



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 471 del 2009, integrato da motivi aggiunti, proposto da:
Comune di Guardiagrele in Persona del Sindaco P.T., rappresentato e difeso dall'avv. Marcello Russo, con domicilio eletto presso Francesco Avv. Camerini in L'Aquila, via Garibaldi N. 62 (N.I.);

contro

Commissario Ad Acta, rappresentato e difeso dall'Avvocatura, domiciliata per legge in L'Aquila, Portici S. Bernardino; Asl 102 - Chieti, Regione Abruzzo in Persona del Presidente P.T.;

sul ricorso numero di registro generale 533 del 2010, proposto da:

Antonio Ianieri, Camilla Irma Della Pelle, Floria Di Pretoro, Giuliana Di Prinzo, Liliana Ferrari, Alberto Palanza, Giuliana Vitacolonna, 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, 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., rappresentato e difeso dagli avv. Pietro Referza, Camilla D'Alonzo, Carlo Massacesi, domiciliata per legge in L'Aquila, via Leonardo Da Vinci; Asl 103 - Lanciano/Vasto, rappresentato e difeso dagli avv. Rosaria Russo Valentini, Paola Cococcia, con domicilio eletto presso Paola Cococcia in L'Aquila, via Solaria 35;

nei confronti di

Sub Commissario;

per l'annullamento

quanto al ricorso n. 471 del 2009:

DELLA DELIBERA DEL COMMISSARIO AD ACTA IN DATA 5.8.09 N. 62/09 AVENTE AD OGGETTO PIANO DI RIENTRO DELLA REGIONE ABRUZZO...

quanto al ricorso n. 533 del 2010:

DELLA DELIBERAZIONE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI DEL SETTORE SANITARIO DELLA REGIONE ABRUZZO N. 44 DEL 3 AGOSTO 2010.

Visti i ricorsi i motivi aggiunti e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio di Commissario Ad Acta e di Commissario Ad Acta e di Regione Abruzzo in Persona del Presidente P.T. e di Asl 103 - Lanciano/Vasto;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

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

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

Con ricorso introduttivo rubricato al n. 471/09 (proposto alla sezione staccata di Pescara e poi incardinato per competenza interna avanti a questo tar), il comune di Guardiagrele ha impugnato la delibera del commissario ad acta per la Sanità in Abruzzo (dott. Redingolo) n. 62 del 5.4.09, delibera afferente alle azioni di riorganizzazione del S.S.R., ove fra l'altro viene approvato il piano industriale della ASL di Chieti (anch'esso oggetto di impugnativa), in relazione alle misure che hanno interessato l'Ospedale di Guardiagrele; sostiene al riguardo l'ente civico ricorrente che tali misure finirebbero per privare di ogni consistenza l'ospedale medesimo, al solo fine del contenimento dei costi in spregio al diritto della salute dei cittadini.

Viene premesso che il Nosocomio in questione (collocato in zona interna, alle pendici della Maiella e quindi –fra l'altro- in area meta di un importante turismo montano sia estivo che invernale, con tutte le esigenze di soccorso sanitario d'urgenza collegate alla frequentazione di alta montagna) è attualmente dotato di pronto soccorso, medicina generale, geriatria, clinica psichiatrica, piccola chirurgia ambulatoriale, lungodegenza, laboratorio analisi, radiologia endoscopica digestiva, Dialisi e postazione 118.

Si lamenta nel gravame che il predetto piano industriale 2009/2010 della Asl di "Lanciano-Vasto-Chieti" (subentrata con L.R. 146/2009 alla preesistente Asl di Chieti) avrebbe snaturato il predetto ospedale mediante la drastica riduzione di posti letto, il trasferimento dell'Unità Operativa di Day Surgery ad Ortona, l'eliminazione dei posti letti per acuti, la chiusura del pronto soccorso con trasferimento dei reparti di Medicina Generale e di clinica Pediatrica, e ciò in assenza di qualsiasi proposta di riqualificazione e potenziamento, nonostante l'importante area di utenza servita dal predetto ospedale, caratterizzata –oltre che dalla citata presenza turistica ed escursionistica della Maiella - da comunicazioni disagiate che renderebbero il nosocomio in questione indispensabile per la comunità intercomunale di riferimento: tali riduzioni e soppressioni sarebbero avvenute in frontale contrasto con le linee guida del piano di rientro di cui alla L.R. 6/07 con il piano sanitario regionale ex L.R. 5/2008. nonché con il piano di rientro 2007 ancora vigente, concordato con lo Stato.

In particolare, nelle linee guida, poi recepite nel PSR, si argomenterebbe di un riequilibrio uniforme dell'offerta ospedaliera verso le aree dell'entroterra regionale, con trasformazione dei piccoli ospedali in cosiddetti "Ospedali del territorio" con conseguente potenziamento del servizio di pronto soccorso, mentre il delineato sistema di integrazione "Perno e raggi" fra grandi e piccoli nosocomi postulerebbe per l'appunto una efficienza collaudata degli ospedali del territorio ("raggi"), al fine di evitare sovraccarichi del cd. "perno", vale a dire del grande Ospedale.

In realtà si sarebbe invece perseguita "la più approssimativa e semplicistica delle idee per cui si sanerebbe il sistema sanitario regionale chiudendo o lasciando a livello di inconsistenza gli ospedali minori e sovraccaricando quelli maggiori". L'atto commissariale di approvazione sarebbe comunque del tutto immotivato e non avrebbe dato neanche conto delle capacità delle altre strutture ospedaliere della ASL di Chieti di sopportare l'accoglienza dei servizi dismessi, in un territorio montano così vasto e complesso come quello di Guardiagrele (le statistiche più aggiornate sui disagi per i pazienti dell'area tetatina sarebbero assai poco confortanti). Il delineato modus procedendi commissariale avrebbe inoltre determinato la violazione dell'art. 120 cost., visto che il commissario ad acta, senza agire all'interno delle attribuzioni consentite dall'atto di nomina governativa, avrebbe derogato nell'espletamento del suo incarico a leggi regionali, in violazione del nostro sistema costituzionale.

Con un primo gruppo di motivi aggiunti notificati l'11.11.2010 sono stati poi impugnati, oltre agli atti di nomina del nuovo commissario ad acta (Presidente in carica della Regione, dott. Chiodi) e del subcommissario governativo (dott.ssa Baraldi) in sostituzione del dimissionario dott. Redigolo, le delibere del nuovo staff del commissario ad acta 44 e 45 del 2010, che hanno rispettivamente approvato il programma operativo 2010, e poi realizzato in conformità a quest'ultimo l'obiettivo di riordino della rete ospedaliera.

