



# CAMMINO DIRITTO

Rivista di informazione giuridica  
<https://rivista.camminodiritto.it>



## IL RIPARTO DELLE COMPETENZE IN MATERIA SANITARIA E LA CENTRALITÀ DELLA FUNZIONE PROGRAMMATORIA

*Il presente lavoro mira a far chiarezza sull'organizzazione sanitaria e sulla sua programmazione, ripercorrendone l'evoluzione legislativa a partire dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) operata con l. n. 833 del 1978 tramite cui si è dato attuazione, dopo 30 anni esatti, al dettato di cui all'art. 32 Cost. in materia di diritto alla salute. Si vuole dunque mettere in luce le prime criticità emerse all'indomani della creazione del SSN per poi riflettere sull'autorevole dottrina e sulle attente considerazioni della giurisprudenza costituzionale sul delicato tema del riparto di competenza nella tutela della salute tra Stato e Regioni dopo la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001.*

di **Luca Bertorello**

IUS/10 - DIRITTO AMMINISTRATIVO

Articolo divulgativo - ISSN 2421-7123

Direttore responsabile

**Alessio Giaquinto**

Publicato, Lunedì 23 Gennaio 2023



## Abstract ENG

*This work places particular attention on the health organization and its programming, starting from the establishment of the National Health Service operated by law no. 833/1978, a law which implemented, exactly after 30 years, the provisions of art. 32 Cost. on the right to health. We therefore want to highlight the first critical issues that emerged following the creation of the NHS and then reflect on the authoritative doctrine and the careful considerations of constitutional jurisprudence on the delicate matter of the division of competence in the field of health protection between the State and the Regions in following the reform of Title V of the Constitution in 2001.*

**Sommario:** 1. Premessa; 2. L'evoluzione del modello di tutela della salute: l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale; 2.1 La crisi del Servizio Sanitario Nazionale e le riforme degli anni '90: alla ricerca di una miglior efficienza del sistema; 3. Il Sistema Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali dopo la riforma costituzionale del Titolo V; 3.1. L'evoluzione del concetto della tutela della salute e dei livelli essenziali di assistenza: gli indirizzi della giurisprudenza costituzionale; 3.2 La sanità tra competenza statale e regionale; 4. La centralità della programmazione sanitaria: dal Piano Sanitario Nazionale al Piano Sanitario Regionale; 5. Conclusioni;

## 1. Premessa

Per comprendere a pieno l'attuale assetto organizzativo del Sistema sanitario nazionale e regionale è utile, anzitutto, veder da vicino le principali tappe che hanno segnato la tutela della salute in Italia. Infatti, l'evoluzione della nozione di salute è stata caratterizzata da un insieme di mutamenti culturali che si sono riflettuti sulla concezione dello stesso diritto.

Con l'unificazione del Regno di Italia, avvenuta nel 1861, sorse da subito la necessità di riformare l'intera legislazione, discordante e talvolta inesistente, specialmente nel settore dell'assistenza sanitaria che, fino ad allora, veniva garantita mediante «forme di beneficenza e comunque concepita essenzialmente al fine di tutelare il primario interesse statale al mantenimento dell'ordine pubblico<sup>[1]</sup>».

Con l'introduzione della legge n. 2248 del 20 marzo 1865, il novello stato unitario realizzò un primo passo importante. Il provvedimento prevedeva che la tutela della salute fosse affidata alle cure del Ministro dell'Interno, autorità amministrativa competente per l'ordine pubblico, e, sotto di lui, ai Prefetti e Sindaci<sup>[2]</sup>, nell'ambito del quale fu istituita

una Direzione generale della sanità pubblica<sup>[3]</sup> con una serie di uffici provinciali e comunali per la tutela dell'igiene pubblica.

Successivamente, con l'arrivo della legge 17 luglio 1890, n. 6972, la c.d. "legge Crispi", si cercò di attuare un primo tentativo di laicizzazione degli istituti sanitari: ospedali, case di riposo e le Opere Pie vennero raggruppate negli Istituti di assistenza e beneficenza (IPAB), assoggettandole in tal modo ad una disciplina statale uniforme.

