

N. 00292/2011 REG.PROV.COLL.
N. 00472/2010 REG.RIC.
N. 00473/2010 REG.RIC.
N. 00499/2010 REG.RIC.
N. 00617/2010 REG.RIC.



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per l' Abruzzo

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 472 del 2010, proposto da:

Comune di Casoli, Di Florio Andrea Antonino, Mario Foresi, Filippo Travaglini, Domenico Pietropaolo, Massimo Tiberini, Piero D'Amico, Nicola Paolo Rosato, Domenica Onofrillo, rappresentati e difesi dall'avv. Marco Femminella, con domicilio eletto presso avv. Marco Racano in L'Aquila, via Persichetti N. 10;

contro

Asl 103 - Lanciano/Vasto, rappresentata e difesa dagli avv. Rosaria Russo Valentini, Paola Cococcia, con domicilio eletto presso avv. Paola Cococcia in L'Aquila, via Solaria 35;

nei confronti di

Commissario Ad Acta-Gianni Chiodi, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Dello Stato, domiciliata per legge in L'Aquila, Complesso Monumentale S. Domenico;

Regione Abruzzo in Persona del Presidente P.T., rappresentata e difesa

dagli avv. Pietro Referza, Camilla D'Alonzo, Carlo Massacesi, elettivamente domiciliata in L'Aquila, via Leonardo Da Vinci; Comune di Atesa in Persona del Sindaco P.T., rappresentato e difeso dall'avv. Ennio Totaro, con domicilio eletto presso avv. Angela Campitelli in L'Aquila, via dei Medici N. 10;

sul ricorso numero di registro generale 473 del 2010, proposto da:

Comunita' Montana Aventino Medio Sangro, rappresentata e difesa dagli avv. Galileo Omero Manzi, Felicetta De Gregorio, con domicilio eletto presso Tar Segreteria in L'Aquila, via Salaria Antica Est;

contro

Asl 103 - Lanciano/Vasto, rappresentata e difesa dagli avv. Maria Russo Valentini, Paola Cococcia, con domicilio eletto presso Paola Cococcia in L'Aquila, via Salaria 35;

Regione Abruzzo in Persona del Presidente P.T., rappresentata e difesa dagli avv. Pietro Referza, Camilla D'Alonzo, Carlo Massacesi, domiciliata in L'Aquila, via Leonardo Da Vinci;

Comune di Atesa in Persona del Sindaco P.T., rappresentato e difeso dall'avv. Ennio Totaro, con domicilio eletto presso Angela Avv. Campitelli in L'Aquila, via dei Medici N. 10;

sul ricorso numero di registro generale 499 del 2010, proposto da:

Gianna Di Crescenzo, Carla Caterina Altorio, Simone Dal Pozzo, Angelo Ilario Domenico Orlando, Gianluca Primavera, rappresentati e difesi dall'avv. Simone Dal Pozzo, con domicilio eletto presso Tiziana Avv. Taranta in L'Aquila, via Monte Salviano 3 (N.I.);

contro

Commissario Ad Acta Per L'Attuazione del Piano di Rientro Dai Disavanzi

del Settore Sanita', rappresentato e difeso dall'Avvocatura Dello, domiciliata per legge in L'Aquila, Complesso Monumentale S. Domenico;

Regione Abruzzo in Persona del Presidente P.T., rappresentata e difesa dagli avv. Pietro Referza, Camilla D'Alonzo, Carlo Massacesi, con domicilio eletto presso Regione-Abruzzo Ufficio Legale in L'Aquila, via Leonardo Da Vinci N.6 (N.I.);

Asl 103 - Lanciano/Vasto, rappresentata e difesa dagli avv. Rosaria Valentini Russo, Paola Cococcia, con domicilio eletto presso Paola Cococcia in L'Aquila, via Solaria 35;

nei confronti di

Sub Commissario Ad Acta Per L'Attuazione del Piano di Rientro Dai Disavanzi del Settore Sanitario, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Dello, domiciliata per legge in L'Aquila, Complesso Monumentale S. Domenico;

sul ricorso numero di registro generale 617 del 2010, proposto da:

Franco Caramanico, rappresentato e difeso dall'avv. Rossella Ferrara, con domicilio eletto presso Marco Avv. Racano in L'Aquila, via Persichetti N. 10;

contro

Commissario Ad Acta, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Dello Stato, domiciliata per legge in L'Aquila, Complesso Monumentale S. Domenico;

per l'annullamento

quanto al ricorso n. 472 del 2010:

DELLE NOTE DEL 20-24-25 AGOSTO 2010 CON CUI IL DIRETTORE GENERALE DELLA ASL N. 2 HA COMUNICATO I

PROVVEDIMENTI DI SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO PRESSO L'OSPEDALE "CONSALVI" DI CASOLI, CON TUTTI GLI ATTI PRESUPPOSTI, IVI COMPRESI LE DELIBERAZIONI COMMISSARIALI N. 44 E 45..

quanto al ricorso n. 473 del 2010:

- DEL PROVVEDIMENTO PROT. N. 59190 DEL 20 AGOSTO 2010 CON CUI IL DIRETTORE GENERALE DELLA ASL N. 2 HA DISPOSTO CON DECORRENZA 31 AGOSTO 2010 LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO PER ACUTI PRESSO L'OSPEDALE "CONSALVI" DI CASOLI, NONCHÉ LA CONTESTUALE SOSPENSIONE DELL'ACCETTAZIONE DEI PAZIENTI DESTINATI ALLA U.O. DI LUNGODEGENZA;

- DEL PROVVEDIMENTO PROT. N. 59898 DEL 25 AGOSTO 2010 CON CUI IL DIRETTORE GENERALE DELLA ASL N. 2 HA DISPOSTO CON DECORRENZA 31 AGOSTO 2010 LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO PRESSO L'UNITÀ OPERATIVA DI RIABILITAZIONE DELL'OSPEDALE "CONSALVI" DI CASOLI;

- NONCHÉ -CON MOTIVI AGGIUNTI- DELLE DELIBERAZIONI COMMISSARIALI N. 44 E 45 DI APPROVAZIONE ED ATTUAZIONE DEL PIANO OPERATIVO 2010..

quanto al ricorso n. 499 del 2010:

DELLE DELIBERAZIONI N.44 DEL 3 AGOSTO 2010 E N. 45 DEL 5 AGOSTO 2010 DI APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA OPERATIVO 2010 E DELLE AREE DI INTERVENTO CON I CRITERI DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA SUDDETTO.

quanto al ricorso n. 617 del 2010:

DELLE DELIBERAZIONI N.44 DEL 3 AGOSTO 2010 E N. 45 DEL 5 AGOSTO 2010 DI APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA

OPERATIVO 2010 E DELLE AREE DI INTERVENTO CON I CRITERI DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA SUDDETTO.

Visti i ricorsi e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione nei rispettivi giudizi delle amministrazioni intimate;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 23 marzo 2011 il dott. Alberto Tramaglino e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. Con deliberazione del Consiglio dei ministri dell'11 dicembre 2009 il Presidente p.t. della Regione Abruzzo è stato nominato "Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo". Con deliberazione del medesimo organismo del 13 gennaio 2010 venivano nominati due subcommissari per affiancarlo nella "predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale".

Tali nomine facevano seguito alla deliberazione CdM 11 settembre 2008 con cui, ai sensi dell'art. 4 D.L. 159 del 2007, stante "la grave crisi istituzionale in cui versava la Regione Abruzzo, determinata dalla dimissioni dell'allora Presidente della Regione, tale da compromettere l'ordinato svolgimento delle funzioni assistenziali, la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e l'attuazione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale previsti dal Piano di rientro", era stato nominato quale Commissario ad acta il dott. Gino Redigolo.

