

*Avvocatura della Regione Campania
Via Marina, 19/c – 80133 Napoli
Via Poli, 29 – 00100 Roma*

**ECC.MO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER IL
LAZIO - ROMA**

RICORSO

per la **REGIONE CAMPANIA** (80011990639), con sede legale in Napoli, alla Via S. Lucia, 81, in persona del Presidente della Giunta Regionale e legale rapp.tep.t., On.le Vincenzo De Luca, rapp.ta e difesa, giusta procura in calce, congiuntamente e disgiuntamente, dagli avvocati Almerina Bove (BVOLRN70 C46I262Z), Massimo Consoli (CNSMSM72R08H703N) ed Angelo Marzocchella (MRZNGL70D24F839Y) dell'Avvocatura regionale, coi quali è elett.te dom.ta in Roma, alla via Poli n. 29, presso la sede della Regione Campania.

Ai sensi dell'art. 136 c.p.a. si indicano le Pec: *almerinabove@pec.regione;*
massimoconsoli@pec.regione.campania.it; *angelomarzocchella@pec.re-*
gione.campania.it

CONTRO

-il Ministero della Salute, in persona del Ministro pro tempore, domiciliato ex lege presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma;

-il Ministero dell'Economia e delle Finanze, in persona del Ministro pro tempore, domiciliato ex lege presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma;

e nei confronti di

-Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Affari regionali- Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in persona del l.r. p.t., dom.to ex lege presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma;

-Regione Sicilia, in persona del l.r. p.t. . (*presidente@certmail.regione.sicilia.it*);

-Regione Lazio, in persona del l.r. p.t. (*protocollo@regione.lazio.legalmail.it*)

PER L'ACCERTAMENTO E LA DECLARATORIA

ex artt. 31 e 117 c.p.a., dell'illegittimità del silenzio-inadempimento serbato dalle Amministrazioni intimete sull'istanza notificata dalla Regione Campania l'1.4.2022, volta all'attivazione "*con ogni sollecitudine, del procedimento di adozione del decreto previsto dall'art. 27, comma 7, del d.lgs. n. 68/2011, attraverso l'elaborazione dello schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sulla base dei criteri*

previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da sottoporre all'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità prescritte";

E PER L'ORDINE

di provvedere sulla istanza medesima, adottando, entro il termine da stabilirsi in sentenza, lo schema di decreto previsto dall'art. 27, comma 7, del d.lgs. n. 68/2011, di sottoporlo alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per l'acquisizione della relativa intesa e di adottarlo allo esito;

NONCHE' PER LA NOMINA

sin d'ora, ex art. 34, comma 1, lett. e), c.p.a., di un commissario *ad acta* che, nell'ipotesi di perdurante inerzia delle Amministrazioni intimate, oltre il termine assegnato, provveda in via sostitutiva.

PREMESSO in FATTO

1. Con il d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68 (recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario") il legislatore ha, tra l'altro, dettato disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali in materia di salute.

Per quanto di interesse ai fini del presente giudizio, l'art. 27, comma 7, del citato decreto legislativo, nel testo attualmente vigente, dispone quanto segue:

"Le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento. A decorrere dall'anno 2015 i pesi sono definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base dei criteri previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tenendo conto, nella ripartizione del costo e del fabbisogno sanitario standard regionale, del percorso di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità, la cui misurazione si può avvalere del sistema di valutazione di cui