Nonostante tali interventi, le strutture di assistenza rimasero inadatte per assicurare un efficace servizio sanitario, principalmente per motivi legati alla generale arretratezza dell'apparato sanitario e alle scarse condizioni di igiene e di prevenzione. Infatti, la prima legislazione dello Stato unitario in materia riguardava solamente, da un lato, le misure collettive di igiene pubblica volte ad evitare la nascita di agenti patogeni all'interno dei luoghi di lavoro, e, dall'altro, misure atte a contenere la diffusione di malattie infettive, come le vaccinazioni.

In assenza di una garanzia statale nella tutela della salute, il sistema sanitario italiano della fine del '800 e della prima metà del '900 fu organizzato in una forma di assicurazione e protezione sociale in cui il diritto alla salute era strettamente legato alla condizione lavorativa e non considerato un diritto di cittadinanza nel pieno senso del termine. In una fase storica caratterizzata da una generale mancanza di protezione sociale, i più abbienti pagavano per un'assistenza adeguata mentre per i più poveri non restavano altro che le Opere Pie e gli Enti di beneficenza pubblici. Inoltre, i lavoratori dipendenti iniziarono ad associarsi e a raccogliere risorse per proteggersi dai rischi della vita (come disoccupazione, malattia, infortunio, vecchiaia, ecc.), creando una vasta e ampia rete di mutue: un vero Stato sociale dal basso verso l'alto<sup>[4]</sup>.

Solamente con l'arrivo del regime fascista si incrinò parzialmente l'impostazione liberale di matrice ottocentesca. Infatti, con l'istituzione di diversi enti mutualistici con funzioni previdenziali e sanitarie, come l'INAIL<sup>[5]</sup> e l'INPS<sup>[6]</sup>, si operò un grande passo in avanti verso l'intervento statale nel campo della sanità. In tal senso, di grande importanza risultò essere l'adozione del Testo unico delle leggi sanitarie<sup>[7]</sup> che, tramite un riordino della disciplina previgente, portò alla formazione di case e istituti di cura medico-chirurgici con lo scopo di affiancare il sistema delle IPAB.

Il risultato fu un sistema sanitario fondato su diversi capisaldi. Innanzitutto, i servizi di igiene pubblica vennero affidati al governo delle Prefetture mentre alle strutture ospedaliere venne assegnata la loro gestione agli enti locali ma, nel concreto, quest'ultime erano per lo più gestite da organizzazioni religiose. Venne poi previsto un servizio di cura gratuita rivolto agli indigenti con oneri sostenuti dai Comuni.

Più tardi, con l'approvazione del Regio Decreto del 30 settembre 1938, n. 1631, fu inserita una disciplina comune dei servizi sanitari e del personale sanitario alle dipendenze di istituzioni pubbliche, cercando di garantire una solida organizzazione nel ramo sanitario. In tale scenario, ruolo centrale venne svolto dall'Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica, istituito con decreto luogotenenziale del 12 luglio 1945, n. 417. Posto alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri, all'Alto Commissario, oltre ad ereditare le funzioni della soppressa Direzione Generale della sanità pubblica, vennero affidate funzioni di vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e incarichi di coordinamento dell'attività degli uffici statali operanti nell'ambito sanitario.

Come si può notare, la declinazione come diritto fondamentale alla salute non ha trovato spazio nell'ordinamento italiano sino all'entrata in vigore della nostra Carta costituzionale del 1948. Solamente con essa si è inaugurata una nuova fase di cambiamento culturale in materia sanitaria, portando alla luce prima, il diritto alla salute, poi, il Servizio Sanitario Nazionale italiano.

La Costituzione dedica infatti alla protezione della salute una specifica disposizione, l'art.32, affermando che «la Repubblica protegge la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della comunità e garantisce un trattamento gratuito agli indigenti<sup>[8]</sup>».