Con nota del 30 luglio 2008 il Presidente del Consiglio dei ministri aveva

infatti attivato la procedura di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto-legge n. 159 del 2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 222 del 2007, che prevede che qualora nel procedimento di verifica e monitoraggio si prefiguri il mancato rispetto da parte della Regione degli adempimenti previsti dal Piano di rientro, la Regione viene diffidata ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti.

Dagli esiti della riunione del 2 settembre 2008 era risultato che gli organismi allo scopo preposti (Tavolo di verifica degli adempimenti e Comitato permanente per la verifica dei LEA) avevano riscontrato la persistenza dei presupposti della diffida, ritenendo che i provvedimenti trasmessi dalla Regione risultassero inadeguati al raggiungimento degli obiettivi programmati.

A seguito dell'elezione dei nuovi organi istituzionali erano seguite le dimissioni del medesimo commissario, che inducevano il Consiglio dei ministri -“al fine di rendere il regime di commissariamento della Regione Abruzzo omogeneo con quello attualmente vigente nelle altre Regioni sottoposte a Piano di rientro”- ad attribuire la carica al Presidente della Regione.

Il commissariamento della sanità abruzzese è derivato dallo stato di squilibrio economico-finanziario della spesa regionale che aveva portato alla stipula dell'Accordo previsto dall'art. 1, comma 180, L. 30 dicembre 2004 n. 311 nonché dall'art. 8 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 tra la Regione Abruzzo ed i Ministri della Salute e dell'Economia e Finanze.

Con l'Accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 la Regione si era impegnata ad attuare il Piano di rientro dal disavanzo, “elaborato a seguito della ricognizione delle cause che hanno comportato il mancato adempimento degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per l'anno 2005, dell'Accordo 16 dicembre 2004 per l'anno 2004 ... ed in base a quanto previsto dalla legislazione vigente con

particolare riferimento a quanto disposto dall'art. 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296" (art. 1, comma 2), ed in particolare "ad attuare le seguenti misure contenute nel Piano...: a. misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza...; b. misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010...". L'Accordo medesimo precisava che il richiamato Piano di rientro prevede "iv. l'adozione di provvedimenti che razionalizzino la rete ospedaliera..." (art. 1, comma 3).

L'Accordo era stato quindi approvato con deliberazione della Giunta regionale (DGR) 13 marzo 2007, n. 224, e si componeva (come precisato in delibera) di tre elaborati: 1. Articolato; 2. Piano di risanamento del Sistema sanitario regionale 2007-2009; 3. Appendici al Piano di risanamento (il cui contenuto sarà appresso considerato).

2. Con deliberazione del 3 agosto 2010 n. 44, il Commissario ad acta, richiamato, tra l'altro, l'art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 -che stabilisce che, per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data della sua entrata in vigore, resta fermo l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati- e dato atto che la Regione Abruzzo, alla data di entrata in vigore della legge, si trova nelle predette condizioni, ha deliberato "di approvare il Programma Operativo 2010 di cui all'allegato "A", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con il quale s'intende dare prosecuzione al Piano di Rientro 2007/2009, secondo gli interventi e le azioni in esso previste".

Tra tali interventi (Asse 2; Intervento 6; Azione 1: pag. 24 ss.) vi è il "Piano della rete ospedaliera", ispirato ad una "ottica di razionalizzazione e di riqualificazione del SSR", in base alla quale "occorre individuare le strutture ospedaliere che non risultano coerenti ... con il fabbisogno di

prestazioni della popolazione e prevedere una riconversione dell'impiego delle risorse ... verso forme di assistenza alternative a quella ospedaliera”.

Faceva seguito la deliberazione 5 agosto 2010 n. 45 con cui, in attuazione delle metodologie indicate nel precedente atto, venivano identificati i presidi ospedalieri “non coerenti con il fabbisogno e caratterizzati da inefficienza e inappropriatazza”, individuandosi 5 strutture che, non presentando più “le caratteristiche dell'ospedale per acuti e che richiedono una riconversione a forme alternative di assistenza”, erano “da disattivare da ospedali per acuti” (all. B, pag. 3). Si tratta dei presidi di Pescina, Tagliacozzo, Casoli, Guardiagrele, Gissi, con l'aggiunta di San Valentino quale presidio di riabilitazione “di dimensioni non ottimali” (ivi).

3. Avverso tali atti, e dei provvedimenti ASL che vi hanno dato attuazione, hanno proposto separati ricorsi, chiedendone l'annullamento, secondo la loro dichiarata qualità:

- Comunità Montana “Aventino Medio Sangro” e Comune di Casoli e singoli cittadini, entrambi nella parte in cui i provvedimenti prevedono la disattivazione dell'ospedale “G. Consalvi” di Casoli;
- consiglieri comunali e cittadini residenti a Guardiagrele ed utenti dell'ospedale “SS. Immacolata”, nella parte in cui è prevista la disattivazione del suddetto ospedale;
- un consigliere della Regione Abruzzo.

Resistono in giudizio, in relazione a ciascun ricorso, le amministrazioni indicate in epigrafe.

DIRITTO

1. I ricorsi possono essere decisi con unica sentenza, attesa la loro connessione oggettiva e la comunanza, perlomeno parziale, delle censure proposte e delle argomentazioni difensive delle parti resistenti.

2. Le amministrazioni intimare eccepiscono preliminarmente il difetto di legittimazione dei ricorrenti.

L'eccezione è fondata riguardo al ricorso 617 del 2010 proposto da Franco Caramanico, che ha impugnato gli atti in proprio e nella sua qualità di consigliere regionale.

In ordine a quest'ultima veste, va osservato che non appare sufficiente a fondare la legittimazione al ricorso la dedotta invasione, da parte del commissario ad acta, delle prerogative regionali, essendo invece necessaria la lesione in via diretta del diritto all'ufficio. Che il provvedimento oggetto del giudizio debba incidere in via diretta sulle prerogative del consigliere è costantemente ribadito in giurisprudenza (che si è normalmente occupata della legittimazione dei consiglieri comunali: cfr. T.A.R. Piemonte, sez. I, 11 febbraio 2011, n. 163; T.A.R. Lazio Roma, sez. II, 5 ottobre 2010, n. 32683; T.A.R. Sicilia Catania, sez. III, 30 giugno 2010, n. 2610; Consiglio Stato, sez. VI, 19 maggio 2010, n. 3130; T.A.R. Lombardia Brescia, sez. II, 30 aprile 2010, n. 1660; T.A.R. Puglia Lecce, sez. III, 11 marzo 2010, n. 700), eventualità che invece non ricorre nel caso di specie. La lesione viene infatti riferita non tanto alle prerogative del singolo consigliere, in alcun modo direttamente incise dall'atto, ma a quelle della Regione, che si asserisce essere state invase dagli atti commissariali, cosicché il ricorso finisce per essere preordinato alla tutela non tanto della posizione soggettiva del ricorrente ma alla sfera di competenze istituzionali dell'ente di riferimento.

La legittimazione non può essere riconosciuta al ricorrente nemmeno nella sua qualità di cittadino residente nell'ambito regionale, visto che -per quanto non possa essere messo in dubbio che ciascun residente abbia interesse ad una efficiente rete di servizi in grado di tutelare i suoi diritti fondamentali- si tratta tuttavia di un interesse proprio di qualunque soggetto dell'ordinamento e perciò privo del carattere della personalità che consente di differenziarlo da quelli facenti capo alla generalità dei consociati. Non essendo prospettata alcuna situazione di stabile

collegamento con le strutture da disattivare, il ricorso in questione è pertanto inammissibile.