Secondo il comune, con il programma operativo oggetto di impugnazione –a fronte della realtà attualmente esistente nell'ospedale di Guardiagrele e di quella programmata con il piano di rientro, così come corredato dalle leggi regionali di attuazione- si verrebbe ad eliminare subito l'esistente con una chiusura dell'ospedale programmata addirittura per il 31.12.10, prefigurando –per un futuro incerto- una struttura di minime dimensioni (denominata Presidio territoriale di Assistenza senza più alcun riferimento ospedaliero), priva dei servizi essenziali e munita solo di servizi ambulatoriali con riduzione del

laboratorio analisi a punto di prelievo. Quanto sopra, in contesti territoriali già penalizzati da un rapporto di posti letto per abitanti pari ad 1,9 per mille rispetto all'area metropolitana Chieti-Pescara, con un rapporto di posti letto per abitanti di 3,9 per mille e con antieconomici riflessi di sovraccarico delle grandi strutture, già al limite del colmo.

Le ulteriori doglianze possono così riassumersi:

-la nomina governativa in qualità di commissario ad acta del Presidente della Regione radicherebbe il potere sostitutivo in capo allo stesso organo (sia pure non nella stessa Persona), considerato il principale responsabile del mancato rispetto da parte della Regione Abruzzo degli obblighi relativi ai piani di rientro; non vi sarebbe pertanto nella specie alcun controllo sostitutivo ex art. 120 Cost. (norma di cui si sarebbe perpetrata una grave violazione), quanto piuttosto una atipica modifica strutturale del sistema della Regione;

-la nomina del sub commissario statale avrebbe dato luogo in particolare ad un sistema commissariale a firma congiunta che –in violazione di ogni garanzia di autonomia pluralistica dei collegi politici regionali (Consiglio e Giunta)- consentirebbe di fatto poteri “duocratici” al Presidente della Giunta ed all'incaricato più diretto del Governo centrale, congelando il funzionamento istituzionale della Regione proprio nel suo settore più significativo;

-i commissari avrebbero disapplicato leggi regionali (in specie le linee guida del piano di rientro di cui alla L.R. 6/07 ed il piano sanitario regionale ex L.R. 5/2008 oltre all'accordo Governo-Regione del 6.3.07 sul piano di rientro, recepito con delibera di G.R. n. 224/07), senza aver avuto mandato in tal senso e senza che l'ordinamento comunque lo consentisse, anche alla luce di quanto recentemente chiarito dalla corte cost. con sentenza 361/10.

-l'intera azione commissariale sarebbe viziata da difetto di istruttoria e motivazione, nonché erronea applicazione dei principi di partecipazione e concertazione.

Con un secondo gruppo di motivi aggiunti del 14.12.2010, il comune di Guardiagrele ha tuzioristicamente impugnato (nel dubbio di una loro valenza provvedimentale):

-la nota del 9.12.2010 relativa ad un verbale di un tavolo tecnico svoltosi in data 3.12.2010 presso l'ASL Lanciano-Vasto-Chieti per affrontare le problematiche inerenti la riorganizzazione delle attività e la ricollocazione del personale interessato dalla rimodulazione della struttura ospedaliera di Guardiagrele (con comunicazione del direttore sanitario secondo la quale, a seguito del Piano Operativo del 2010 per la regione Abruzzo, i responsabili ivi presenti avrebbero dovuto porre in essere azioni operative per tale rimodulazione);

-la nota del 9.12.10 della Direzione Generale dell'ASL Lanciano-Vasto-Chieti, con cui veniva comunicata al Direttore Medico del P.O. di Guardiagrele la sospensione delle attività di ricovero, a far data dal 15.12.10;

-la nota del 10.12.10 con cui la predetta Direzione Generale ha comunicato al Sindaco il programma di riconversione del Presidio Ospedaliero di Guardiagrele in Piano Territoriale di Assistenza.

Nel riprendere e sviluppare i profili censori già formulati in precedenza, il patrono civico si è poi specificamente soffermato sulle gravi inadeguatezze del Punto di Primo Intervento (ex Pronto Soccorso) così come delineato negli atti impugnati.

Infine con un terzo gruppo di motivi aggiunti notificati il 21.1.11 il comune ha impugnato anche la delibera commissariale 81/10, scaturita dal decreto di accoglimento inaudita altera parte n. 418 del 14.12. 2010, con cui il Presidente del tar aveva ritenuto sussistere la necessità di una tutela cautelare riferita “agli atti che incidono sulla piena funzionalità del servizio di pronto soccorso, nonché sull'attrezzatura necessaria per una diagnostica di primo intervento” (delibera poi considerata ad un primo esame “adempitiva” dal collegio con ordinanza 12/01, sia pure con l'espresso monito di evitare qualsiasi deficit funzionale del servizio di primo intervento, pena l'inibizione dismissiva di qualsivoglia servizio ospedaliero).

Le citate deliberazioni del commissario ad acta nn. 44 e 45, (rispettivamente) di approvazione del programma operativo 2010 e dei conseguenti provvedimenti tecnici di attuazione, sono stati poi impugnati con separato ricorso, iscritto al RG 533/2010, proposto da alcuni cittadini/residenti/elettori del comune di Guardiagrele, anche nella loro qualità di aderenti al Movimento “Cittadinanza Attiva-Tribunale per i diritti del malato” di Guardiagrele .

Le diffuse doglianze risultano sostanzialmente analoghe a quelle dedotte dal comune con i primi motivi aggiunti al ricorso 471/09.

Quanto alle difese delle amministrazioni intimate, nel gravame azionato dal comune di Guardiagrele si è costituita in giudizio l'Avvocatura Distrettuale dello Stato di L'Aquila per conto del commissario ad acta, con rilevante produzione di attività defensionale.

Nel ricorso n. 533/2010 proposto dai cittadini di Guardiagrele si sono costituite in giudizio –oltre all'avvocatura erariale in difesa dell'Organo commissariale - la Regione Abruzzo e l'Azienda Sanitaria Locale 2 di Lanciano, Vasto e Chieti.

Queste ultime hanno eccepito in primo luogo il difetto di legittimazione attiva dei ricorrenti, i quali –in quanto non ricoverati presso il presidio ospedaliero- presenterebbero una posizione non differenziata da quella di un quisque de populo. Inoltre quand'anche possa rinvenirsi una sorta di azione popolare ex art. 9 decreto legislativo 267/2000 in sostituzione del comune di Guardiagrele, tale azione sarebbe diventata quanto meno improcedibile, alla luce del fatto che l'ente civico –all'interno del gravame 471/09- avrebbe poi impugnato con motivi aggiunti gli stessi atti oggetto del ricorso "suppletivo" proposto dai cittadini di Guardiagrele. Quanto poi alla legittimazione fatta valere nella qualità di aderenti ad un'associazione ("Cittadinanza Attiva-Tribunale per i diritti del malato"), non sarebbe stata fornita alcuna prova né sulla qualità di associato in capo ad ogni ricorrente, né sulla rilevanza dell'associazione medesima.

