

Stefania Parisi

Tendenze della legislazione sanitaria in Campania: una policy complessa in una Regione commissariata

(doi: 10.1443/91375)

Le Regioni (ISSN 0391-7576)

Fascicolo 6, dicembre 2017

Ente di afferenza:

Università di Napoli Federico II (unina)

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

L'articolo è messo a disposizione dell'utente in licenza per uso esclusivamente privato e personale, senza scopo di lucro e senza fini direttamente o indirettamente commerciali. Salvo quanto espressamente previsto dalla licenza d'uso Rivisteweb, è fatto divieto di riprodurre, trasmettere, distribuire o altrimenti utilizzare l'articolo, per qualsiasi scopo o fine. Tutti i diritti sono riservati.

Sud e Isole

[Campania] Tendenze della legislazione sanitaria in Campania: una policy complessa in una Regione commissariata

di STEFANIA PARISI

Sommario: 1. Un rapido inventario dei problemi. - 2. Una premessa e tre casi scelti.

1. Un rapido inventario dei problemi

Il tema della legislazione sanitaria attesta, con insistenza didascalica, la fondatezza della *vulgata* sul declino del regionalismo: l'analisi dei recenti *trend* normativi sulla sanità dimostra una vera *débâcle* della legislazione regionale su questo punto, postergata finanche ai provvedimenti amministrativi dei Commissari *ad acta*.

Ma sbaglia chi pensa che sia solo una questione di riparto materiale. Piuttosto, il discorso sulla legislazione sanitaria avvince perché squaderna *più* profili problematici, ciascuno dei quali meriterebbe trattazione separata: nello spirito dell'Osservatorio, invece, proverò a darne conto solo in modo rapsodico, riservando a un successivo intervento una disamina più approfondita.

Provo, intanto, a enumerare i profili:

1) Il riparto per materie. In tempi di crisi economica, la contesa tra la competenza esclusiva statale in tema di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, comma 2, lett. *m*), la competenza concorrente in tema di tutela della salute (art. 117, comma 3), la competenza residuale in tema di politiche e servizi sociali si arricchisce di un nuovo titolo di intervento: il coordinamento della finanza pubblica, materia «onnivora»¹ che perfora qua-

¹ E. GIANFRANCESCO, *Undici anni dopo: le Regioni, la Corte e la crisi*, in N. VICECONTE (a cura di), *La giustizia costituzionale e il nuovo regionalismo*, volume I, Milano 2013, 101-135.

lunque membrana materiale e giustifica ogni intervento statale anche molto invasivo, soprattutto in ambito sanitario.

2) Ne consegue l'altro profilo problematico: la *fine* delle materie. Quella della legislazione sanitaria è una *policy*, un obiettivo da realizzare entro precisi vincoli di bilancio. Possibilmente con un intervento minimo delle Regioni².

3) La situazione precipita se le Regioni si sono dimostrate poco *virtuose* e sono state sottoposte a commissariamento *ad acta*: così, hanno perduto inesorabilmente la possibilità di legiferare anche in dettaglio nell'ambito della tutela della salute. La competenza delle «politiche sociali» diventa, di fatto, completamente biodegradabile. Il fenomeno assume proporzioni smisurate, non potendo nemmeno paragonarsi alla vecchia cedevolezza normativa: le Regioni commissariate, di fatto, non possono riappropriarsi della legislazione di dettaglio.

4) L'intervento del Commissario *ad acta*, organo statale, paralizza la legislazione regionale: l'art. 120 Cost. inibisce qualunque intervento regionale anche quando il Commissario non abbia ancora provveduto.

5) Il canovaccio vuole che, per cercare di riappropriarsi delle competenze, il legislatore regionale provi la strada della modifica della legge *dopo* l'impugnazione governativa. Ma questo, da un lato, non evita l'impugnazione e frustra comunque le esigenze dell'accordo preventivo imposto dal risanamento dell'Ente; dall'altro, allunga i tempi della legislazione sottoposta a intervento «correttivo» fino a che non si pronuncino la Corte costituzionale.

6) Problema nel problema: la cumulabilità di una carica politica regionale con quella di Commissario *ad acta*. In Campania, la questione è avvertita in modo severo. Se poi c'è anche una consonanza politica tra il Governo nazionale e il governo regionale, allora l'intrico peggiora: non è più un problema di competenze normative regionali ma di equilibri interni ai partiti.

