Presidente rimosso (vietandogli, in particolare, di ricoprire cariche politiche all'interno di organi nazionali, regionali, locali ed europei per un periodo di dieci anni), il c. 4 dispone la nomina, nei casi di cui alle lettere a e b del c. 1, di un commissario che sostituisca il Presidente della Regione nominato commissario ad acta qualora questo risulti a sua volta inadempiente; il c. 5 disciplina la nomina di un commissario che sostituisca il Presidente della Giunta in attesa dell'elezione di quello nuovo; il c. 6 conferma la vigenza dell'art. 6, c. 2, del d. lgs. 68/11 (in materia di spesa sanitaria); il c. 7, infine, prevede il commissariamento delle Regioni che non rispettino i livelli essenziali delle prestazioni in settori diversi dalla sanità.

Alcuni passaggi della procedura sopra definita sono stati messi in discussione dalla dottrina sin dall'indomani dell'adozione del decreto. Le critiche si sono appuntate innanzitutto sulla confusione di ruoli che la norma ingenerava nella figura del Presidente-commissario e, in secondo luogo, sulla poca chiarezza delle condizioni che davano vita alla fattispecie del grave dissesto finanziario, di cui al c. 1; sul fatto che vi fosse coincidenza fra i presupposti che davano origine al commissariamento e quelli che fondavano il meccanismo sanzionatorio (e quindi la revoca del commissario); sul fatto che la fattispecie così descritta non presentava gli elementi idonei per soddisfare quella "grave violazione di legge" cui fa riferimento l'art. 126

mentare, 2011, 377, ss. Il commissariamento delle Regioni inadempienti in caso di disavanzo sanitario era già stato previsto dalla l. 311/04.

²⁶ In particolare, l'art. 17 della l. 42/09 elenca fra i principi e i criteri destinati ai d.lgs. delegati, la "previsione di meccanismi automatici sanzionatori degli organi di governo e amministrativi nel caso di mancato rispetto degli equilibri e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alla regione e agli enti locali, con individuazione dei casi di ineleggibilità nei confronti degli amministratori responsabili degli enti locali per i quali sia stato dichiarato lo stato di dissesto finanziario di cui all'art. 244 del citato testo unico di cui al d. lgs. 267/00, oltre che dei casi di interdizione dalle cariche in enti vigilati o partecipati da enti pubblici. Tra i casi di grave violazione di legge di cui all'art. 126, c. 1, Cost., rientrano le attività che abbiano causato un grave dissesto nelle finanze regionali".

Cost; sulla compatibilità delle previsioni legislative in questione con il riparto di competenze previsto dalla Costituzione fra legislatore statale e regionale in materia di forma governo regionale²⁷.

Le Regioni hanno condiviso alcune delle perplessità sul testo dell'art. 2 del d. lgs. 149 e lo hanno impugnato davanti alla Corte costituzionale che si è pronunciata nell'estate scorsa, dichiarando incostituzionali i commi 2, 3 e 5 dell'art. 2 (sent. 219/13)²⁸.

Prima di formulare la dichiarazione d'illegittimità, la Consulta ha dedicato ampio spazio ad una più generale riflessione sulle disposizioni dell'art. 126 Cost. Il meccanismo sanzionatorio che tale norma disciplina è bilanciato infatti da una serie di garanzie che ne esaltano la funzione di sintesi tra le esigenze dell'autonomia e quelle dell'unitarietà. L'art. 126 prevede infatti che lo scioglimento del Consiglio regionale e la rimozione del Presidente della Giunta vengano disposti solo in conseguenza della violazione di una fonte di rango primario; la violazione dev'essere "grave"; la valutazione della gravità è affidata al Governo, titolare dell'indirizzo politico e al Presidente della Repubblica, organo di garanzia dell'unità nazionale; il procedimento prevede infine il coinvolgimento della Commissione parlamentare per le questioni regionali.

L'art. 2 del d.lgs. 149/11, invece, "presenta due profili palesemente contrari al modello cui doveva uniformarsi" violando così, in particolare, l'art. 126 e il principio di ragionevolezza. I profili d'illegittimità vengono ravvisati nel fatto che le sanzioni previste colpiscono il Presidente della Regione non in quanto organo della Regione, ma in quanto commissario *ad acta*, veste nella quale egli opera però come organo dello Stato²⁹. Tale lettura risulta del resto conforme alla giurisprudenza pregressa della Corte che censura ogni tentativo d'interferenza dell'attività legislativa regionale con l'attività dei commissari *ad acta*, anche quando questi siano rappresentati dai Presidenti di Regione³⁰.

Il secondo profilo di illegittimità investe la previsione di due fasi del procedimento e cioè il parere della Commissione parlamentare, in relazione al quale l'art. 126 non richiede né che sia espresso a maggioranza qualificata, né che sia vincolante, e il previo accertamento della Corte dei Conti che, oltre a non essere previsto dalla Costituzione, presuppone dei tempi di svolgimento la cui attesa vanificherebbe le esigenze di urgenza che impongono lo scioglimento stesso.

La declaratoria d'illegittimità colpisce poi i commi 3 e 5 nonché eventuali altre norme che "definiscano compiutamente gli effetti del grave dissesto finanziario, con riferimento al disavanzo sanitario, ai sensi dell'art. 126 Cost".

Sono invece prosciolti dall'accusa i commi 1, ritenuto portatore di una propria "autonomia logico giuridica", 4, 6 e 7.