Da una sua semplice lettura si può da subito notare come la Repubblica sia presente sin dal principio della disposizione. Il richiamo alla Repubblica, presente anche in altre disposizioni costituzionali<sup>[9]</sup>, sancisce la sua responsabilità e il suo dovere nel garantire il diritto in questione. Le istituzioni chiamate a adempiere a tale dovere pubblico sono, per via del disposto dell'art.114 Cost<sup>[10]</sup>, le Regioni, le Città metropolitane, Province e Comuni. Una pluralità di attori che intervengono attraverso azioni positive o negative, con ruoli e compiti diversi. In aggiunta, l'articolo 117 Cost. affidò la competenza legislativa in materia di sanità alle Regioni, prescrizione rimasta sulla carta per molto tempo sino all'entrata in vigore della riforma costituzionale avvenuta nel 2001<sup>[11]</sup>.

Pertanto, l'inserimento della tutela della salute fra le disposizioni costituzionali ha permesso alla nostra Carta costituzionale di rivestire un ruolo di importanza centrale per due ordini di ragioni. In primis, l'Italia è stata la prima Nazione tra quelle europee a riconoscere il diritto alla salute nella sua Costituzione, divenendo dunque un modello di ispirazione per altri ordini nazionali<sup>[12]</sup>. In secundis, la norma era per quei tempi rivoluzionaria nel comprendere e abbracciare il doppio valore della salute: esso è un diritto individuale e assoluto e un bene di rilevanza collettiva<sup>[13]</sup>.

La salute intesa come diritto fondamentale è dunque caratterizzata da una forza particolare nell'ambito del nostro sistema giuridico, tant'è che sembra pacifico riconoscere una sua posizione di supremazia gerarchica nel bilanciamento con altri diritti, come peraltro ammette espressamente lo stesso testo costituzionale, ove ad es. si consentono limitazioni alla libertà di circolazione per esigenze sanitarie (art. 16 Cost.)<sup>[14]</sup>.

Poiché il diritto alla salute permette la protezione di valori essenziali per la vita di ognuno nella sua unicità e, come si è visto, anche della comunità, questo diritto ha caratteristiche essenziali: il bene-salute risulta essere inalienabile, indisponibile, irrinunciabile, intrasmissibile, con valore erga omnes, riconosciuto in capo sia a cittadini italiani che stranieri<sup>[15]</sup>.

Il diritto alla salute, in qualità di diritto sociale fondamentale, trova poi tutela anche in numerosi altri articoli della nostra Costituzione: l'art.2 Cost.<sup>[16]</sup> assicura il ruolo della Repubblica nel garantire i diritti inviolabili dell'uomo e, all'art. 3 Cost.<sup>[17]</sup>, garantisce il valore della dignità umana, essendo la salute un diritto ad una esistenza degna.

Nonostante la portata innovativa in tema di garanzie individuali, l'art.32, per oltre un ventennio dalla promulgazione della Carta, non destò grande interesse sia in dottrina che nella giurisprudenza.

Certamente la salute, all'indomani della entrata in vigore della Costituzione, continuava ad essere considerata in base all'idea, di matrice ottocentesca, secondo cui dovesse essere soltanto considerata un mero problema di ordine pubblico allo scopo di conservare il bene-salute, garantendo la c.d. "società dei sani"<sup>[18]</sup>. Si pensi, in riferimento a questo, a quanto osservato da uno dei primi commentatori dell'art.32 Cost., secondo cui il diritto alla salute «consisterebbe nell'obbligare a curarsi chiunque sia malato e ciò anche quando la malattia non costituisce pericolo sociale diretto<sup>[19]</sup>». Anche la prima giurisprudenza del Consiglio di Stato ebbe molta fatica ad intravedere il diritto alla salute come diritto soggettivo: la garanzia costituzionale del bene-salute sarebbe solamente da considerare come «un indirizzo di carattere generale rivolto a tutelare la salute pubblica<sup>[20]</sup>».

Solamente dopo un ventennio dall'entrata in vigore della nostra Costituzione cambiò l'interpretazione e la rilevanza della disposizione costituzionale in esame.

La Consulta, appena entrata in funzione, avallava da subito l'idea che «la Costituzione impone di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e di garantire cure gratuite agli indigenti (art. 32), nonché di assicurare ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere l'assistenza sociale (art. 38), che, in questa sede, comprende, com'è ovvio, l'assistenza ospedaliera<sup>[21]</sup>».