Il gravame sarebbe poi inammissibile anche per difettosa instaurazione del contraddittorio; mancherebbe infatti la notifica al Comune (ente da intimare nel caso di azione popolare in sostituzione dell'ente civico), nonché ai Ministeri dell'economia e Finanze della Salute, autorità competenti a validare le misure attuative del Piano di rientro, pena la mancata erogazione dei finanziamenti statali.

Quanto al merito del gravame, le difese di tutti i patroni resistenti possono così riassumersi (ciò valendo anche per le considerazioni difensive dell'Avvocatura distrettuale dello Stato di L'Aquila formulate nel ricorso 471/09, con particolare riguardo ai vari motivi aggiunti proposti dal comune ricorrente nel corso del processo).

In relazione all'impugnato Programma operativo 2010 approvato con la delibera dei commissari Chiodi-Baraldi, si sostiene che tale programma si sarebbe doverosamente conformato al nuovo patto per la salute 2010-2012 concordato fra lo Stato e le Regioni (con intesa destinata a garantire ex art. 79 del DL 112/08 convertito in l. 133/08, l'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario regionale a carico dello Stato, armonizzando in chiave negoziale l'efficienza dell'azione amministrativa, con il rispetto degli equilibri finanziari delle gestioni). I contenuti dell'intesa sarebbero poi stati recepiti con la legge finanziaria 2010 (art. 2 comma 88 della l. 191/2009), così che tale disposizione avrebbe ormai superato le norme contenute nelle leggi regionali 5/07 e 6/08 a proposito di un PSR non più attuale e comunque mai attuato. Quanto sopra, anche nella considerazione che il piano di rientro concordato in data 6.3.2007 fra lo Stato e la regione Abruzzo per un disavanzo di 800 milioni di euro (accordo poi recepito con delibera di giunta n. 224 del 13 marzo 2007) non sarebbe mai stato eseguito, a causa della grave crisi istituzionale che ha investito la Regione Abruzzo.

In buona sostanza i provvedimenti tecnici di riordino della rete ospedaliera, approvati con la delibera 45/2010, troverebbero fondamento nell'art. 6 del Patto della salute 2010-2012 che prevede una dotazione di posti letto diversa da quella contemplata nel patto della salute 2005, alle cui prescrizioni si era uniformato il legislatore regionale con le leggi n. 6/2007 e n. 5/2008.

Si paleserebbero pertanto inconferenti gli assunti avversari circa presunti eccessi pianificatori dell'organo commissariale, visto che quest'ultimo –in linea con le istruzioni impartite dal Governo in occasione dei relativi atti di nomina, che contemplavano espressamente anche il riordino della spesa ospedaliera- si sarebbe limitato a dare attuazione alla nuova norma primaria vigente e prevalente. In ogni caso, le deliberazioni governative in data 11 settembre 2008 e 12 dicembre 2009 di nomina del commissario avrebbero legittimamente conferito a quest'ultimo anche il compito di vigilare sull'attività normativa regionale e di intervenire eventualmente su di essa in caso di difformità o contrasti con le esigenze del piano di rientro, che peraltro (in quanto a sua volta prodotto vincolato dell'intesa Stato-Regione del 2005) sarebbe stato conformato automaticamente, agli esiti dei processi codecisionali assunti con l'ulteriore intesa del 2010.

Dopo aver confutato le censure su presunti deficit di contraddittorio e di partecipazione procedimentale in danno delle comunità interessate, viene poi dato conto delle ragioni collegate al ridimensionamento del nosocomio disposto dall'impugnato Piano operativo (inappropriatezza e bassa complessità di cura, vicinanza di altri più attrezzati presidi ospedalieri), in un

contesto più ampio di necessaria disattivazione dei presidi per acuti non coerenti con il fabbisogno individuale. Si tratterebbe in buona sostanza di struttura non adeguata ai bisogni della popolazione, in deficitaria difformità dagli standard fissati dal Patto salute, con ricadute negative dal punto di vista economico e della tutela della salute dei cittadini; da qui la decisione di riconversione della struttura in Presidio territoriale di assistenza, ma con salvezza e mantenimento di un punto di primo intervento operativo H24 nel territorio comunale.

Quanto alle vicende cautelari relative ai due gravami in epigrafe, questo tar ha ritenuto di privilegiare, nella sede di sommaria deliberazione ed in attesa delle decisioni di merito, il vaglio circa l'effettività e l'adeguatezza del pronto soccorso dell'ospedale, a garanzia delle più urgenti ed immediate esigenze sanitarie della cittadinanza di riferimento.

Per quanto riguarda i primi motivi aggiunti al ricorso 471/09, è stata accolta l'istanza cautelare inaudita altera parte con decreto presidenziale n. 418/2010, "...con esclusivo riferimento agli atti che incidono sulla piena funzionalità del servizio di Pronto Soccorso (P.P.I.), nonché sull'attrezzatura tecnologica necessaria per una diagnostica di primo intervento...", mentre con ordinanza collegiale n. 12/11 è stata ravvisata una parvenza "adempitiva" della delibera commissariale 81/10 adottata in riscontro al citato provvedimento monocratico cautelare, fermo restando —sempre per quanto di attinenza al pronto soccorso— il doveroso impegno dell'amministrazione verso "...una attuazione integrale ed effettiva di tutte le misure organizzatorie di cui alla citata delibera, con l'intesa che in pendenza di qualsiasi deficit di integrale operatività di tali misure non potrà farsi luogo ad alcuna dismissione di qualsiasi servizio ospedaliero".

Sul gravame 533/10, l'esito della sospensiva è stato invece di rigetto, ma solo in relazione alle "dichiarazioni ed i chiarimenti resi in giudizio dall'amministrazione intimata, in ordine all'integrale mantenimento del servizio di pronto soccorso h. 24, con modalità ordinarie e preesistenti", con una reiezione pertanto condizionata alla effettività —ed al riscontro attuativo— di tali dichiarazioni dei patroni resistenti (alle quali la PA sanitaria doveva pertanto intendersi vincolata, in presenza di un contesto pianificatorio non troppo chiaro sul punto, ord. 415/2010).