3. Non appare invece dubbia la legittimazione del Comune di Casoli, quale ente esponenziale degli interessi dei soggetti insediati in tale ambito territoriale, mirante alla salvaguardia di una struttura ivi insediata erogatrice di servizi essenziali alla comunità di riferimento (cfr. T.A.R. Liguria, sez. II, 13 marzo 2009, n. 311: ciascun Comune, pur se spogliato di specifiche competenze, nella sua qualità di ente esponenziale, portatore in via continuativa di interessi diffusi radicati nel proprio territorio che fanno capo ad una circoscritta e determinata popolazione residente è, in astratto, portatore di un interesse pubblico differenziato e qualificato, diverso da quello di cui sono titolari singoli cittadini, tale da giustificare l'impugnativa di atti incidenti su tali interessi diffusi, come ad esempio in tema di impugnativa di atti approvativi di localizzazione di impianti ovvero atti pianificatori che sopprimono presidi sanitari di riferimento per i cittadini del medesimo Comune).

Sono altresì legittimati i singoli ricorrenti del ricorso 499/2010 (e del ricorso 472/2010), non quali consiglieri comunali (valendo in proposito quanto osservato in precedenza sulla legittimazione del consigliere regionale), bensì quali residenti nell'ambito del bacino di utenza in cui opera la struttura da disattivare. Va qui ravvisata l'esistenza di uno "stabile collegamento" con l'area interessata dall'azione amministrativa, che rende i soggetti insediati portatori di un interesse diretto e personale a continuare a fruire di servizi primari (come quello attinente alla tutela della salute, anche in considerazione del suo rilievo costituzionale), suscettibile di essere pregiudicato dall'iniziativa in parola, quanto meno in conseguenza della disattivazione del servizio di pronto soccorso, le cui prestazioni sono ritenute non utilmente compensabili da quelle erogate dalla struttura risultante dal processo di riorganizzazione. Ciò tanto più alla luce delle

caratteristiche geografiche del territorio e delle aumentate difficoltà dei singoli nel raggiungere le più distanti strutture in caso di necessità, tali da compromettere la possibilità di confidare all'occorrenza in una risposta sanitaria pronta ed efficace.

Palesamente infondata è l'eccezione di inammissibilità per mancata intimazione dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze. Gli atti impugnati non sono infatti imputabili a tali organi statali, bensì al Commissario ad acta che ha una propria autonoma legittimazione passiva ed è pertanto l'unico soggetto ad assumere la veste di parte resistente. Né è d'altra parte sottoposto ad impugnazione l'Accordo 8 marzo 2007 con l'annesso Piano di rientro, di cui si contesta, anzi, la violazione.

4. La riconosciuta ammissibilità di tali impugnazioni esime il collegio, per ragioni di economia, dal prendere in esame le eccezioni riferite al ricorso 473/2010. Le precedenti statuizioni hanno l'effetto di restringere l'oggetto del giudizio alle parti degli atti impugnati che coinvolgono gli ospedali di Casoli e Guardiagrele, cosicché -stante anche la sostanziale identità delle censure proposte- tale oggetto non potrebbe essere ulteriormente ridotto od ampliato all'esito della pronuncia su tali eccezioni.

5. Si può passare ad esaminare il merito dei ricorsi residui, partendo dai motivi comuni alle varie impugnazioni.

Precisato che fondamentale compito del commissario è l'attuazione del Piano di rientro e che tale atto è vincolante per la Regione, nei ricorsi in vario modo si asserisce che gli atti in questa sede impugnati si pongono in contrasto con le relative previsioni del piano che, essendo state peraltro tradotte in leggi regionali, potevano essere modificate unicamente con lo strumento legislativo. Infatti, il piano di rientro, mentre prevede l'adozione di provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera, non avrebbe invece previsto la disattivazione dei piccoli ospedali. Gli atti allegati all'Accordo contenevano infatti i principi del riordino della rete ospedaliera

e sono stati integralmente recepiti dalla programmazione regionale ed in modo particolare dal Piano Sanitario Regionale (PSR) approvato con L.R. n. 5 del 2008. Allegato al PdR era anche il Piano dei posti letto, che li fissava in 5.850, pari a 4,5 PL per 1.000 abitanti, standard invece disatteso dai provvedimenti oggetto di gravame.

Si aggiunge che con L.R. 5 aprile 2007 n. 6, recante “Linee guida per la redazione del piano sanitario 2007/2009 -un sistema di garanzie per la salute- piano di riordino della rete ospedaliera”, si stabilivano i criteri di tale riordino, tenendo conto del numero dei posti letto stabiliti in 5.850 e prevedendo che ai piccoli ospedali (cioè quelli aventi una dotazione di PL pari o inferiore a 120) dovesse essere garantita una dotazione minima di servizi, comprendente pronto soccorso, medicina, lungodegenza, riabilitazione, day hospital, day surgery, chirurgia ambulatoriale, dialisi, mentre la dotazione di PL per acuti andava invece riferita a ciascuna ASL. Il PSR prevedeva d'altra parte che ogni Presidio Ospedaliero fosse dotato di adeguate strutture diagnostiche, di PL per acuti e di Unità Operative di medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza (ex pronto soccorso) con organico autonomo. L'insieme di tali previsioni renderebbe del tutto illegittima la disattivazione degli ospedali di Casoli e Guardiagrele.

La struttura commissariale sarebbe peraltro sfornita di qualsiasi potere al riguardo, visto il venir meno del periodo triennale di efficacia del Piano di rientro.

6. Le questioni che vengono preliminarmente in rilievo attengono al rapporto tra il potere commissariale e la legislazione regionale; a quello tra programma operativo e piano di rientro; ai limiti temporali di quest'ultimo. Si discute, cioè, se il programma operativo sia o meno aderente alle previsioni del piano di rientro; se il commissario possa eventualmente adottare provvedimenti difforni rispetto al contenuto della legge regionale 5 aprile 2007, n° 6 (Linee guida per la redazione del piano sanitario

2007/2009 - Un sistema di garanzie per la salute - Piano di riordino della rete ospedaliera) e della Legge Regionale 10 marzo 2008 n. 5 (Un sistema di garanzie per la salute - Piano sanitario regionale 2008 - 2010); se il potere commissariale continui a sussistere una volta decorso il periodo triennale di validità del piano.

Per le difese resistenti le richiamate leggi regionali hanno natura di leggi meramente formali, o leggi-provvedimento, suscettibili di rimozione non solo ad opera di successiva legge o per intervento della Corte costituzionale, ma altresì soggette a modifiche apportabili tramite atti amministrativi, specie se incidenti su aspetti specifici e di dettaglio. Il potere commissariale sarebbe d'altra parte posto nel nulla qualora non fosse consentito intervenire su materie coperte da siffatta disciplina legislativa, anche quando ne fosse acclarato il contrasto con statuizioni cogenti del Piano di Rientro (frutto di accordo Stato-Regione, recepito con atto non normativo e che tuttavia condiziona la permanente efficacia degli atti, legislativi e non, della Regione, la quale si è così vincolata ad adottare ogni provvedimento necessario al raggiungimento del risultato concordato) e del Patto per la Salute (recepito nella legge finanziaria 2010). La natura cogente, in quanto derivante dal carattere co-decisionale dell'attività diretta a contenere i disavanzi del settore sanitario, delle norme del Piano di Rientro e del Patto per la salute, determinerebbe l'impossibilità per le Regioni di disattenderne i contenuti, ed il relativo impatto sull'autonomia regionale non sarebbe che la conseguenza necessaria di tale processo. Posto che le delibere commissariali costituiscono diretta attuazione di tali misure, l'incisione sulla predetta legislazione sarebbe quindi il naturale effetto dell'impatto del Piano di Rientro e del Patto per la salute in ambito regionale. Si richiama in tal senso l'art. 2, comma 95, L. 23 dicembre 2009 n. 191, secondo cui "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”. Significativo è anche l’art. 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, esplicitamente richiamato nel preambolo dell’Accordo (“Gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all’articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l’accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria”).