Per quanto in particolare riguarda il c. 1, che disciplina l'ipotesi di "grave dissesto finanziario" con riferimento al disavanzo sanitario, la Consulta rileva che esso non viola l'art. 126 Cost. in quanto è la stessa norma costituzionale a demandare la propria attuazione alla legge e, in secondo luogo, il decreto in questione si limita a dare un'interpretazione restrittiva della delega, prevedendo, fra le possibili ipotesi di grave dissesto finanziario, solo quella di disavanzo sanitario³¹.

²⁷ G. PICCIRILLI, G. PERNICIARO, *Il "fallimento politico" del Presidente della Giunta regionale. Note critiche sul decreto legislativo in materia di "premi e sanzioni"*, in *Rivista AIC*, 4/11, 4, s. Critico su alcune previsioni del decreto, fra cui quelle concernenti la qualificazione del grave dissesto finanziario come grave violazione di legge e l'ambiguità data dalla rimozione di un Presidente della Giunta che opera in veste di commissario di Governo è anche N. Viceconte, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in S. MANGIAMELI (cur.), *Il regionalismo italiano dall'unità alla Costituzione e alla sua riforma*, Atti delle Giornate di Studio, Roma, 20-22/10/11, Giuffrè, 2012.

²⁸ Le censure regionali hanno investito diverse altre disposizioni del d. lgs. 149/11 che la Corte ha risolto, con esiti alterni, nella sentenza 219.

²⁹ Sul punto la Corte afferma che: "L'art. 2, comma 1, del d.lgs. n. 149 del 2011, con espressione piuttosto impropria, subordina la fattispecie di grave dissesto finanziario al fatto che la Regione sia «assoggettata a piano di rientro ai sensi dell'art. 2, comma 77, della legge 23 dicembre 2009, n. 191». Quest'ultima disposizione si limita a stabilire a quali condizioni la Regione sia tenuta a presentare un piano di rientro di durata non superiore a tre anni. È agevole interpretare la norma impugnata nel senso che essa si riferisca al caso in cui la Regione non ha ottemperato all'obbligo di redigere il piano, o ne ha stilato uno inadeguato, imponendo al Governo la soluzione estrema di nominare il Presidente della Giunta proprio commissario, ai sensi dell'art. 2, comma 79, della legge n. 191 del 2009, ed in conformità all'art. 120 Cost." La dottrina aveva rilevato che un'interpretazione difforme avrebbe reso il d.lgs. 149 contrastante con la legge 191/09.

³⁰ Sent. 78/11.

³¹ Il c. 1 dell'art. 2 potrà quindi ancora essere utilizzato come presupposto da altre disposizioni dello stesso decreto che vi fanno riferimento. La Corte fa salve anche le disposizioni del successivo art. 3, che prevedono la decadenza automatica di alcuni funzionari del settore sanitario, sulla base del fatto che esse costituiscono principio di coordinamento della finanza pubblica e limitano quindi legittimamente l'autonomia organizzativa delle Regioni colpevoli di gravi dissesti finanziari.

In realtà la Corte riconosce che il carattere dettagliato di tali disposizioni ne assegnerebbe la paternità al legislatore regionale, ma giustifica l'intervento statale con il fatto che esse si rivolgono a Regioni che non hanno rispettato gli obblighi derivanti dai principi della finanza pubblica.

5. Considerazioni conclusive

La sottoposizione ai piani di rientro sanitari e, ancor più, il commissariamento che spesso ne consegue, rappresentano sicuramente una forte costrizione della autonomia delle Regioni, sia in quanto riducono pressoché totalmente la sfera rimessa alla loro discrezionalità politica, cui sembra inibito operare scelte in ambito sanitario anche su aspetti non strettamente toccati dai piani, sia in quanto potranno costituire, in caso di nuovo intervento del legislatore che si basi sull'art. 2, c. 1, del d. lgs. 149/11, una causa di decadenza degli organi politici regionali.

Tale importante compressione dell'autonomia regionale trova sicuramente la propria giustificazione "morale" nella scarsa affidabilità dimostrata dalle Regioni a causa della quale, come la Corte dice nella sentenza 219/13³², lo Stato si riteneva autorizzato ad invadere le competenze regionali oltre il limite cui si dovrebbe attenere, mentre, dal punto di vista giuridico, essa trova il proprio fondamento nell'esigenza di porre rimedio al deficit finanziario in cui le Regioni versano e le cui possibili implicazioni, sia sul piano nazionale sia su quello sovranazionale, sono a tutti note.

Sull'altro lato della medaglia rimane il problema dei diritti dei cittadini, per quanto in particolare concerne un diritto d'importanza fondamentale come quello alla salute.

I piani di rientro nascono infatti, oltre che per "tappare i buchi della sanità", anche per assicurare che nei sistemi gravati dal disavanzo i livelli essenziali di assistenza vengano comunque garantiti. A tal fine è opportuno però che le decisioni del legislatore statale continuino a basarsi su un dialogo effettivo con la Regione che, pur non avendo operato delle scelte giuste in ambito finanziario, può rivelarsi migliore conoscitore e interprete dei bisogni della sua collettività nel settore della tutela della salute di quanto lo sia lo Stato. Occorre insomma che i piani mantengano sempre la loro natura concertata e che, anche nelle ipotesi di commissariamento, gli organi coinvolti si attengano effettivamente al principio di leale collaborazione.

³² Cons. dir, punto 15.