Peraltro, appellata tale pronuncia, il consiglio di Stato ha dapprima ritenuto con decretazione monocratica d'urgenza n. 5679/10 di avanzare seri dubbi in ordine all'effettività delle dichiarazioni rassicuranti rese dall'amministrazione anche nella camera di consiglio di appello, intravedendo in tali affermazioni un contrasto "con il testo del provvedimento impugnato (delibera commissariale n. 45 del 2010) secondo cui i presidi territoriali di assistenza prevedono la presenza del medico per sole 12 ore al giorno". I giudici di Palazzo Spada, poi, nella ordinaria composizione collegiale con ordinanza 118/11 hanno definitivamente accolto l'appello cautelare ai fini di un riesame, condividendo "...le perplessità sollevate dagli appellanti nei confronti degli atti di chiusura dell'Ospedale di Guardiagrele in ordine alla mancata o insufficiente considerazione, quanto alla sufficienza ed all'adeguatezza delle misure alternative predisposte (con riferimento soprattutto ai presidi attivabili ed al Punto di Pronto Intervento H24), della particolare conformazione del territorio, dei comuni afferenti al bacino di utenza della struttura ospedaliera, della effettiva rapida raggiungibilità degli ospedali vicini soprattutto nel periodo invernale nonché della popolazione residente nel bacino territoriale dell'Ospedale di Guardiagrele, formata per la maggior parte da soggetti ultrasessantacinquenni".

Dopo ampia produzione di memorie e dopo approfondita discussione nell'udienza pubblica del 3.3.11, le due cause sono state infine trattenute per la decisione.

DIRITTO

L'evidente connessione oggettiva fra i due ricorsi in epigrafe determina il collegio alla riunione dei ricorsi stessi, ai fini di una decisione unitaria.

Quanto al RG 533/2010, occorre esaminare alcune eccezioni preliminari formulate dalle PP.AA. resistenti.

In primis, non può condividersi l'assunto secondo cui i ricorrenti non avrebbero legittimazione attiva a contestare le misure di ristrutturazione e/o ridimensionamento di un ospedale, del quale non sarebbero (o non avrebbero dimostrato di essere) pazienti ricoverati.

Ed invero, l'interesse alla conservazione della consistenza organizzativo-funzionale di organismi sanitari locali che assicurino la più tempestiva ed efficace risposta alle esigenze di soccorso e di cura della popolazione deve intendersi radicato in capo a

ciascun cittadino residente, non solo nel comune ove insiste la struttura soggetta a ridimensionamento, ma anche nei comuni limitrofi comunque ricompresi –ratione loci- nell'ambito operativo del servizio sanitario reso dalla struttura medesima.

Tale interesse –direttamente connesso alla tutela della salute ex art. 32 cost- trova nella specie un'autonoma qualificazione soggettiva dalle alleggate difficoltà dei singoli ricorrenti nel raggiungere gli altri nosocomi rimasti disponibili nel malaugurato caso in cui dovesse verificarsene la necessità, senza che sia necessario provare in giudizio di essere nello status di ricoverati-fruitori del servizio, poiché il bene della salute è per definizione “instabile” e soggetto ad imprevedibili cadute e ricadute, a fronte delle quali sussiste l'esigenza (affatto indifferenziata) di confidare -de futuro ed all'occorrenza- in una risposta sanitaria pronta ed efficace.

La piena ed autonoma legittimazione in capo a ciascuno dei ricorrenti nel gravame 533/2010 consente al collegio di prescindere dalle ulteriori collegate eccezioni, in relazione alla presunta inconsistenza dell'associazione in nome della quale alcuni ricorrenti hanno puntualizzato di agire, nonché in relazione alla controversa praticabilità dell'istituto ex art. 9 del TUEL (azione popolare in sostituzione di ricorsi di spettanza del Comune, che ha tuttavia nella specie direttamente impugnato i medesimi atti all'interno del ricorso 471/09).

Quanto poi al presunto difetto di contraddittorio per mancata chiamata in causa dei Dicasteri economia-finanze e Salute, è appena il caso di precisare che tali autorità non rivestono il ruolo di amministrazioni emananti, a nulla rilevando –agli indicati fini del contraddittorio processuale- il loro protagonismo istruttorio sulle scelte poi adottate dall'Organo commissariale.

Va invece dichiarata l'improcedibilità del ricorso introduttivo proposto dal Comune di Guardiagrele (RG 471/09), con cui è stata impugnata la delibera 62/09 del commissario ad acta pro tempore, dott. Redingolo, con particolare riguardo alle decisioni assunte per l'ospedale di Guardiagrele mediante l'approvazione del piano industriale predisposto dalla nuova ASL di Lanciano, Vasto e Chieti “limitatamente alle azioni di contenimento dei costi e di riorganizzazione” ivi previste.

Come espressamente riconosciuto dall'ente civico ricorrente nella proposizione dei primi motivi aggiunti, infatti, “la Regione Abruzzo non ha dato esecuzione agli atti impugnati ma anzi, a seguito dei nuovi indirizzi, il consiglio dei Ministri, con due rispettive delibere in data 11.12.2009 e 13.1.2010 ha nominato un nuovo commissario ad acta (...) per l'attuazione dei piani di rientro del disavanzo sanitario della regione Abruzzo”, così che l'impugnativa aggiunta si è diretta principaliter sul sopravvenuto piano operativo 2010 predisposto dal nuovo organo commissariale. Tale piano a sua volta presenta connotati organizzatori e funzionali ormai diversi (con tanto di trasformazione da Presidio Ospedaliero in Presidio territoriale di assistenza) rispetto alla precedente ristrutturazione del nosocomio a suo tempo concordata con l'Asl di Lanciano-Vasto-Chieti, da intendersi così ormai superata. Da ciò consegue pertanto l'evidenziato sopravvenuto difetto di interesse del ricorrente a coltivare ancora la predetta impugnativa.

Passando al merito del ricorso n. 533/10 e dei motivi aggiunti al ricorso n. 471/09, ne va statuita l'assorbente fondatezza, in relazione all'illegittimo contrasto delle impugnature commissariali (in primis le nn. 44 e 45 del 2010, che hanno rispettivamente approvato il programma operativo 2010 e poi realizzato in conformità a quest'ultimo l'obiettivo di riordino della rete ospedaliera):

- con il piano di rientro deliberato dalla giunta regionale in data 13.3.07;
- con le linee negoziali approvate con L.R. 6/07;
- con il piano sanitario regionale approvato con L.R. 8/2005.

Va in proposito premesso che sulla complessa problematica afferente ai poteri del commissario ad acta nella soggetta materia, ai contenuti dell'incarico conferitogli dal Governo ed ai suoi limiti di azione comunque derivanti dalla presenza di leggi regionali in vigore, si è attivato un vasto e pregevole dibattito giuridico fra tutte le parti in causa, che ha riguardato più in radice i connotati costituzionali dell'intervento sostitutivo dello Stato su Organi della Regione, ai sensi dell'art. 120 Cost.