D’altra parte il P.O. sarebbe sul punto aderente al Piano di Rientro che, al paragrafo 1.1.4, punto 6, individua quale specifico impegno regionale, l’adozione dei “provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell’assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l’anno 2009, il raggiungimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti”. Al paragrafo 1.2.3., il suddetto Piano evidenzia infatti che “il Servizio Sanitario d’Abruzzo delineato nel PSR 1999-2001 registra un’offerta più alta rispetto alle altre Regioni, con particolare riferimento all’offerta ospedaliera che, tra l’altro, si connota anche per la forte disomogeneità di dotazione di posti letto fra ASL non correlate ai bisogni territoriali oltre che da importanti eterogeneità quali-quantitative per discipline e con carenza generalizzata di day hospital/day surgery (DH/DS) e della lungodegenza”, chiarendo ulteriormente che “i tassi di ospedalizzazione abruzzesi sono i più elevati a livello

interregionale”. Cosicché, il Piano di Rientro (pag. 25 ss.) si propone come obiettivi il riassetto della rete ospedaliera (lett. M), la riduzione del tasso di ospedalizzazione (lett. N), lo sviluppo di regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari, affidata all’avvio delle attività DH e DS, prevedendo, in particolare, una dotazione di posti letto adeguata all’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per la cui adozione sono previsti, tra l’altro, interventi diretti alla rimodulazione dei posti letto per acuti e post-acuti nonché la trasformazione dei piccoli ospedali in ospedali di territorio, non potendo gli stessi garantire standard di assistenza adeguati ed appropriati. Si tratterebbe di misure che si conformavano ai contenuti del Patto per la Salute del 2005, le cui disposizioni, recepite nella legge finanziaria del 2007, informano tutto l’impianto del Piano di Rientro.

La ristrutturazione della rete ospedaliera costituisce anche l’obiettivo del Programma operativo 2010, oggetto di impugnazione, la cui concreta ed effettiva realizzazione postulerebbe, analogamente a quanto previsto dal Piano di rientro, il riassetto della rete ospedaliera, la riduzione del tasso di ospedalizzazione, lo sviluppo dei regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ed il preliminare adempimento della determinazione del fabbisogno delle prestazioni ospedaliere, da cui discende il fabbisogno dei posti letto correlati (all. B alla del. 45). Sarebbe funzionale a tale riassetto l’individuazione delle cinque strutture ospedaliere da disattivare in quanto prive delle caratteristiche degli ospedali per acuti, per cui ne è stata prevista la riconversione in forme alternative di assistenza, maggiormente adeguate alle caratteristiche dei processi clinico-assistenziali del territorio, a cui sono funzionali i nuovi Presidi territoriali di assistenza, con punto di primo intervento H24, in stretto collegamento con le strutture della rete dell’emergenza-urgenza operanti sul territorio e con possibilità di accesso alle prestazioni specialistiche erogabili negli spazi dell’attività ambulatoriale specialistica incardinate presso il Presidio territoriale. Tale riconversione è

funzionale alla generazione di una rete assistenziale, ramificata sul territorio in modo da razionalizzare i vari tipi di intervento sulla base della loro complessità e così in grado di assicurare il contenimento dei costi (cfr. pag. 4 all. C del. 45, dove si sviluppano, nell'ambito dell'Azione 3, razionalizzazione delle unità semplici e complesse, i modelli operativi per la realizzazione della Rete Integrata dei Servizi per il perseguimento dell'efficienza dell'intero sistema: “il concetto di Rete integrata implica ... profondi cambiamenti sia sul piano concettuale che gestionale. Esso prevede, infatti, che: -il concetto di localizzazione di una struttura operativa in una rete integrata si giustifichi principalmente in funzione delle esigenze della rete e non in termini di patrimonio esclusivo e particolare della comunità locale...; -occorre passare da una logica di efficienza operativa della singola unità ... e del singolo ospedale ad una logica di efficienza complessiva del sistema...; -...in una rete non ci sono punti più importanti di altri, ma tutti i punti devono essere eccellenti per garantire la loro funzione; -la programmazione della rete è incompatibile con la competizione tra le singole unità e richiede, soprattutto, la cooperazione secondo i diversi livelli di complessità...”).

In linea con quanto precisato dalle Linee guida [“per i piccoli ospedali esiste una difficoltà oggettiva ad acquisire adeguate caratteristiche di complessità... (rispetto ai quali) occorre prevedere lo sviluppo di una duplice integrazione: una verso gli ospedali maggiori, l'altra verso le funzioni assistenziali distrettuali e quindi verso la salvaguardia del patrimonio storico rappresentato da questi presidi per le rispettive comunità”], il processo di razionalizzazione avrebbe perciò imposto lo spostamento delle loro funzioni verso ospedali di maggiori dimensioni, con una riduzione di circa 338 posti letto, di cui circa 170 per acuti (rispetto ad un “potenziale eccesso di posti letto per acuti ... tra pubblico e privato, pari a 840 circa il 18% dell'attuale configurazione”) e la loro riconversione “in strutture più snelle,

ma più coerenti con il fabbisogno di prestazioni della popolazione quali i Presidi Territoriali H24 (PTA)” (le citazioni del paragrafo sono tratte dalla pag. 40 del Programma operativo di cui alla del. 44).

D'altra parte, le difese di parte resistente muovono dall'assunto che gli atti impugnati siano applicativi delle previsioni del Patto della Salute 2010/2012, intesa Stato-Regione ex l. 131/2003, come recepiti dal legislatore statale nella legge finanziaria 2010 (art. 2, comma 88, l. 191/2009). La norma richiamata così dispone: “Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale. In ogni caso si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, e ai commi da 80 a 86 del presente articolo”.

Da tale norma viene desunta sia l'ultrattività del piano, che sarebbe pertanto tuttora efficace nonostante il decorso del triennio di validità, sia l'integrazione degli obiettivi originari soprattutto per ciò che concerne lo standard dei posti letto. Infatti, il Patto per la Salute 2010/2012 ha fissato uno standard dei posti letti accreditati ed effettivamente posti a carico del SSR non superiore a 4PL/1000ab. (art. 6) rispetto a quello di 4,5 su cui era stata impostata la programmazione sanitaria regionale. La necessità di

adeguamento a tale nuovo parametro avrebbe imposto le opportune deroghe al PSR, essendo lo stesso dimensionato sul superiore standard previgente.