2. Una premessa e tre casi scelti

In merito al caso campano, tre vicende legislative mi sono sembrate istruttive in relazione ai profili testé segnalati. Va da sé che non

² Invero, quello della sanità è un settore che evidenzia nitidamente la differenza tra Regioni del Nord e del Sud, come dimostra G. PITRUZZELLA, *Sanità e regioni*, in questa *Rivista*, n. 6/2009, 1177 ss., il quale rileva come l'incremento della spesa sanitaria abbia prodotto al Sud forti disavanzi di bilancio che, tuttavia, non si sono tradotti in un miglioramento del servizio sanitario. L'analisi di arricchisce della variabile legata al mutamento della forma di governo nel senso dell'elezione diretta.

si tratta delle uniche leggi sulla sanità approvate di recente; tuttavia si inscrivono in una sorta di crescendo fino a toccare tutte le questioni inventariate. Ne parlo in ordine cronologico ma per capire meglio lo spessore dei problemi è indispensabile premettere quali vicende rilevanti, in tema di sanità, sono occorse in Campania.

Con la grammatica oscura di certe leggi, la finanziaria del 2005³, ossia la l. 311/2004, prevedeva, al comma 180 dell'unico articolo di cui si componeva, la possibilità di stipulare accordi tra singole Regioni e i Ministri della salute e dell'economia e finanze concernenti il piano di rientro dai disavanzi sanitari, come indicato nel precedente comma 176. Per effetto dell'art. 4 del d.-l. 159/2007, convertito nella l. 222/2007, a causa dell'inadempimento dell'accordo, stipulato il 13.03.2007, la Campania viene assoggettata ai poteri sostitutivi del Governo nel 2009⁴, attraverso la nomina di un Commissario *ad acta* al fine di realizzare gli obiettivi imposti dal Piano di rientro. Invero, due delibere intervengono per nominare Commissario *ad acta* i presidenti della Regione Campania che si avvicendano a causa delle tornate elettorali: con la delibera del 2009 viene nominato Antonio Bassolino poi sostituito, nel 2010, da Stefano Caldoro (delibera Consiglio dei Ministri 23.04.2010). Già qui emerge il profilo problematico segnalato da ultimo: quello relativo al cumulo tra la carica politica regionale di Presidente della Regione e quella di Commissario *ad acta* che, in questa veste, rappresenta lo Stato. A meno che non si assista a un disturbo bipolare della personalità, si tratta di una frizione da non sottovalutare, nella misura in cui il Governatore che, nella maggior parte dei casi, è anche componente del partito di maggioranza in Consiglio regionale ha contribuito – se non proprio a creare il dissesto – almeno a promulgare le leggi che quel dissesto hanno alimentato. Ma poiché il Governatore è anche Commissario, egli deve, in ossequio alla carica statale, obbedire alla logica del «legislatore «dimezzato»»⁵ e realizzare il piano di rientro anche contrap-

³ In dettaglio, sulla disciplina dei piani di rientro dai disavanzi sanitari e la loro natura invasiva delle competenze legislative, cfr. T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, n. 4/2013.

⁴ La deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 faceva seguito alle risultanze della riunione del 20 luglio 2009, nella quale il Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza avevano valutato un insufficiente grado di attuazione del Piano di rientro.

⁵ La metafora che prende in prestito Calvino appartiene a E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»: i consigli regionali tra vincoli interni dei piani di rientro dei disavanzi sanitari e interventi sostitutivi governativi*, in questa *Rivista*, n. 3/2012, 455 ss.

ponendosi alle scelte politiche della maggioranza consiliare che lo sostiene. Della marchiana distonia deve essersi avveduto il legislatore statale quando, nell'art. 1, comma 570, della legge di stabilità 2015 (190/2014), introduce l'incompatibilità della nomina a Commissario *ad acta* per coloro che fossero titolari di incarichi istituzionali presso la Regione commissariata.

In Campania, la disposizione sortisce l'effetto dell'attribuzione dell'incarico a Joseph Polimeni. Ma l'esperienza non dura molto: da un lato, l'art. 1, comma 396, della legge di stabilità 2017 (l. 232/2016) abroga l'art. 1, comma 570 della l. 190/2014 e, di conseguenza, reintroduce la possibilità della prassi del Governatore-Commissario⁶; dall'altro, il dott. Polimeni si dimette nell'aprile 2017 e lascia spazio alla nomina (10.07.2017) dell'attuale Presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, cui è demandato l'obbligo di attuare non solo il vigente Piano di rientro dal disavanzo sanitario ma anche i Programmi operativi relativi al triennio 2016-2018 e gli interventi volti a garantire sul territorio regionale l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica.