Pertanto, il fatto che le delibere commissariali sul programma operativo 2010 abbiano dato luogo a disposizioni pianificatorie in deroga, e comunque in modifica alle predette leggi regionali, non viene negato dai patroni resistenti e rappresenta dunque circostanza non controversa agli atti di causa, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 64 comma 2 del CPA, salvo evidenziare comunque in seguito le principali e più evidenti divergenze.

Le PPAA costituite deducono piuttosto a sostegno degli atti impugnati che, nell'esercizio del suo potere sostitutivo, il commissario ad acta avrebbe dato legittima e prevalente esecuzione alle prescrizioni contenute nel patto per la salute 2010-2012 a sua volta recepito dall'art. 2 comma 88 della legge finanziaria 2010, di modo che risulterebbero ormai superate le prescrizioni in materia di organizzazione ospedaliera contenute nella LR n. 6/2007 e nella LR 5/08; sempre secondo le delineate tesi, dette norme rivestirebbero peraltro un valore di legge solo formale e quindi ben derogabili da altre e più aggiornate misure di pari sostanza amministrativa, quali appunto quelle di cui alle due delibere commissariali impuginate (44 e 45 del 2010).

Tali assunti difensivi delle resistenti PP.AA. non possono essere condivisi.

Circa i limiti funzionali del commissario ad acta all'interno della sanità abruzzese, va in primo luogo escluso che gli atti di nomina governativa abbiano conferito poteri commissariali estesi alla deroga di leggi della Regione. Peraltro, ove ciò fosse avvenuto, si sarebbe trattato di incarichi illegittimi, risultando inibito al Governo –nella sua funzione surrogatoria ex art. 120 Cost.- disporre modifiche della legislazione regionale preesistente mediante un semplice organo commissariale (in luogo dei necessari decreti legge da sottoporre alla conversione parlamentare, sempre a voler “interpretare la su richiamata disposizione costituzionale come tale da legittimare il potere del Governo di adottare atti con forza di legge in sostituzione di leggi regionali, e quindi eccezionalmente derogando al riparto costituzionale delle competenze legislative fra Stato e regioni”, così Corte Costituzionale sentenza 361/2010).

In particolare, la delibera del Consiglio dei ministri dell'11 dicembre 2009 ha previsto in capo al Presidente della Regione una serie di interventi prioritari fra i quali –per quel che qui interessa- si segnala (n. 7) “la revoca o modifica dei provvedimenti regionali approvati dalla regione in carenza o difformità di preventivo parere di approvazione da parte dei Ministri interessati all'attività di affiancamento *in coerenza delle linee del piano di rientro*”, senza pertanto riferirsi ad atti avente forza e/o valore di legge, che avrebbero dovuto semmai individuarsi con terminologia ben diversa e più puntuale rispetto alla generica categoria dei provvedimenti (discorso del tutto simile riguarda le delibere governative di nomina dei vice commissari in data 13 gennaio 2010 e del 4 agosto 2010).

Piuttosto, il rilevato vincolo di coerenza con il piano di rientro -sancito anche negli incarichi commissariali, ma che più in radice costituisce la *ratio* stessa della surrogazione governativa- deve intendersi esteso anche alla legge regionale 6/07, che ha approvato quelle medesime “linee guida”, già in precedenza formalmente recepite (come meglio si vedrà in seguito) dallo stesso piano di rientro; quanto sopra fa così assumere alla violazione di tale norma una speculare e diretta violazione di quella ripianificazione da deficit del 2007, che il commissario avrebbe dovuto invece fedelmente eseguire.

Deve inoltre rilevarsi che lo stesso Organo commissariale (in tutte le sue composizioni, ivi compresa quella iniziale, che aveva visto in carica il dott. Redigolo nominato con delibera dell'11.9.2008, in disparte per quest'ultimo un episodio poi superato di controversa sospensione di effetti dell'art. 8 comma 4 L.R. 32/07) non ha mai formalizzato alcun atto di abrogazione o di modifica di norme primarie della Regione, tantomeno di quelle approvative delle linee guida e del piano sanitario regionale.

Una volta constatata la divergenza del programma operativo 2010 di ascendenza governativa rispetto alle due leggi regionali 6/2007 e 5/2008 che hanno definito la pianificazione sanitaria di rientro dal deficit, va peraltro chiarito che le doglianze dei ricorrenti trovano accoglimento non in relazione a presunti poteri abrogativi esercitati dal commissario o conferiti dal Governo in violazione diretta dell'art. 120 cost. (poteri che non risultano mai esercitati), quanto piuttosto per il fatto che, nell'esercizio del loro incarico, i commissari precedenti hanno finito per adottare disposizioni violative (anche se non abrogative) di leggi regionali non adeguatamente recepite. Le suesposte considerazioni –sotto un certo punto di vista- aggravano la condotta illegittima della PA governativa, poiché quand'anche in via di mera ipotesi fosse stato possibile per il commissario sostituirsi alla Regione abrogando o modificando le sue leggi, tale potere avrebbe dovuto essere esercitato in modo chiaro e puntuale mediante atti formali e conseguenti pubblicazioni sul BUR, così da rendere comprensibile *erga omnes* la successione di leggi che ne sarebbe scaturita; viceversa l'adozione di meri atti pianificatori in contrasto con leggi regionali sovraordinate formalizza *ex se* un vizio (appunto di violazione di legge), che tale sarebbe rimasto quand'anche l'ordinamento costituzionale avesse in astratto consentito al commissario la modifica legislativa (comunque nella specie mai esercitata) di norme primarie della Regione sostituita.

Né può accedersi alle tesi difensive delle amministrazioni secondo cui, trattandosi di leggi regionali-provvedimento non sarebbe stato neanche necessario un intervento di rango legislativo, bastando il *contrarius actus* amministrativo.

Ed invero, senza neanche dover ricorrere al recente arresto della Corte costituzionale n. 289/2010 sul PSR abruzzese, rimane inteso che la valenza di legge ordinaria, sia pure solo formale, determina di per sé l'incremento della fonte giuridica dell'atto di rango legislativo, così che per modificarne legittimamente i contenuti occorre procedere solo con atti di pari forza di legge.

Ugualmente inidoneo a giustificare la divergenza degli atti impugnati rispetto alle leggi regionali *de quibus* è l'insistito richiamo delle PP.AA. resistenti all'ultimo "Patto per la salute" così come recepito dalla legge finanziaria 2010, elevata a norma di immediato e vincolato riferimento-guida per il commissario procedente.

In particolare, l'invocato articolo 2 comma 88 della legge n. 191 del 23.12.2009 si limita a confermare il regime commissariale per le regioni con ostinato deficit di bilancio, in vista della "prosecuzione del piano di rientro", da demandare al rispettivo commissario mediante "programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati", nonché mediante le "relative azioni di supporto contabile e gestionale".