7. Così riassunti i termini di tali questioni, il collegio osserva quanto segue. Dalla richiamata norma della legge finanziaria 2010 può subito percepirsi un elemento essenziale: la funzione commissariale resta ferma “per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi”. Pur ammesso che sia stata così disposta la proroga dei piani vigenti, come dedotto dai resistenti, resta il fatto che il commissario è chiamato unicamente all’attuazione del piano, di cui i P.O. costituiscono strumenti operativi che devono necessariamente muoversi nell’ambito del medesimo. D’altra parte si tratta di conclusione che le parti resistenti non contestano, ribadendo anzi le stesse la perfetta coerenza degli atti impugnati con il PdR, inserendosi il complesso degli strumenti attuativi, ed in particolare i programmi operativi, “in un’armonica composizione, che risente ovviamente delle prescrizioni normative (emblematiche quelle introdotte dalla legge finanziaria 2010) che incidono in particolare sul dimensionamento dei posti letto, in senso riduttivo rispetto al passato”, cosicché “i vincoli scaturenti dalle intese che prevedono il trasferimento di risorse, di fondi strutturali ed in buona sostanza il concorso dello stato al ripianamento dei disavanzi, ben può essere attuato anche mediante misure di carattere strutturale, già contemplate nei piani di rientro, che perseguano l’obiettivo di ridurre la spesa corrente, contestualmente razionalizzando i servizi”. Ed in particolare, la ristrutturazione del macro livello ospedaliero, già previsto dal piano di rientro, viene ad essere così attuato dall’intervento 6 del programma operativo, “la cui concreta ed effettiva realizzazione postula, replicando sul punto quanto previsto dal piano di rientro in tema di riassetto della rete ospedaliera, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e lo sviluppo di sistemi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari” (così la

difesa regionale).

Che il Piano di rientro costituisca il limite del potere commissariale è peraltro una conseguenza del fatto che il Piano è elaborato dalla Regione ed approvato dal Consiglio dei ministri (commi 78 e 79; art. 1, comma 180, l. 311/2004; art. 8 Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005).

In particolare, il Piano di rientro della Regione Abruzzo è stato approvato con DGR 224/2007, in cui viene “dato atto che il predetto Piano si inserisce organicamente nel contesto normativo e provvedimentale che regola la programmazione sanitaria, costituendo espressione di raccordo fra tutti gli strumenti di programmazione in essere e in corso di adozione, ovvero: - il Piano Sanitario Regionale, in fase di elaborazione e la cui promulgazione è prevista entro il mese di giugno del corrente anno, e le cui Linee Guida sono state già definite con D.G.R. n. 18/C del 09.01.2007”. La deliberazione in parola rileva ulteriormente “che parte del contenuto del Piano forma già oggetto di provvedimenti normativi e amministrativi compiutamente adottati ed efficaci, e specificatamente: atti a carattere generale: ... D.G.R. n. 18/C del 09.01.2007, recante il disegno di legge relativo a “Linee guida per la redazione del Piano Sanitario 2007 – 2009 - Un sistema di garanzie per la salute - e Piano di riordino della rete ospedaliera”.

Il piano di risanamento si pone l’obiettivo dichiarato di ristrutturazione del sistema sanitario regionale, individuando il livello dell’assistenza ospedaliera tra quelli che presentano maggiori criticità effettuando continui rimandi alle linee guida del PSR 2007-2009, che costituiscono una delle appendici (C) che compongono l’Accordo (v. dgr 224, dispositivo: “di approvare, l’Accordo sottoscritto in data 06.03.2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell’Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l’approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’articolo 1, comma 180

della legge 30 dicembre 2004, n. 311, allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale; - di precisare che l'accordo stesso si compone dei seguenti tre elaborati: 1. Articolato; 2. Piano di Risanamento del Sistema Sanitario regionale 2007-2009; 3. Appendici al Piano di Risanamento del Sistema Sanitario regionale 2007-2009”).

E va evidenziato che il Piano di rientro (pag. 29, pag. 48 del BUR) prevede espressamente, tra gli interventi diretti ad attuare lo specifico obiettivo del riassetto della rete ospedaliera, “la trasformazione dei piccoli ospedali in ospedali di territorio”, individuando i relativi indicatori di risultato e le fonti di verifica, nonché lo sviluppo di regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari (pag. 30), lo sviluppo di sistemi di valutazione dell’appropriatezza dell’utilizzo dei ricoveri ordinari (pag. 31), con relativa rimodulazione dei posti letto. Mentre già nella deliberazione GR 224/2007 si rileva che parte del contenuto del Piano forma oggetto di provvedimenti normativi e amministrativi, tra cui le Linee guida. In altri termini, la riorganizzazione della rete ospedaliera era prevista dal Piano di rientro e contemplava, per quanto qui interessa, la “la trasformazione dei piccoli ospedali in ospedali di territorio”. Le suddette linee guida, sulla cui base è stato elaborato il PSR, sono quindi tutt’altro che estranee al Piano di rientro e, tralasciando i principi generali espressi (“una politica regionale oculata deve indirizzarsi verso logiche di razionalizzazione, non di razionamento... Una politica equilibrata deve saper innovare il sistema sanitario e favorire la specializzazione della parti più avanzate, ma allo stesso tempo ciò non deve avvenire a discapito delle componenti ‘meno visibili’ del sistema”: pag. 15 all. C), sono soprattutto precisati, per quanto qui più direttamente interessa, gli specifici obiettivi, attinenti al “macrolivello ospedaliero”, del riassetto della rete ospedaliera (obiettivo M); della riduzione del tasso di ospedalizzazione (obiettivo N); dello sviluppo dei sistemi di assistenza alternativi al ricovero (obiettivo O); dello sviluppo di sistemi di valutazione

e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni (obiettivo P). Sono pure qui rilevanti gli obiettivi C (riassetto articolazione organizzativa dei distretti) e D (potenziamento e regolazione dell'emergenza territoriale e della continuità assistenziale), attinenti al "macrolivello assistenza distrettuale".

Gli interventi ritenuti a tali fini necessari sono individuati nella trasformazione dei piccoli ospedali in ospedali del territorio, con previsione di proposta aziendale entro tre mesi dall'approvazione della LR, nel riordino del sistema dell'emergenza-urgenza, con previsione di inserimento del relativo progetto nel PSR, nonché nell'attivazione delle attività DH e DS (cfr. pagg. 22-30 del Piano: pagg. 41-49 BURA).

Le Linee guida contemplano allo scopo il "piano di riordino posti letto ospedalieri", in cui -espressi i principi fondamentali del riassetto della rete ospedaliera (divenire un sistema integrato; perdere connotazioni di tipo "asilo di ricovero")- è ribadito che la trasformazione del sistema ospedaliero da attuare nell'arco del triennio 2007-2009 esige, tra le altre misure, che siano portate a compimento la trasformazione dei piccoli ospedali in ospedali del territorio, l'attivazione dell'intero sistema di lungodegenza ospedaliera, la riorganizzazione ed il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza; la razionalizzazione del sistema della riabilitazione ospedaliera (pag. 31).

Lo stesso Piano di rientro (pag. 29, pag. 48 del BUR) prevede espressamente, tra gli interventi diretti ad attuare lo specifico obiettivo del riassetto della rete ospedaliera, "la trasformazione dei piccoli ospedali in ospedali di territorio", individuando i relativi indicatori di risultato e le fonti di verifica, nonché lo sviluppo di regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari (pag. 30), lo sviluppo di sistemi di valutazione dell'appropriatezza dell'utilizzo dei ricoveri ordinari (pag. 31), con relativa rimodulazione dei posti letto.