Fin qui, la cornice in cui collocare le esperienze legislative. In ordine di tempo, la prima legge interessante mi è sembrata la n. 27 dell'8 agosto 2016 sull'erogazione dei farmaci e preparati galenici a base di cannabinoidi per fini terapeutici. La legge in questione si limita alla piana attuazione di norme statali, in particolare del d.P.R. 309/1990. Se non fosse per un *dettaglio*: l'art. 3, comma 3, della

⁶ Peraltro, la disposizione è stata anche oggetto di impugnazione regionale. Ad esempio, la Regione Veneto, nel ricorso n. 19 del 23 febbraio 2017 (*Gazz. Uff.* n. 14 del 05.04.2017), denuncia l'incostituzionalità della disposizione per violazione degli artt. 3, 97, 117, comma 3, 119 e 120 Cost. nella misura in cui, come si legge nel ricorso, «...rimette in vigore la prassi dei c.d. "Governatori Commissari" che è stata una delle principali cause delle inefficienze, sia in termini di disavanzi, sia in termini di insufficiente garanzia del LEA, nella gestione della sanità di alcune Regioni. Assegnare poteri di commissario della sanità al Presidente di una Regione che non adempia *i*) alla diffida governativa funzionale a conseguire gli obiettivi del piano di rientro ovvero *ii*) che non abbia adottato atti idonei o sufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati (tali sono i presupposti per il commissariamento indicati dall'art. 4, comma 2, del decreto-legge n. 159 del 2007), si pone in evidente contrasto con i principi di ragionevolezza, proporzionalità e buon andamento della pubblica amministrazione di cui agli articoli 3 e 97 della Costituzione, nonché in contrasto con un corretto esercizio del potere sostitutivo del Governo di cui all'art. 120 Cost.». Il ricorso verrà deciso dalla Corte costituzionale nell'udienza pubblica del 6 marzo 2018.

legge regionale disponeva che la prescrizione dei farmaci cannabinoidi a carico del SSR dovesse effettuarsi su ricettario a ricalco. La norma statale, invece, prevede che per questa tipologia di farmaci la ricetta vada fatta secondo quanto disposto dall'art. 43, comma 9, del d.P.R. 309/1990, ossia «attraverso ricetta da rinnovarsi volta per volta e da trattenersi da parte del farmacista». Quindi, il *dettaglio*, in realtà, non è una vera *norma di dettaglio* in materia di tutela della salute. Difatti, l'opzione per la ricetta da rinnovarsi volta per volta è espressione, piuttosto, di un *principio fondamentale* in materia di tutela della salute: la cosa non sfugge all'Avvocatura dello Stato che, con ricorso n. 62 dell'11 ottobre 2016, solleva questione di legittimità in via principale dinanzi alla Corte.

Nelle more del giudizio di legittimità costituzionale, la legge regionale n. 34 del 7 dicembre 2016 interviene a modificare la l. 27/2016 nella parte incriminata: questa è la ragione per cui il Presidente del Consiglio rinuncia al ricorso e, a seguito dell'accettazione della rinuncia da parte della Regione Campania (comunque, costituitasi in giudizio), la Corte costituzionale dichiara l'estinzione del processo con l'ordinanza 220/2017: quasi un anno, insomma, per accertare che la Regione ha semplicemente aggiunto un comma e provveduto a una modifica nel senso indicato dal ricorso governativo.

Il caso, che origina quando il Commissario era ancora Polimeni, presenta effettivamente solo profili *tecnicamente* apprezzabili, forse frutto di una mera svista del legislatore e per niente legati a tutti i profili di incroci di materie connessi al piano di risanamento del disavanzo regionale. Tant'è che la clausola di salvaguardia di cui all'art. 9, secondo cui le norme della legge «non possono applicarsi o interpretarsi in contrasto con le previsioni del Piano di rientro dal disavanzo sanitario», è per lo più uno stilema poco significativo. A margine si può notare solo che l'art. 43, comma 9, disposizione decisamente dettagliata, sia qualificata dall'Avvocatura dello Stato come un «principio fondamentale di cautela»: qualificazione su cui, evidentemente, la Regione ha convenuto, dal momento che ha modificato la legge nel senso indicato dall'Avvocatura. Ma già si segnala la prassi della modifica della legge *dopo* l'impugnativa governativa e *prima* della pronuncia della Corte.

Il *trend* muta sensibilmente con il ritorno del Governatore-Commissario *ad acta*, a causa della segnalata rimozione di incompatibilità da parte della legge di stabilità 2017. La legge regionale n. 26 del 28 settembre 2017 relativa all'organizzazione dei servizi a favore di persone con disturbi del neurosviluppo e patologie psichiatriche e con disturbi dello spettro autistico contiene una disciplina molto artico-

lata, dal respiro sistemico testimoniato anche dal richiamo alle varie norme internazionali in materia. Non solo si sofferma sull'organizzazione dei servizi ospedalieri e sugli interventi di supporto come l'integrazione scolastica e lavorativa ma anche sui percorsi terapeutici e riabilitativi per le persone autistiche, finanche prevedendo la formazione di un centro regionale di riferimento per l'autismo.