Non si vede, nell'enunciato contesto lessicale, alcun riferimento della norma statale a possibili deroghe dei provvedimenti commissariali rispetto ai programmi organizzatori e finanziari già approvati con singole leggi regionali, in disparte le delicate questioni di efficacia e di costituzionalità che una tale disposizione avrebbe generato.

Piuttosto, con la legge finanziaria 2010 si conferma e si rinforza l'esigenza esecutiva dei piani di rientro (che comunque "proseguono" anche se formalmente scaduti) a suo tempo concordati con le singole Regioni ancora inadempienti, esigenza del resto che caratterizza lo scopo e la stessa ragion d'essere della sostituzione commissariale. Tra l'altro, il successivo periodo del comma 88 riserva solo alla Regione (e non al commissario) l'eventuale adozione di un nuovo piano di rientro, il quale una volta concordato con il Governo centrale potrà progressivamente determinare la fine dell'intervento surrogatorio nella gestione della sanità regionale.

Senza oltre considerare —ed a tutto voler concedere— che quand'anche il Patto per la salute 2010 avesse abilitato il commissario ad acta a procedere in deroga alle pianificazioni di rientro recepite da leggi regionali in vigore, la manovra modificativa non sarebbe potuta andare oltre (ex art. 6 del Patto) alla riduzione dello standard di posti letto accreditati ed a carico del servizio sanitario pubblico (nella eventuale misura eccedente rispetto alle riduzioni già deliberate negli atti programmati a monte), non comprendendosi come "con l'occasione" il Programma operativo impugnato abbia invece potuto addirittura privare la struttura di riferimento della sua natura *stricto sensu* ospedaliera di ricovero per acuti (sull'estraneità al potere commissariale di specifiche attribuzioni pianificatorie direttamente interferenti sulla rete ospedaliera, cfr. anche corte cost. 2/10).

Irrilevanti ai fini del decidere si palesano poi le considerazioni dell'avvocatura erariale circa il fatto che il 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 da parte 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 violare tale piano con proprie determinazioni incompatibili— finisce per aggravare il perdurante inadempimento al quale avrebbe dovuto invece fare fronte. In questo senso può prescindersi anche dalle insistenti repliche dei ricorrenti patroni 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).

Passando alle specifiche divergenze degli atti commissariali impugnati rispetto alle norme regionali sovraordinate, deve premettersi che la legge regionale 6/07 (e con essa le linee guida che in quella sede venivano recepite con norma primaria, dopo un primo recepimento già avvenuto nella delibera di approvazione del piano di rientro) prescriveva un uniforme riequilibrio dell'offerta ospedaliera verso le aree dell'entroterra regionale, per le quali veniva tra l'altro disposto un rinforzo prudenziale e di attenzione verso qualsiasi iniziativa di tagli e risparmi (cfr. punto 3.4 nota n. 5 delle Linee Guida), e ciò con il primario obiettivo di portare a compimento la trasformazione dei piccoli ospedali (quelli con meno di 120 posti letto) in *ospedali del territorio*, da intendere quale fondamentale risorsa anche dell'economia locale; detti ospedali —in contesti di ottimale sinergia

non duplicativa con i grandi ospedali - avrebbero dovuto beneficiare di una riqualificazione dell'offerta tale da non escludere accorte misure di riconversione (specie con riguardo allo sviluppo delle cc.dd. risposte sanitarie decentrate e/o domiciliari, alla continuità di assistenza nel lungo periodo per cronicità, polipatologie e disabilità), ma sempre attraverso logiche non dismissive che non avrebbero dovuto affatto condurre all'abolizione dell'ospedale per acuti, ma piuttosto ad un ampliamento degli altri servizi, per far fronte al crescente bisogno di assistenza, calibrata in particolare per una popolazione sempre più "anziana" (le linee guida hanno certamente affermato che l'odierno bisogno di assistenza non si esaurisce più nelle pur diversificate offerte dell'ospedale per acuti, con ciò postulando tuttavia l'ovvia necessità che tali fondamentali offerte permangano, pur se affiancate da altri modelli di diagnosi e cura).

Si parla in proposito di una riconfigurazione dell'offerta basata sulla "*attivazione/potenziamento*" dei servizi ivi elencati (*dunque anche mediante esplicite finalità di potenziamento e non solo di mero mantenimento*), con specifico riguardo al cd. pronto soccorso territoriale, alla medicina orientata alla gestione di definite condizioni di acuzie e subacuzie; alla lungodegenza, nella riabilitazione; al day Hospital (ricovero diurno); alle attività chirurgiche espletabili in regime di Day Surgery (chirurgia diurna senza ricovero) e One Day Surgery (chirurgia con ricovero di un giorno); all'articolazione funzionale alla riduzione delle liste di attesa; alla chirurgia ambulatoriale; al day service (servizi ambulatoriali in un giorno); ai servizi di dialisi ove già esistenti, alle articolazioni organizzative di medicina generale etc.

In maniera non dissimile la L.R. 5/08 nel PSR aveva ulteriormente precisato in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera (fra le altre misure) la dotazione in capo a tutti i presidi ospedalieri di Unità Operative di Medicina e Chirurgia di accettazione ed Urgenza con organico autonomo (pag. 177), nonché strutture diagnostiche adeguate tecnologicamente, insistendo sulla necessaria garanzia dei livelli di assistenza in termini di agevole accessibilità alle prestazioni, soprattutto con riferimento alle comunità Montane suscettive di restare isolate.

Nel caso in vertenza, non va in effetti sottaciuto il contesto submontano nel quale è ubicato l'ospedale di Guardigliagrele, con vie di comunicazioni verso gli altri nosocomi della costa spesso molto disagiati, specie in presenza di condizioni climatiche avverse (per non parlare dell'utenza che si muove dalle località di altitudine della Maiella); ebbene, a fronte di una preesistente realtà ospedaliera guardiese di piccole dimensioni ma dotata dei reparti fondamentali (Medicina Generale, Geriatria, Piccola chirurgia ambulatoriale, lungodegenza, Endoscopia digestiva, dialisi, postazione 118, Pronto soccorso), si è già visto come il programma operativo 2010 sia intervenuto con la soppressione del connotato *stricto sensu* ospedaliero del Presidio (vale a dire ricovero e cura dei casi acuti), mediante la trasformazione in Presidio territoriale di Assistenza, caratterizzato da preminente attività ambulatoriale, di diagnostica e di consultorio, con un'assistenza medica e infermieristica limitata a 12 ore giornaliere (con mera possibilità di mantenere un Punto di Primo Intervento operativo h.24 a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie, da monitorare nei mesi successivi alla riconversione).