Per i piccoli ospedali, riscontrata "la difficoltà oggettiva ad acquisire

adeguate caratteristiche di complessità”, viene espressa l’esigenza di sviluppo verso “una duplice integrazione”: una verso gli ospedali maggiori, l’altra verso “le funzioni assistenziali distrettuali e quindi verso la salvaguardia del patrimonio storico rappresentato da questi presidi per le rispettive comunità locali. Tali presidi hanno sempre ricoperto una funzione di servizio assistenziale più ampio di quello strettamente ospedaliero, essendo anche un’importante risorsa per l’economia locale”, così prefigurando la “nuova missione dell’ospedale del territorio, che da struttura piccola diverrà un’organizzazione perfettamente efficiente nelle dimensioni consone ai nuovi scopi ad essa attribuiti”, di talché “la riconfigurazione dell’offerta dei piccoli ospedali, che prevede la garanzia di ricovero, ambulatoriali e domiciliari, è una scelta strategica che porterà allo sviluppo di una rete di servizi diffusi sul territorio”, elencando i servizi da attivare/potenziare “che andranno a soddisfare i bisogni emergenti e multidimensionali delle popolazioni che formano il bacino di utenza dell’ospedale del territorio”: pronto soccorso territoriale (servizio di emergenza sanitaria territoriale con postazione fissa, punto di primo intervento, sistema di trasporti secondari protetti (118); medicina orientata alla gestione di determinate condizioni di acuzie e subacuzie (da definire con apposito atto regolamentare); lungodegenza; riabilitazione; day hospital; day surgery; chirurgia e ambulatoriale; day service; ospedale di comunità gestito da medici di medicina generale; ambulatori specialistici; casa della salute. E’ significativa la successiva precisazione: “la trasformazione in ospedali del territorio dovrà essere avviata contestualmente alla riorganizzazione della rete dell’emergenza e del sistema della cure domiciliari. Fino al completamento delle suddette realizzazioni, che devono avere priorità assoluta nella programmazione regionale ed aziendale, e che dovranno essere portate a compimento nell’arco del prossimo triennio, nei “piccoli ospedali” resteranno attivi, ove già presenti, i servizi di

pronto/primo soccorso e/o le UU.OO. o i moduli di medicina interna/geriatria, anche con funzioni di ricovero ordinario...” (pag. 35-36; 157-158 del BURA).

Nell’ambito del sistema dell’emergenza-urgenza è poi richiamata l’articolazione del servizio quale scaturisce da pregressi atti che avevano previsto che gli ex servizi di pronto soccorso (UU.OO. di medicina e chirurgia di urgenza e accettazione) “devono avere sede in tutti i presidi ospedalieri pubblici della regione e essere dotati di organico autonomo ... in questi servizi dovranno essere allocati i PL tecnici di osservazione breve, nella misura del 2-3% dei PL di ciascun presidio ospedaliero”, con DEA (Dipartimenti Emergenza Accettazione) aziendali di II livello a presidio dell’integrazione tra DEA di I livello e UU.OO. dei singoli presidi e di coordinamento dell’organizzazione dei servizi di emergenza territoriale (118), evidenziando che, alla luce le criticità emerse, “si prevede la ridefinizione del sistema dell’emergenza sanitaria nell’ambito del redigendo PSR” (pagg. 39-40)

Tale era quindi il contenuto dell’accordo che la Regione si era impegnata ad attuare, cosicché si tratta di verificare se i provvedimenti commissariali siano diretti all’attuazione di tali contenuti o se invece introducano aspetti dissonanti rispetto a tali previsioni.

8. Il Programma operativo elaborato dalla struttura commissariale, richiamato il comma 88 dell’art. 2 della Legge finanziaria 2010, nonché le deliberazioni di nomina del Presidente p.t. della Regione quale commissario ad acta e della dott. Baraldi quale sub-commissario, evidenzia come, durante il precedente triennio, la Regione abbia impostato interventi mirati al contenimento dei costi in coerenza con gli obiettivi del piano di rientro. Prende tuttavia atto che dal conto consuntivo 2009 emerge ancora un risultato economico negativo tale da rendere necessari “ulteriori azioni di razionalizzazione dell’utilizzo dei fattori produttivi”, visto che, come viene

portato a titolo di esempio, “una riduzione del numero dei ricoveri rischia di non avere nessun effetto significativo in termini di riduzione dei costi in assenza di interventi di accorpamento e/o riconversione, posto che la struttura dei costi fissi ... rimane sostanzialmente invariata” (pag. 6). Cosicché il Programma Operativo “deve configurarsi come l’occasione per avviare in modo strutturale un processo di riordino del SSR” (pag. 7), tra i cui interventi è prevista la riprogettazione della rete di assistenza ospedaliera, che costituisce l’Intervento 6 e “prevede la disattivazione di 6 ospedali da acuti a Presidio Territoriale di Assistenza e la realizzazione della Rete di 16 Presidi, di cui 4 di alta complessità e 12 di media e bassa complessità” (pag. 20 dell’Allegato C del. 45). Sulla base delle analisi dei parametri di efficienza ed “appropriatezza” sono state individuate le strutture ospedaliere “che non presentano più le caratteristiche dell’ospedale per acuti e che richiedono una riconversione a forme alternative di assistenza”, e quindi “da disattivare da Ospedali per acuti” con la loro trasformazione in “Presidi Territoriali di Assistenza h24 (PTA) indispensabili e necessari alla popolazione che vive in questi Distretti” (pag. 3 all. B del. 45). Tali PTA presentano le seguenti caratteristiche (ivi, pag. 17): assistenza medica e infermieristica h12; punto unico di accesso alla rete dei servizi, collegato al centro unico di prenotazione; spazi dedicati all’attività ambulatoriale specialistica con particolare riferimento alla medicina di base; servizi di accoglienza alla persona; servizi sanitari di base e specialistici; punti prelievi; servizi di diagnostica specialistica; consultori e servizi sanitari integrati; forme di associazionismo diretti ad assicurare continuità assistenziale; servizi di coordinamento per le cure domiciliari. Si aggiunge (pag. 18) che “la Regione ha compiuto una ricognizione per rendere operative le riconversioni e predisporre i meccanismi operativi che consentano di attivare i PTA in tempi brevi” e che “verrà valutata la possibilità di mantenere un Punto di Primo Intervento operativo h.24 a

seconda delle esigenze organizzative e sanitarie che verranno puntualmente monitorate nei mesi successivi alla riconversione in modo da garantire equità ed omogeneità degli interventi su tutto il territorio”, stabilendo un cronoprogramma delle disattivazioni “e l’avvio entro il 31 agosto delle attività territoriali del PTA H.24 che non richiedono particolari accordi e investimenti o rimodulazioni ma possono e devono essere immediatamente svolte negli spazi esistenti e con le attrezzature presenti”, garantendo nell’immediato la presenza degli operatori della continuità assistenziale ... mentre la presenza delle associazioni dei Medici di Medicina Generale e delle unità di cure primarie è subordinata alla firma degli accordi entro il 31 agosto” (pag. 19).