La previsione della clausola di salvaguardia, tuttavia, non mette al riparo dal ricorso governativo che arriva puntuale (ric. n. 89 del 2017) e si scaglia contro l'intera legge, colpevole, fra le altre cose, di interferire «*direttamente* con le funzioni del Commissario *ad acta*». La violazione dell'art. 120 Cost. si realizza «anche laddove dette misure dovessero trovare riscontro nelle previsioni del Programma operativo»: difatti, «la *competenza funzionale* alla loro attuazione spetterebbe comunque al Commissario *ad acta*, e non certo all'organo legislativo regionale» (l'enfasi è testuale). Questo accade perché la legge ha «invaso spazi che sono stati temporaneamente interdetti alla competenza legislativa – ma anche amministrativa – regionale»; e, adoperando numerosi estratti dalla giurisprudenza costituzionale, l'Avvocatura spiega che, nel valutare l'interferenza nelle competenze del Commissario, è rilevante anche la mera *potenzialità* della sovrapposizione. Il ragionamento conferma l'impressione complessiva secondo cui la sanità sia un vero obiettivo di *policy* da realizzare con un intervento dello Stato e dei suoi organi: per cui l'intervento regionale (in Regioni commissariate) è inibito in radice. Giusta l'obiezione per cui gli spazi sarebbero solo «temporaneamente interdetti» alle Regioni, bisogna capire *se e quando* esse potranno riappropriarsene. E che rapporto dovrà esserci tra i provvedimenti dei Commissari e la legislazione futura.

Quanto al profilo connesso alle materie, i livelli essenziali non vengono invocati e la tutela della salute viene citata quasi *en passant*. Nei ricorsi, infatti, si fa questione di coordinamento della finanza pubblica. La stessa Corte ha, del resto, affermato che gli accordi sottoscritti tra Stato e Regioni per ripianare il disavanzo sanitario costituiscono principi fondamentali di questa materia (da ultimo, sent. 106/2017). L'Avvocatura, in realtà, afferma anche un altro profilo di violazione del coordinamento della finanza pubblica, dal momento che la Regione non indica le risorse con cui far fronte ai capitoli di spesa richiesti dalla legge regionale. La Regione si è costituita in giudizio (delibera della Giunta regionale n. 874 del 28.12.2017); inoltre, all'art. 7 della legge di stabilità regionale del 2018 (n. 38 del 29.12.2017), indica le misure di sostegno economico per le persone affette da disturbi dello spettro autistico e di integrazione delle per-

sone non autosufficienti. Che questa disposizione basti per arginare il ricorso governativo è perlomeno dubbio. Bisogna capire quale sarà il contegno dello Stato fino alla udienza pubblica in Corte costituzionale, non ancora fissata.

Destino analogo, dal punto di vista dei parametri invocati e degli argomenti spesi per l'incostituzionalità, è stato riservato alla legge n. 30 del 9 ottobre 2017, rubricata «Interventi di lotta al tabagismo per la tutela della salute». Nel ricorso 90/2017, l'Avvocatura dello Stato denuncia l'interferenza con le funzioni del Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della Regione Campania (testualmente: «gli interventi previsti dalla legge regionale che oggi si impugna, a prescindere dalla circostanza che essi, nel merito, confliggano [come sembra] o meno con quanto previsto dal vigente Piano di rientro, vanno in ogni caso ad incidere sulla competenza del Commissario»); anche in questo caso, dunque, la legge viola i principi fondamentali in materia di coordinamento della finanza pubblica. La Giunta ha deliberato di costituirsi in giudizio per difendere la propria legge ma, intanto, ha comunque inserito alcune disposizioni nella legge di stabilità regionale volte a modificare commi e alinea della disciplina in questione. Sarebbe lecito chiedersi se la ragione della modifica *in limine* delle disposizioni regionali sia anche legata alla consonanza politica tra il Presidente della Regione e il governo nazionale; ma è preferibile evitare illazioni.

Sullo sfondo, resta l'aporia per cui la Giunta, che riceve la fiducia della maggioranza consiliare cui imputare il contenuto sostanziale della legge, ha come Presidente *proprio* il Commissario *ad acta*. Si deve pensare che questa immedesimazione rappresenta un modo per risarcire l'organo titolare dell'indirizzo *politico* della capacità decisionale perduta dalla Regione a seguito della nomina del Commissario *ad acta*?

Sotto il profilo materiale, poi: quale estensione conserva la competenza residuale in materia di politiche sociali? Qual è il peso specifico della tutela della salute e, in generale, dei diritti sociali a fronte delle esigenze di coordinamento della finanza pubblica? L'implementazione a livello regionale dei diritti sociali è ridotta solo a una questione di vincoli di bilancio? Se è così, non sarebbe meglio evitare di affollare il contenzioso costituzionale e scongiurare prove di forza da parte delle Regioni per reclamare competenze che la Corte difficilmente concederà?

Sono vere domande, non retoriche. E forse le risposte corrono lungo confini mobili, che si misurano con i casi e con le specifiche questioni.