Avvocatura della Regione Campania
Via Marina, 19/c – 80133 Napoli
Via Poli, 29 – 00100 Roma

all'articolo 30 del presente decreto. Qualora non venga raggiunta l'intesa entro il 30 aprile 2015, per l'anno 2015 continuano ad applicarsi i pesi di cui al primo periodo del presente comma. A decorrere dall'anno 2016, qualora non siano disponibili i dati previsti dal primo e dal secondo periodo del presente comma in tempo utile a garantire il rispetto del termine di cui al comma 5-bis, la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali è effettuata individuando le regioni in equilibrio e i pesi sulla base rispettivamente dei risultati e dei valori ultimi disponibili. In via transitoria, per il solo anno 2021, nelle more dell'applicazione di quanto previsto al secondo periodo del presente comma ed in deroga a quanto previsto dal quarto periodo del presente comma, al fine di tenere conto della proposta regionale presentata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome il 15 aprile 2021, l'85 per cento delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno standard nazionale per il medesimo anno 2021 sono ripartite secondo i criteri di cui al presente comma e il restante 15 per cento delle medesime risorse è ripartito sulla base della popolazione residente riferita al 1° gennaio 2020”.

2. La menzionata disposizione, dunque:

a) demanda, anzitutto, al Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, e previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, l'adozione di apposito decreto per la definizione dei pesi, sulla base dei criteri previsti dall'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, al fine della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali in materia di salute, a decorrere dall'anno 2015, tenendo conto, nella ripartizione del costo e del fabbisogno sanitario standard regionale, del percorso di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità, la cui misurazione si può avvalere del sistema di valutazione di cui all'art. 30 del medesimo decreto;

b) nelle more dell'adozione dei nuovi parametri, prevede, altresì, tre regimi di carattere transitorio:

b.1.) il primo, relativo all'anno 2015, per il solo caso di mancato raggiungimento dell'intesa entro il 30 aprile 2015, e tale da determinare, per l'anno citato, la prosecuzione dell'applicazione dei pesi di cui al primo periodo del comma 7 cit. (ossia, “sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a

quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento”);

b.2.) il secondo, concernente, invece, gli anni 2016 e successivi (fino al 2020 incluso, per quanto si dirà infra, sub b.3), per il caso dell'indisponibilità dei dati, previsti dal 1° e dal 2° periodo del comma 7, in tempo utile a garantire il rispetto del termine di cui al comma 5-bis, prevedendosi l'effettuazione della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali mediante individuazione delle Regioni in equilibrio e dei pesi sulla base rispettivamente dei risultati e dei valori ultimi disponibili;

b.3) l'ultimo, infine, derogatorio, specificamente afferente al solo anno 2021, sulla base del quale, “nelle more dell'applicazione di quanto previsto al secondo periodo del presente comma ed in deroga a quanto previsto dal quarto periodo del presente comma”, è stata prevista la ripartizione dell'85% delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno standard nazionale per il medesimo anno 2021 secondo i criteri di cui al comma 7 medesimo, e del restante 15% sulla base della popolazione residente riferita al 1° gennaio 2020.

3. A fronte della chiara disposizione che demanda ai Ministeri intimati l'adozione dei nuovi parametri per il riparto tra le Regioni del FSN sin dal 2015, e nonostante la previsione, a scopo evidentemente cautelativo, di tre regimi a carattere temporaneo, per le sole ipotesi di mancata intesa e/o di carenza dei dati, a tutt'oggi, i medesimi Ministeri:

- non hanno ancora adottato il decreto di cui all'art. 27, comma 7, del citato d.lgs. n. 68/2011;

- non hanno neppure sottoposto alcuno schema di decreto alla Conferenza Stato Regioni.

4. Nonostante le citate disposizioni di legge che attribuiscono il compito - e quindi un obbligo, non la mera facoltà- di determinarsi d'intesa nella elaborazione dei nuovi pesi, sulla base dei parametri indicati dalla norma, e di approvarli, previa acquisizione dell'Intesa, i Ministeri sono infatti rimasti del tutto inerti, senza neppure avviare il relativo procedimento.

Onde porre fine alla descritta situazione di illegittima inerzia, la ricorrente ha notificato alle Amministrazioni odierne resistenti formale istanza con la quale ha richiesto di attivare ***“con ogni sollecitudine il procedimento di adozione***

Avvocatura della Regione Campania
Via Marina, 19/c – 80133 Napoli
Via Poli, 29 – 00100 Roma

del decreto previsto dall'art. 27, comma 7, del d.lgs. n. 68/2011, a tal fine provvedendo alla elaborazione dello schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sulla base dei criteri previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da sottoporre all'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità prescritte" (doc. n. 1).