9. Si percepisce immediatamente, visto il cronoprogramma che impone la disattivazione in tempi estremamente ravvicinati e le svariate valutazioni alla cui effettuazione si rimanda per l’attivazione del PPI h24 e delle funzioni di assistenza territoriale, l’assenza di contestualità del processo di disattivazione degli ospedali rispetto alla riorganizzazione della rete dell’emergenza e del sistema della cure domiciliari, tale da depotenziare l’integrazione dei piccoli ospedali verso le funzioni assistenziali distrettuali, quelle cioè svolte dagli ospedali maggiori. La costituzione della “rete integrata”, con la conseguente trasformazione delle funzioni assegnate ai piccoli ospedali, non è estranea al PdR ed ai suoi allegati, che tuttavia richiede che tale processo di trasformazione sia contestuale “al completamento delle suddette realizzazioni (vale a dire la riorganizzazione delle “reti” emergenza-urgenza e sistema delle cure domiciliari, “che devono avere priorità assoluta nella programmazione regionale ed aziendale”), precisando che fino ad allora (ossia al completamento del processo) “nei piccoli ospedali resteranno attivi, ove già presenti, i servizi di pronto/primo soccorso e/o le UU.OO. o i moduli di medicina interna/geriatria, anche con funzioni di ricovero ordinario” (pag. 35-36 Linee guida cit.). Secondo

quanto delineato dagli atti regionali, la trasformazione in “ospedale del territorio” era quindi l’ultimo atto di un processo che coinvolgeva l’intero sistema, in modo che il servizio fino ad allora reso dai piccoli ospedali potesse trovare adeguata compensazione nei nuovi strumenti nel frattempo attivati e soprattutto nella riorganizzata rete dell’emergenza-urgenza e in un efficiente sistema delle cure domiciliari.

In assenza di tali preliminari realizzazioni, la riconversione di tali “piccoli ospedali” in PTA non appare in linea con gli allegati al Piano di rientro, secondo quanto delineato dalla “linee guida” e dal successivo PSR. Se gli allegati al piano di rientro prevedevano anch’essi la riconversione, precisando che si tratta di “scelta strategica”, veniva tuttavia in essi contemplata la dotazione di pronto soccorso (ribadita a pag. 177 del PSR), riabilitazione e lungodegenza, e comunque il mantenimento di una funzione ospedaliera, che non viene invece assolta dal PTA per mancanza della funzione di ricovero, del servizio di pronto soccorso e per essere caratterizzato dalla presenza h12 del personale medico ed infermieristico.

Il Programma Operativo, che esplicitamente si pone “come l’occasione per avviare in modo strutturale un processo di riordino del SSR”, non appare perciò diretto a dare attuazione agli obiettivi del Piano di Rientro (è in tal senso significativa la mancanza di riferimento alle relative previsioni del PSR e delle Linee guida), quanto piuttosto ad introdurre ulteriori e più drastiche misure di riordino.

Va evidenziato che tali vizi non vengono meno per effetto della delibera commissariale 81 del 29.12.2010 (scaturita dal decreto cautelare di accoglimento del 14.12.2010 nell’ambito del ricorso n. 471/09), con cui l’efficienza -e prima ancora l’effettività- di un punto di primo intervento h24 è stata sostanzialmente “precisata” in extremis in mera chiave propositiva ed in attesa di superiori validazioni, con ciò venendo confermate le molte variabili da cui viene a dipendere l’assolvimento da

parte del PTI delle funzioni che erano proprie del pronto soccorso

10. Non vi è per il momento bisogno di considerare se il commissario possa intervenire su aspetti della materia fino ad allora regolati da legge regionale, essendo sufficiente mettere in rilievo che tale struttura, in quanto preposta all'attuazione del PdR, non è invece titolare di alcun autonomo potere di pianificazione.

Tale aspetto è stato già esaminato, scaturendo il limite in parola dal comma 88 cit., che affida alla gestione commissariale la mera "prosecuzione" del piano di rientro, vale a l'adozione delle misure di attuazione del medesimo non ancora portate a compimento. Può per completezza aggiungersi che tale subordinazione al PdR è desumibile dalle ulteriori fonti del potere commissariale.

La deliberazione del Consiglio dei ministri 11 dicembre 2009, con cui il Presidente della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta, considera a più riprese, richiamandone i presupposti normativi, come la nomina sia effettuata "per l'intero periodo di vigenza del Piano", il che -oltre a ribadire i limiti temporali dell'intervento commissariale- fa emergere come la relativa funzione consista esclusivamente nel dare attuazione al Piano medesimo. Tali limiti sono confermati dalla possibilità di nomina di uno o più subcommissari, "con il compito di affiancare il commissario nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale", e con la funzione di "assicurare la puntuale attuazione del piano di rientro". D'altra parte il prefigurato piano di riassetto della rete ospedaliera (lett. b del dispositivo) costituisce parte integrante del piano di rientro, per cui le ulteriori specificazioni applicative devono necessariamente tener conto dei contenuti già fissati negli allegati all'Accordo. Ai fini della sottoscrizione dell'accordo di cui al comma 3 dell'art. 8 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, la richiesta della regione deve essere infatti corredata da un documento contenente, oltre la valutazione analitica delle

cause strutturali del disavanzo, la formulazione di proposte per la correzione delle diseconomie strutturali e sono tali interventi, concluso l'accordo, ad essere "vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria" ex art. 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296. Tale potere di "variazione" normativa, ammesso che possa essere esteso al commissario che subentra nell'attività della Regione, è innanzitutto esclusivamente finalizzato ad attuare i contenuti del Piano ed è inoltre rivolto ad atti regionali "già adottati" prima della sottoscrizione, e non invece al processo normativo messo in atto proprio allo specifico scopo di attuare l'accordo.

Si tratta quindi dei contenuti di cui all'art. 1 dell'Accordo (significativamente rubricato, con espresso richiamo al predetto comma 796, "programma operativo per gli anni 2007-2009"), con cui la Regione si impegna ad attuare il Piano di Rientro ed in particolare, allo scopo di perseguire le misure di riequilibrio necessarie all'azzeramento del disavanzo, "gli interventi di riorganizzazione, di riqualificazione e di potenziamento del Servizio sanitario regionale e gli interventi ivi previsti ... correlati con gli ordinari strumenti di programmazione sanitaria regionale", ulteriormente precisandosi che il Piano (di rientro) prevede "iv. l'adozione di provvedimenti che razionalizzino la rete ospedaliera...".

Come ribadito dal Patto per la Salute 2010/2012 "il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano" (art. 13, 9° comma), e pertanto, nel caso di specie, la necessaria misura da attuare è data dalla trasformazione dei piccoli ospedali in ospedali del territorio. Tale specifica previsione non può ritenersi derogata dal conferimento del potere di adottare anche "gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla

completa attuazione del Piano di rientro” (ivi), visto che tali “atti ulteriori” sono quelli caratterizzati da uno stretto rapporto di implicazione con le specifiche previsioni del piano.

Al contrario, con gli atti in esame, tali specifici punti sono stati disattesi, per essersi orientato l’operato dell’organo straordinario verso la predisposizione di un piano alternativo a quello vigente, tale da prevedere non più gli ospedali del territorio, ma i PTA, sforniti delle caratteristiche che il piano di rientro e i primi atti attuativi del medesimo prefiguravano, in primo luogo la dotazione dei servizi di ricovero e di pronto soccorso.

Irrilevanti si rivelano le considerazioni dell’avvocatura erariale circa il fatto che tale piano sanitario recepito dalla legge regionale 5/2008 sarebbe rimasto in fondo privo “da sempre” di una effettiva attuazione, trattandosi di circostanza che, quand’anche si fosse verificata, non rappresenterebbe alcuna esimente in ordine alle censurate violazioni del programma operativo 2010: la carenza della doverosa ed integrale esecuzione del piano rappresenta anzi una delle cause per le quali può ritenersi giustificato l’intervento surrogatorio del commissario ad acta, il quale –nel disattendere il piano- finisce per aggravare il perdurante inadempimento al quale avrebbe dovuto invece fare fronte. In questo senso può prescindere anche dalle repliche dei ricorrenti mirate ad evidenziare l’avvenuta attuazione del piano in ordine al cd. taglio dei posti letto ivi disposto (sul quale sarebbe intervenuto in modo duplicativo e sproorzionato il programma operativo impugnato).