Attraverso la nuova qualificazione di diritto soggettivo alla salute cambiò, di conseguenza, anche l'operato del legislatore italiano. Così, nell'arco dei 30 anni che hanno separato l'entrata in vigore della Costituzione dalla creazione del Servizio Sanitario Nazionale, si sono registrati due momenti chiave per un cambiamento radicale del servizio sanitario in Italia.

In primis, di notevole importanza è stata l'istituzione del Ministero della Sanità<sup>[22]</sup> tramite l. n. 296 del 1958, con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Nell'esercizio delle sue funzioni, il Ministero della Salute veniva coadiuvato dal Consiglio Superiore della Sanità (CSS) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il primo con funzioni consultive mentre il secondo con attribuzioni di carattere tecnico-scientifico. Tuttavia, il Ministero della Salute, per via di un incarico non ben definito e di un budget assai limitato, ha impiegato alcuni anni prima di poter rispondere adeguatamente alle esigenze di salute vantate dai cittadini<sup>[23]</sup>.

Il secondo momento cruciale fa riferimento all'entrata in vigore della l. n. 132 del 1968<sup>[24]</sup>, nota anche come legge Mariotti<sup>[25]</sup>, che ha apportato una significativa riforma dell'assistenza ospedaliera, in cui gli ospedali divennero istituzioni autonome, riorganizzate su tutto il territorio e suddivise sulle base delle dimensioni e delle specialità<sup>[26]</sup>. Inoltre, come già accennato, fino a quel momento, gli ospedali italiani erano per lo più sotto la gestione di organizzazioni mutualistiche/previdenziali o di fondazioni religiose (come le Opere Pie). L'arrivo della legge Mariotti del 1968 ha organizzato e introdotto le autorità ospedaliere, costituendo il Fondo ospedaliero nazionale e inserendo la pianificazione ospedaliera di competenza regionale<sup>[27]</sup>.

Ratio della riforma del 1968 non si limitava alla sola riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera bensì anche di combattere i crescenti costi di ricoveri e del grande indebitamento maturato dagli enti mutualistici tramite un coordinamento e una razionalizzazione dell'offerta.

Ben presto la crisi finanziaria colpì ospedali e utenti e, per far fronte alla situazione di instabilità economica generatasi, il legislatore intervenne tramite l. n. 386 del 1974<sup>[28]</sup> con cui lo Stato si assunse l'intero ammontare del debito maturato e, una volta sciolto le amministrazioni delle mutue in disavanzo, si preparò alla gestione della salute nel territorio garantendola a tutti i cittadini<sup>[29]</sup>.

## **2. L'evoluzione del modello di tutela della salute: l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale**



Già a partire dalla metà degli anni Sessanta incominciò ad affermarsi in dottrina l'idea di un sistema sanitario che potesse garantire delle risposte a domande di «efficienza e ammodernamento, sviluppo dei poteri pubblici, esigenze vitali del singolo e della collettività e, infine, partecipazione attiva della popolazione all'amministrazione della sanità pubblica<sup>[30]</sup>».

Poco più tardi, sull'onda della crisi finanziaria degli enti mutualistici e sull'effettiva istituzione delle Regioni, responsabili dell'assistenza sanitaria ex art. 117 Cost., il legislatore italiano abbandonò definitivamente il modello assicurativo, istituendo in questo modo il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tramite l. del 23 dicembre 1978, n. 833, vera e propria pietra miliare nel progresso della disciplina della salute in Italia.

Con il novello sistema assistenziale, necessariamente la dottrina e la giurisprudenza hanno riletto in chiave interpretativa il disposto dell'art. 32 Cost. affermando il valore precettivo, programmatico e fondamentale del diritto alla salute, non più legato ora alla sola appartenenza professionale ad una cassa mutua. Infatti, la l. n.833 del 1978 dispone, all'art. 1, c. 3, che «Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione [...] . L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini».