5. Alla predetta istanza, notificata in data 1.4.2022, non è stato, a tutt'oggi, fornito alcun riscontro dalle Amministrazioni competenti, le quali, perseverando nel proprio atteggiamento, inspiegabilmente inerte rispetto al dovere di adempiere un obbligo direttamente discendente dalla legge (dall'art. 27, comma 7, del d.lgs. n. 68/2011), continuano, con la propria condotta omissiva, ad arrecare un gravissimo danno ai cittadini della Regione Campania (ma non solo), tenuto conto che, per effetto del metodo sinora seguito al fine del riparto, alla Regione Campania è stata attribuita la più bassa quota pro capite di fondo sanitario, con un importo per ciascun cittadino campano pari in media a 45,00 € in meno rispetto alla quota *pro capite* nazionale, a discapito della qualità e della quantità dei servizi erogabili alla cittadinanza, pur a fronte di condizioni socioeconomiche oggettivamente e gravemente svantaggiate.

CONSIDERATO in DIRITTO

L'inerzia serbata dai Ministeri resistenti è, per quanto sopra illustrato, palesemente illegittima e foriera di gravissimi danni per la ricorrente.

La condotta inerte delle Amministrazioni intimata va, pertanto, dichiarata illegittima alla stregua dei seguenti

MOTIVI

1. VIOLAZIONE DELL'ART. 2 LEGGE 241/1990 IN RELAZIONE ALL'ART. 27, COMMA 7, DEL D.LGS. 6 MAGGIO 2011, N. 68 – VIOLAZIONE DELL'OBBLIGO A PROVVEDERE – VIOLAZIONE DEL GIUSTO PROCEDIMENTO

Sulla base del tenore testuale delle disposizioni riportate, non può revocarsi in dubbio che l'adozione dei nuovi "*pesi*" di riparto, sulla base dei parametri, cui l'art. 27 comma 7 cit., rinvia, non costituisce una mera facoltà. Tanto si evince dalla formula utilizzata ("*A decorrere dall'anno 2015 i pesi sono*

definiti..omissis”) e dall’espressa previsione delle circostanze, cui il legislatore ha connesso la vigenza di “*pesi*” diversi da quelli prescritti, le quali appaiono specifiche e non genericamente collegate alla mancata adozione del decreto e segnatamente:

- a) per il 2015, la mancata intesa sul testo del decreto, che presuppone che un decreto sia stato sottoposto alla Conferenza, quale adempimento non differibile;
- b) dal 2016 in poi, la mancanza dei dati indicati nel terzo e quarto periodo della stessa disposizione.

In presenza del riportato dato testuale, le disposizioni dell’art.27, comma 7, cit. non possono essere interpretate nel senso di ritenere prevista una mera facoltà di provvedere in capo ai Ministeri resistenti, salva la possibilità di vigenza *sine die* dei regimi transitori previsti, per il caso di mancata predisposizione ed approvazione del decreto. Le norme transitorie previste presuppongono, al contrario, che i nuovi criteri di riparto non risultino applicabili per mancata intesa sul decreto che sia stato presentato o per difetto dei dati specificamente indicati. D’altronde, lo stesso Ministero della Salute, con Atto di Indirizzo del 2016 (che si allega), dichiara piena consapevolezza dell’obbligo di determinazione dei nuovi criteri di riparto, rilevando, al paragrafo5, rubricato “*PROMOZIONE DELLA QUALITÀ E DELL’APPROPRIATEZZA DELL’ASSISTENZA SANITARIA - 5.1. Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario*” che:

“.. Le attività del Ministero della Salute proseguiranno nel 2016 e saranno finalizzate a rivedere, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e con gli obblighi assunti dall’Italia in sede comunitaria, i criteri di riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSN, sebbene l’Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 2 luglio 2015 (Rep. Atti n.113/CSR) abbia stabilito che, sia per l’anno 2015 che per l’anno 2016, le risorse disponibili per il Servizio Sanitario Nazionale saranno ripartite in base agli attuali criteri previsti dal decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 681, in materia di costi e fabbisogni standard. Ciò in quanto restano comunque vigenti le modifiche introdotte con l’articolo 1, comma 601, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Legge di stabilità 2015), apportate all’articolo 27, comma 7, del citato decreto legislativo, anche in conformità a quanto convenuto all’art.1, comma 2, del Nuovo Patto per la Salute 2014-20162. Tali modifiche prevedono che, in sede di riparto delle

Avvocatura della Regione Campania
Via Marina, 19/c – 80133 Napoli
Via Poli, 29 – 00100 Roma

risorse destinate al SSN e in luogo dell'utilizzo degli attuali criteri di pesatura basati unicamente sulle classi di età, occorrerà definire nuove modalità di pesatura secondo i criteri indicati dall'articolo 1, comma 34, della legge n. 662/1996 (popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali), tenendo conto anche del percorso di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità.

La proposta di ripartizione delle risorse disponibili per l'anno 2017 dovrà necessariamente dare attuazione alle citate disposizioni.

Pertanto, le propedeutiche attività di individuazione dei nuovi criteri di pesatura sulle quali ha cominciato a lavorare un gruppo inter-istituzionale, istituito presso il Ministero della Salute nel febbraio 2014 e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e Finanze, dell'Agenas e delle Regioni, dovranno necessariamente essere condotte nel corso del 2016. Nel rispetto della normativa citata, un valido strumento per il conseguimento dei fini sopra descritti potrà essere il sistema di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza in tutte le Regioni, in corso di implementazione dal Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni previsto dall'articolo 30 del suddetto decreto legislativo n. 68/2011”.

E la doverosità degli adempimenti previsti dalla disposizione di cui all'art. 27, comma 7 cit. risulta viepiù ribadita in atti successivi dello stesso Ministero, che pertanto restando inerte contravviene alla sua stessa “norma agendi”.

Ciò posto, l'illegittimità dell'inerzia è evidente.

L'art. 2 della legge 241/1990, stabilisce, come noto, che la P. A. ha il “dovere” di provvedere sull'istanza mediante l'adozione di un provvedimento espresso e motivato. In violazione della menzionata disposizione -dal contenuto univoco e dalla precettività immediata- i Ministeri non hanno assunto alcuna iniziativa procedimentale in relazione alla richiesta formalizzata dall'istante.

Nel caso di specie, è direttamente la legge, e precisamente la disposizione di cui all'art. 27, comma 7, del d.lgs. n. 68/2011, ad imporre alle PP.AA. intime di doversi attivare ai fini della rideterminazione dei pesi in materia di fabbisogni regionali in tema di salute, al fine di operare la riforma del settore nei sensi

indicati dal legislatore statale; ed è di tutta evidenza come l'inerzia dei Ministeri resistenti finisca per violare patentemente la stessa *ratio legis* sottesa alla novella normativa attuata con il d.lgs. n. 68/2011, volta a realizzare un nuovo corso nella determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali in materia di salute, integrando i precedenti con nuovi parametri, derivanti dall'applicazione dei criteri ex art. 1, comma 34, della l. 23.12.1996, n. 662.

L'immobilismo dei dicasteri produce l'effetto della persistente applicazione (in regime derogatorio e transitorio, pur in assenza dei richiesti presupposti legislativi) del criterio di riparto del FNS, che prevede l'età anagrafica quale unico fattore di correzione della quota pro capite, che il legislatore ha inteso per contro superare, a tutela dell'effettività della tutela del diritto alla salute, con la doverosa adozione di provvedimenti in linea coi parametri sopra segnalati, introdotti dalla l. 662/1996 in coerenza cogli artt. 3, 32 e 97 Cost.