Non è perciò in discussione se gli atti commissariali siano adeguati rispetto ai parametri normativi di riferimento per ciò che riguarda l’obiettivo di risanamento e azzeramento del deficit nel rispetto dei LEA. Pur dando ciò per scontato (tali questioni sono oggetto di ulteriori censure), deve infatti rilevarsi che anche gli atti regionali di attuazione (in primis, Linee guida e PSR) erano stati ritenuti dai vari organismi di verifica altrettanto idonei al

perseguimento dei medesimi obiettivi, tanto da non poter essere sostituiti con misure di diverso tipo.

11. In base alla normativa statale (i già richiamati art. 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e art. 2, comma 95, L. 23 dicembre 2009 n. 191; art. 13, 6° comma, Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009), la regione sottoposta a piano di rientro è vincolata a rimuovere provvedimenti, anche legislativi, incompatibili con l'attuazione del piano di rientro. Si può certo sostenere che analogo potere sia attribuito al commissario allorché viene a subentrare alla regione inadempiente, collocandosi nella stessa posizione ed assumendo gli stessi vincoli che discendono dal piano. Ma qui, evidentemente, la questione si pone diversamente: il PSR e le Linee guida non solo non sono stati motivatamente assunti quali "ostacolo alla piena realizzazione del piano di rientro", ma sono essi stessi da un lato parte integrante del medesimo e dall'altro strumento di attuazione delle relative previsioni. Il P.O. non è infatti diretto a rimuovere provvedimenti preesistenti all'adozione del PdR, ma ad incidere su atti successivi posti in essere dalla Regione allo specifico scopo di adempiere gli obblighi assunti con l'Accordo.

L'unica previsione normativa sopravvenuta che le per le difese resistenti giustifica le suddette "deroghe" è il "Patto per la salute" 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009, poi trasfuso nella legge finanziaria per il 2010), che riduce lo standard massimo dei posti letto da 4,5 a 4/1000 abitanti, comprensivi di 0,7 PL per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (art. 6). Ma una siffatta previsione non implica affatto che l'unica modalità attuativa sia data dalla disattivazione dei presidi in questione (che porta a regime ad uno standard del 3 per mille, più 0,7 per post acuti: cfr. Pag. 12 del verbale delle riunioni congiunte 19 maggio, 21 e 30 luglio 2010 del Tavolo tecnico e del Comitato permanente di verifica), potendo la stessa essere al contrario attuata in svariati modi, e quindi

variamente incidendo sulle strutture operanti in ambito regionale purché non vengano derogate specifiche previsioni del PdR.

Ed anche ad ammettere che la previsione in parola imponesse una riduzione dello standard previsto dal PSR, la decurtazione dei posti letto non poteva comunque andare oltre il limite ivi fissato senza porsi in aperto contrasto con specifiche previsioni del Piano di rientro.

In tale prospettiva appare irrilevante la questione relativa alla possibilità degli atti commissariali di derogare a previgenti disposizioni introdotte da leggi regionali.

Può comunque rilevarsi che la natura meramente formale delle leggi regionali di approvazione delle Linee guida e del Piano sanitario regionale, se può rilevare sulla loro idoneità ad innovare il sistema legislativo preesistente, non incide tuttavia sulla loro forza passiva, ossia sulla loro capacità di resistere alla eliminazione, modifica, sospensione o deroga ad opera di atti non dotati della medesima forza, quali indubbiamente sono gli atti commissariali. Il semplice dato formale, l'aver cioè tali atti la forma di legge, conferisce perciò agli stessi la tipica caratteristica data dalla loro insuscettibilità ad essere incisi da atti che non posseggano la medesima forza. In quanto leggi in senso formale, si tratta di atti che non sono perciò suscettibili di essere derogati da provvedimenti provenienti da soggetti che sono istituzionalmente sottoposti alla legge, e quindi né dal giudice né dalla pubblica amministrazione, essendo solo suscettibili di abrogazione (totale o parziale) da parte di legge successiva o di caducazione per effetto del sindacato di costituzionalità. Come è stato osservato in dottrina, è la «forma» della legge, e non il suo «contenuto», a determinarne il «valore», per cui ogni distinzione che muova dalla diversità di tale contenuto è meramente empirica ed in ogni caso non significativa al fine di determinare il regime giuridico dell'atto.

Si tratta di conclusioni suffragate dalla giurisprudenza della Corte

costituzionale, che chiamata da questo TAR a pronunciarsi proprio sulla L.R. n. 6 del 2007, ha osservato “come più volte essa, chiamata a scrutinare la legittimità costituzionale di disposizioni normative aventi un contenuto non generale ed astratto ma concreto e particolare, abbia affermato che non è preclusa alla legge ordinaria, né a quella di fonte regionale, la possibilità di attrarre nella propria sfera di disciplina oggetti o materie normalmente affidati alla autorità amministrativa (sentenza n. 267 del 2007); né ciò determina un vulnus al diritto di difesa del cittadino riguardo agli effetti provvedimenti dell'atto normativo, posto che la posizione soggettiva di questo troverà la sua adeguata tutela, ovviamente non sul piano della giurisdizione amministrativa ma, tramite questa, su quello, proprio della tipologia dell'atto in ipotesi lesivo, della giurisdizione costituzionale” (Corte cost., 8 ottobre 2010, n. 289). L'aver escluso che la posizione soggettiva incisa da leggi di questo tipo possa trovare tutela sul piano della giurisdizione amministrativa, evidenzia come tali atti legislativi abbiano l'ordinario valore di legge, la cui fondamentale caratteristica è data dalla loro insindacabilità ad opera del giudice e, correlativamente, dall'autorità amministrativa.

Vale la pena aggiungere che, comunque, qualunque incisione su specifici contenuti risultanti da tali atti avrebbe dovuto essere espressa ed adeguatamente motivata.

Tali osservazioni, implicando la radicale illegittimità dei programmi operativi, nella parte in cui incidono sugli anzidetti contenuti del piano di rientro, appaiono assorbenti e tali da esimere il collegio dall'esame delle ulteriori censure e dalle eccezioni riferite a parte delle stesse.

I ricorsi in esame vanno perciò accolti con conseguente annullamento degli atti impugnati nella parte in cui dispongono la disattivazione degli ospedali di Casoli e Guardiagrele.

Da tale statuizione consegue l'improcedibilità per sopravvenuto difetto di

interesse del ricorso 473 del 2010, a cui si riferivano le eccezioni preliminari non esaminate di cui si è detto al precedente punto 4.

11. La complessità delle questioni trattate induce alla integrale compensazione delle spese di giudizio.

'P.Q.M.'

P.Q.M.

definitivamente pronunciando sui ricorsi in epigrafe, previa loro riunione, dichiara l'inammissibilità di quello iscritto al n. 617 del 2010, accoglie quelli iscritti ai n. 472 e 499/2010 e per l'effetto annulla i provvedimenti impugnati nella parte in cui dispongono la disattivazione degli ospedali di Casoli e Guardiagrele. Dichiara l'improcedibilità del ricorso 473/2010. Spese compensate tra tutte le parti.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in L'Aquila nella camera di consiglio del giorno 23 marzo 2011 con l'intervento dei magistrati:

Cesare Mastrocola, Presidente

Paolo Passoni, Consigliere

Alberto Tramaglino, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 25/05/2011

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)