Da ciò è scaturita la disposta chiusura di importanti reparti (medicina, geriatria e lungodegenza), compensati solo dall'attivazione delle cinque attività ambulatoriali, con la permanenza di un punto di primo intervento sulla cui equivalenza funzionale al vecchio pronto soccorso rimangono fondate perplessità, nonostante le amministrazioni intime abbiano prodigato molte energie nel cercare di fornire -anche mediante relazioni ad hoc- ogni rassicurazione in tal senso (si fa rinvio in proposito alle vicende cautelari -anche di appello- dei due ricorsi in epigrafe, descritte nella trattazione in narrativa).

Quanto al cronoprogramma delle riconversioni, si è stabilito l'avvio entro il 31 agosto delle attività territoriali del PTA, ma solo negli spazi e con le attrezzature preesistenti e sempre che non si richiedano particolari accordi e investimenti o rimodulazioni, 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 stata subordinata alla firma degli accordi entro il 31 agosto.

Appare da ciò evidente un discutibile contesto asimmetrico (correttamente censurato dai ricorrenti) di operatività precettiva per le fasi rescindenti-dismissive e di programmazione "de futuro" per le fasi rescissorie di nuova pianificazione, nonostante la legge regionale n. 6/07 avesse esplicitamente indicato la necessità di subordinare la riconversione della rete ospedaliera ad una

gradualità dettata dai tempi di implementazione dei processi di ristrutturazione della rete della residenzialità e dell'assistenza domiciliare, con un cronoprogramma di fondo mirato in modo prioritario ad acquisire effettività alle novità organizzatorie deliberate, e solo dopo a dismettere i sopprimendi servizi; quanto sopra, al fine di evitare discontinuità erogative, che potrebbero causare effetti esiziali sulla salute dei cittadini (cfr. sul punto anche il monito del tribunale nell'ordinanza 12/11 circa il fatto che "in pendenza di qualsiasi deficit di integrale operatività di tali misure non potrà farsi luogo ad alcuna dismissione di qualsiasi servizio ospedaliero").

In questo senso –di là dalle assorbenti e pregiudiziali censure sulla viziante difformità degli atti impugnati rispetto al piano di rientro, alle linee guida ed al PSR- non può non sottacersi come anche nella delibera commissariale 81 del 29.12.2010 (scaturita dal decreto cautelare di accoglimento del 14.12.2010 nell'ambito del ricorso n. 471/09) l'efficienza -e prima ancora l'effettività- di un punto di primo intervento h24 sia stata sostanzialmente "precisata" in extremis in mera chiave propositiva ed in attesa di superiori validazioni, solo dopo le espresse preoccupazioni esternate nel predetto decreto cautelare "sulla piena funzionalità del servizio di pronto soccorso nonché sull'attrezzatura tecnologica necessaria per una diagnostica di primo intervento". Per il gravame 533/10 la reiezione della domanda cautelare veniva poi similmente subordinata alla veridicità delle "dichiarazioni e (de)i chiarimenti resi in giudizio dall'amministrazione intimata, in ordine all'integrale mantenimento del servizio di pronto soccorso h. 24, con modalità ordinarie e preesistenti" (ord. 415/2010).

Emerge pertanto in modo evidente la divergenza degli atti commissariali impugnati rispetto alle leggi regionali 6/07 e 5/08 (e come si vedrà in seguito, rispetto ai conformi contenuti del piano di rientro), che ben altro avevano previsto per gli Ospedali del territorio, anche in ordine alla gradualità innovatoria.

Le PP.AA. costituite hanno peraltro negato l'assunto avversario secondo cui, oltre alle leggi regionali 6/2007 e 5/08, il programma operativo avrebbe derogato anche al piano di rientro scaturito dall'accordo Stato-Regione Abruzzo del 6.3.07, poi recepito da quest'ultima con delibera di giunta n. 224 del 13.3.07.

Certamente può comprendersi l'accorta strategia dei patroni resistenti nel non concedere un'ammissione di tal fatta, che si sarebbe rilevata di difficile gestione difensiva in un contesto giuridico che vede il commissariamento (previsto *ex lege* per le Regioni inadempienti) mirato proprio a dare attuazione sostitutiva al piano di rientro a suo tempo concordato con lo Stato (lo stesso commissario per la sanità abruzzese porta l'intestazione significativa di "commissario per la realizzazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della regione Abruzzo") e che vede altresì –come sopra più diffusamente illustrato- l'articolo 2 comma 88 della finanziaria 2010 ribadire la necessità di perdurare nell'attuazione *in executivis* del piano di rientro preesistente, fatta salva la possibilità (all'evidenza non esercitata) -da parte della sola Regione e dei suoi ordinari Organi politici- di concordare un nuovo piano di rientro, al fine di far progressivamente cessare la fase surrogatoria.

In realtà, come sopra anticipato ed al contrario di quanto sostenuto dalle parti resistenti, l'azione commissariale impugnata ha ben determinato anche la violazione del piano di rientro di cui alla delibera di giunta regionale del 13.3.07.

E ciò in primo luogo poiché proprio la delibera regionale del 13.3.07, che ha recepito tale piano, aveva inserito fra gli allegati al piano stesso quelle linee-guida sopra illustrate poi a loro volta recepite con la legge regionale 6/07, norma quest'ultima sulla cui non fedele attuazione da parte delle delibere impuginate concordano le stesse amministrazioni costituite.

Più in particolare, il Piano di rientro è stato elaborato dalla Regione Abruzzo, poi approvato dal Consiglio dei ministri (commi 78 e 79; art. 1, comma 180, l. 311/2004; art. 8 Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005), ed infine recepito con delibera di Giunta regionale 224/2007, nella quale si individuano fra gli allegati-parte integrante del piano (appendice "c") proprio le Linee Guida già definite con D.G.R. n. 18/C del 09.01.2007, poi successivamente elevate a rango di norma primaria con la L.R. 6/07.

Torna pertanto a ribadirsi che, anche a voler accedere all'assunto delle PP.AA. resistenti secondo cui tale legge sarebbe stata *per forza di cose* derogata dal commissario in virtù degli ultimi accordi Stato-Regioni, la "deroga" ha dovuto necessariamente riguardare anche il piano di rientro, costituito da quelle medesime linee guida poi recepite dalla legge regionale "derogata" n.6 del 2007.

Del resto, il piano di rientro ha costituito la base operativa non solo delle linee guida di cui alla L.R. 5.4.07 n. 6, ma anche del piano sanitario regionale ex L.R. 10.3.2008 n. 5, norma anch'essa pacificamente privata di una integrale attuazione da parte dell'Organo di sostituzione.