Costituisce, invero, un dato acquisito, a livello internazionale, che i fattori capaci di spiegare la variabilità nell'assorbimento di risorse in materia sanitaria siano quelle indicate quali parametri essenziali, dalla disposizione ad oggi rimasta inattuata, e riconducibili segnatamente:

- a) **alle caratteristiche demografiche;**
- b) **al contesto socioeconomico;**
- c) **allo stato di salute (o carico di malattia, soprattutto per patologie cronico degenerative);**
- d) **allo stato dell'offerta dei servizi quali-quantitativa.**

Per contro, l'utilizzo dell'età come unico fattore di correzione della quota pro capite comporta un grave pregiudizio (ragion per cui il legislatore ne ha programmato da tempo il superamento), direttamente e funzionalmente collegato alla protratta inerzia serbata dai Ministeri resistenti rispetto all'adozione del decreto ex art. 27, comma 7, del d.lgs. n. 68/2011.

Si realizza, infatti, in tal modo un danno per la Campania, la cui popolazione presenta il più basso indice di vecchiaia, a fronte invece del più elevato tasso di mortalità nella popolazione di età inferiore ai 75 anni e di condizioni socioeconomiche decisamente svantaggiate, quali che siano gli indicatori presi a riferimento (ad es., reddito medio, tasso di disoccupazione o livello di istruzione).

Ebbene, il contegno omissivo serbato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze rispetto all'adozione del decreto di ridefinizione

Avvocatura della Regione Campania
Via Marina, 19/c – 80133 Napoli
Via Poli, 29 – 00100 Roma

dei pesi ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali in materia di salute è palesemente illegittimo, ai sensi del combinato disposto degli artt. 2, 2 bis e 3 della legge 241/1990 e dell'art. 27, comma 7 d.lgs. n. 68/2011, a fronte dell'obbligo legale di provvedere sancito dalla norma da ultimo citata.

Alla luce di quanto esposto e del pregiudizio subito dai cittadini campani, ci si riserva sin d'ora di proporre azione volta ad ottenere il risarcimento dei danni derivanti dalla illegittima inerzia che dovesse ulteriormente protrarsi.

2. VIOLAZIONE DELL'ART. 2 LEGGE 241/1990 IN RELAZIONE ALL'ART. 27, COMMA 7, DEL D.LGS. 6 MAGGIO 2011, N. 68 – VIOLAZIONE DELL'OBBLIGO A PROVVEDERE – VIOLAZIONE DEL GIUSTO PROCEDIMENTO – VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 3, 32 E 97 COST. IN RELAZIONE ALLA NORMA INTERPOSTA DELL'ART. 1, COMMA 34, DELLA LEGGE N.662/1996

Per la denegata ipotesi in cui, nonostante il tenore testuale della norma e in dispregio della *ratio* sottesa alle disposizioni menzionate, si dovesse ritenere che le stesse consentano un differimento *sine die* dell'adozione del decreto e l'attitudine alla "stabilità" del regime transitorio previsto dalla lett. b.2) sopra riportata ("*A decorrere dall'anno 2016, qualora non siano disponibili i dati-previsti dal primo e dal secondo periodo del presente comma in tempo utile a garantire il rispetto del termine di cui al comma 5-bis, la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali è effettuata individuando le regioni in equilibrio e i pesi sulla base rispettivamente dei risultati e dei valori ultimi disponibili*"), allora non v'è chi non veda la rilevanza e non manifesta infondatezza della questione di illegittimità costituzionale della relativa disposizione, di cui all'art.27, comma 7, per patente violazione degli artt.3, 32, 97 e 117, 1 comma, Cost., in riferimento alle norme interposte dell'art. 1, comma 34, della l. 662/1996 e degli artt. 2, comma 1, 8 e 14 CEDU, nonché dell'art. 3, comma 1, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, per la chiara e contestuale violazione:

- a) del principio di uguaglianza sostanziale, che impone che i cittadini possano accedere ai servizi sanitari senza discriminazioni e per la violazione del diritto di accesso alle cure sanitarie sulla base del concreto

contesto regionale di riferimento, desumibile da tutti i parametri individuati dall'art.1, comma 34 della legge n.662/1996;

- b) del principio di buon andamento in materia di azione della pubblica amministrativa, che rispondendo al perseguimento dell'interesse pubblico, avuto di mira dalla norma attributiva del potere, non ammette nel contempo che la competenza conferita dalla legge rimanga inevasa sine die ovvero non venga esercitata per ragioni di interesse particolare;
- c) dei principi euro-unitari di non discriminazione e di oggettiva ed egualitaria tutela dell'integrità della salute e del diritto alla vita, di cui agli artt. 2, comma 1, 8 e 14 CEDU, nonché dell'art. 3, comma 1, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

Per effetto dell'inerzia dei Ministeri competenti, a tutt'oggi è stato applicato il criterio di riparto del FNS, che prevede unicamente l'età anagrafica quale univoco fattore di correzione della quota *pro capite*, a fronte dei plurimi parametri previsti dall'art. 1, comma 34, della l.662/1996, cui deve essere necessariamente (e logicamente) improntato il decreto previsto dall'art.27, comma 7 d.lgs. 68/2011 e cioè: “.. **popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali..**”.

La non applicazione di tali principi cogenti, causata dall'ingiustificata inerzia delle Amministrazioni intinate, determina un grave pregiudizio per la Regione Campania, la cui popolazione presenta il più basso indice di vecchiaia, a fronte invece del più elevato tasso di mortalità nella popolazione di età inferiore ai 75 anni, di frequenza nei consumi sanitari di condizioni territoriali, epidemiologiche e socioeconomiche decisamente svantaggiate, quali che siano gli indicatori presi a riferimento (ad es., reddito medio, tasso di disoccupazione o livello di istruzione).

CONCLUSIONI

In accoglimento del ricorso, pronunciarsi i seguenti provvedimenti di giustizia:

1. accertare l'illegittimità del silenzio-inadempimento serbato dai Ministeri sull'istanza dell'1.4.2022 della Regione Campania e, per l'effetto, ordinare agli intimati - all'uopo fissando un termine- di provvedere prontamente all'adozione del decreto, previa acquisizione della prescritta intesa della Conferenza

Avvocatura della Regione Campania
Via Marina, 19/c – 80133 Napoli
Via Poli, 29 – 00100 Roma

permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

2. nominare, sin d'ora, un Commissario *ad acta* che, in caso di ulteriore e persistente inerzia, si sostituisca alle Amministrazioni intimate nell'esercizio della rispettiva attività provvedimentale.

3. In via subordinata, nella denegata ipotesi in cui si dovesse ritenere che le disposizioni di cui all'art.27, comma 7 d.lgs. n.68/2011 consentano un differimento *sine die* dell'adozione del decreto richiesto e prevedano un'attitudine alla "stabilità" del regime transitorio previsto, si chiede che codesto Ecc.mo TAR, ritenuta rilevante e non manifestamente infondata la questione di illegittimità costituzionale delineata nel secondo motivo di gravame, voglia rimetterne l'esamina alla Corte Costituzionale per violazione degli art.3, 32, 97 e 117, 1 comma, Cost., in relazione anche alle norme interposte dell'art. 1, comma 34, della l. 662/1996 e degli artt. 2, comma 1, 8 e 14 CEDU, nonché dell'art. 3, comma 1, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, con ogni conseguente statuizione in ordine al presente giudizio.

4. Conseguenze di legge.

Contributo Unificato

Ai sensi dell'art. 13, comma 6-bis, del d.P.R. 30.5.2002, n. 115, il contributo unificato è dovuto nella misura di € 300,00.

Napoli, addì 10.6.2022

Avv. Almerina Bove Avv. Massimo Consoli Avv. Angelo Marzocchella