In buona sostanza, una volta acclarato che il programma operativo presenta contrasti rilevanti con le due citate leggi regionali 6/07 e 5/08 (erroneamente ritenute dalle autorità intimare non più attuali), parimenti i delineati contrasti non possono non riguardare anche il piano di rientro, che delle due citate leggi rappresenta il presupposto logico e fondante.

Tra l'altro –anche a non voler considerare che le medesime linee guida approvate con la L.R. 6/07 erano già state in precedenza recepite proprio dal piano di rientro- se il commissario governativo avesse comunque intravisto nelle due leggi regionali in questione degli ostacoli operativi originari o sopravvenuti all'attuazione del piano stesso (ostacoli peraltro mai esternati sia nella sede procedimentale che in quella processuale), al commissario medesimo non sarebbe rimasto che promuovere presso il Governo –per le ragioni costituzionali sopra illustrate- la formale procedura legislativa della decretazione d'urgenza, da sottoporre poi alla conversione parlamentare.

Parimenti privo di pregio si palesa il rilievo secondo cui anche il piano di rientro 2007 non avrebbe affatto risparmiato severe misure di riorganizzazione della rete ospedaliera. Ed invero, pur dando per scontata tale ovvia finalità -in mancanza della quale una simile pianificazione non avrebbe avuto senso – le difformità alle quali è andato incontro il piano operativo 2010 riguardano per l'appunto (non già l'an bensì) il *quid* ed il *quomodo* della riorganizzazione stessa, ben diversa da quella a suo tempo concordata fra lo Stato e la Regione Abruzzo nell'accordo poi recepito con la delibera di giunta del 13.3.07, visto tra l'altro che lo stesso piano di rientro -oltre alle linee guida ed al PSR- aveva previsto espressamente, tra gli interventi diretti ad attuare lo specifico obiettivo del riassetto della rete ospedaliera, anche “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.

In buona sostanza, il piano di rientro del 2007 aveva la finalità di mantenere e migliorare i servizi sanitari preesistenti in zona, pur a fronte di una attenta correzione delle diseconomie strutturali di natura endemica (ivi compresa una riduzione di posti letto per acuti).

A fronte di tali indirizzi riorganizzatori, si torna a ribadire la divergenza di fondo con tali finalità del programma operativo impugnato, almeno nella parte in cui quest'ultimo –una volta ravvisata la “inappropriatezza” dell'offerta di sanità erogata (per ciò che qui interessa) dall'ospedale di Guardiagrele- lungi dall'adottare misure atte a ripristinarne l'efficienza e l'economicità, ne ha inteso invece disporre tout court di propria iniziativa una soppressione-riconversione, in chiusura al 10.12.10.

E' in proposito appena il caso di precisare che –secondo quanto prescritto prima dalle linee guida e poi (con recepimento testuale) dal PSR- non ogni area individuata come disfunzionale e non appropriata può essere riconvertita in un diverso e meno costoso modulo organizzatorio, dovendosi invece subordinare il sostanziale abbandono del modulo inefficiente –in luogo di misure atte a ripristinarne il buon andamento- solo quando trattasi di aree di trascurabile impatto in vista di un migliore sviluppo del sistema assistenziale, da intendere non in modo generico o compensativo, ma riferito soprattutto all'utenza di settore interessata dalla specifica riconversione; quanto sopra, secondo logiche di razionalizzazione e non di razionamento, con assoluta attenzione alle componenti “meno visibili” del sistema, in un quadro avanzato di tutela della salute che evita di determinare in capo al paziente che risiede nelle zone interne –specie nelle patologie di urgenza- frustranti e pericolosi obblighi di “rincorsa” e di avvicinamento a lontane strutture di cura, soprattutto in situazioni connotate dall'urgenza della diagnosi (mediante adeguate strumentazioni) e dell'intervento del medico.

Nell'evidenziare le esigenze (anche) degli utenti più decentrati, le linee guida avevano del resto avvertito –con un monito meritevole di testuale citazione - che “Gli effetti devastanti di una politica di tagli indiscriminati tenderebbero a rendersi progressivamente evidenti su tutta la comunità ed in particolare sulle fasce socialmente più deboli. Bisogna, pertanto, dotarsi di una serie di tecnologie in grado di generare risultati significativi in termini di appropriatezza e di capacità di discernere tra costi utili e costi superflui, di indirizzare verso strategie fattibili che mettano al centro sì l'economicità, ma intesa come garanzia di soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità e dei pazienti in una logica di uso oculato e documentabile delle risorse”.

In estrema sintesi, nel richiamare quanto appena considerato in ordine ai precetti legislativi regionali di potenziamento (e non solo di mantenimento) degli Ospedali minori, ora denominati “del territorio”, non si vede come -pur data per condivisa la

caduta di efficienza del nosocomio guardiese – possa legittimamente procedersi ad una sua riconversione-soppressione, attraverso una iniziativa organizzatoria in contrasto con le leggi regionali di riferimento sopra scrutinate, con conseguenze che potrebbero peraltro apparire addirittura beffarde per la comunità di riferimento, la quale -già penalizzata da standards scadenti- poteva legittimamente confidare in ben diverse iniziative di effettivo risanamento (e non di mero razionamento).

Va dunque ribadita l'illegittimità della decisione commissariale di sopprimere il connotato ospedaliero del Presidio sanitario di Guardiagrele, trattandosi di iniziativa in contrasto con l'intera filiera programmatica "piano di rientro-linee guida-piano sanitario regionale" che avrebbe dovuto costituire la stella polare dell'azione commissariale.

In conclusione, previa riunione dei ricorsi in epigrafe, va dichiarato improcedibile per sopravvenuta carenza di interesse il ricorso introduttivo n. 471/09, mentre trovano accoglimento le restanti impugnative (in specie ricorso 533/10 ed i tre motivi aggiunti al ricorso 471/09 in relazione alle delibere del commissario ad acta n. 44, 45 ed 81 del 2010, di cui è disposto pertanto il conseguente annullamento nelle parti che interessano il presente contenzioso.

La complessità delle questioni trattate consiglia la compensazione delle spese di lite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per l' Abruzzo (Sezione Prima) previa riunione dei ricorsi in epigrafe, dichiara improcedibile per sopravvenuta carenza di interesse il ricorso introduttivo n. 471/09, mentre accoglie le restanti impugnative (in specie ricorso 533/10 ed i tre motivi aggiunti al ricorso 471/09, in relazione alle delibere del commissario ad acta n. 44, 45 ed 81 del 2010 di cui è disposto pertanto il conseguente annullamento nelle parti che interessano il presente contenzioso.

Spese compensate.

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, Estensore

Alberto Tramaglino, Consigliere

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 17/05/2011

IL SEGRETARIO

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