In armonia con quanto già disposto dal DPR n. 616/1977<sup>[31]</sup>, la legge istitutiva del SSN<sup>[32]</sup> ha previsto un sistema di attribuzioni di funzioni a livello statale e una rete di servizi a livello locale caratterizzato dalla gratuità delle prestazioni sanitarie, senza alcun limite di spesa. Come risulta dall'art. 1, c. 3, della l. n. 833 del 1978, il SSN era articolato su più piani. Allo Stato erano attribuite funzioni di programmazione generale e di stanziamento delle risorse attraverso il fondo sanitario nazionale. Diversamente, alle Regioni, oltre alla possibilità di realizzare una pianificazione regionale in attuazione di quella statale, erano affidate competenze amministrative e di ripartizione delle risorse finanziarie tra le Unità Sanitarie Locali<sup>[33]</sup>(USL). Infine, ai Comuni spettava la gestione diretta dell'USL<sup>[34]</sup>: solo attraverso queste ultime si realizzavano, in ambito territoriale, i compiti e gli obiettivi sanciti a livello del SSN.

## **2.1 La crisi del Servizio Sanitario Nazionale e le riforme degli anni '90: alla ricerca di una miglior efficienza del sistema**

La legge sul SSN ha rappresentato quindi una tappa fondamentale nell'evoluzione della disciplina relativa alla tutela della salute anche se, tuttavia, si deve tener in considerazione che l'intera materia è stata oltremodo modificata dal d. lgs. [{https/URL}](#)<sup>[35]</sup> recante

“Riordino della disciplina in materia sanitaria”<sup>[36]</sup>.

All’indomani della istituzione del Servizio sanitario nazionale, la l. n.883 del 1978<sup>[37]</sup> mostrò infatti fin da subito diverse problematicità, alcune di carattere legislativo altre di natura economica<sup>[38]</sup>.

In primis, il principale vulnus del nuovo sistema sanitario derivava dalla mancata adozione del Piano Sanitario Nazionale (PSN). L’assenza di un piano che potesse orientare obiettivi di spesa in modo consequenziale alle risorse disponibili creò una incontrollabilità della spesa sanitaria, con continui deficit di bilancio annuali, causando uno scollegamento tra politica sanitaria e politica finanziaria.

Un’ulteriore *défaillance* del sistema è stata causata dalla confusione prodotta dall’istituzione delle Unità sanitarie locali. Infatti, il legislatore del 1978 non diede loro alcuna definizione giuridicamente rilevante e, di conseguenza, questo permise in concreto un’autonomia gestionale delle stesse, autonomia che in realtà apparteneva ai Comuni<sup>[39]</sup>. Inoltre, il forte rapporto che legava l’USL con i Comuni ebbe come risultato l’adozione di politiche sanitarie volte più ad ottenere un tornaconto elettorale che risposte ad esigenze di carattere funzionale<sup>[40]</sup>.

Se a quanto brevemente accennato si aggiunge il generale senso di insoddisfazione da parte dei cittadini utenti circa la qualità delle prestazioni sanitarie offerte, si può facilmente comprendere il forte bisogno di una nuova riforma che potesse ottenere, da un lato, una migliore economicità gestionale in ambito sanitario con conseguente sua razionalizzazione e, dall’altro, una maggior responsabilizzazione dei soggetti coinvolti.

Sulla base di tali necessità, il riesame del SSN avuto luogo negli anni ’90 riguarda essenzialmente la struttura organizzativa dell’erogazione della sanità, coinvolgendo le competenze regionali e locali. Diversamente, la riforma non ha rivisto, in concreto, la centralità del diritto alla salute, la responsabilità pubblica della sua tutela e soprattutto i fondamenti su cui si basava il servizio sanitario nazionale.

Con l’avvio del processo di aziendalizzazione e regionalizzazione si venne ad ottenere un profondo riordino della disciplina con conseguente trasformazione del servizio sanitario: si passò da una concezione di assistenza pubblica incondizionata ed illimitata, ad una assistenza pubblica con spesa sociale e sanitaria proporzionata ad una effettiva realizzazione delle entrate<sup>[41]</sup>. Fulcro centrale della riforma è stata la costituzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), ovvero soggetti dotati di personalità giuridica e con propria autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, sostituendo, in concreto, le precedenti Unità Sanitarie Locali. Non solo, vennero al contempo istituite le prime



Aziende Ospedaliere<sup>[42]</sup>, ovvero ospedali di rilievo nazionale ad alta specializzazione, policlinici universitari e Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS).

Un ulteriore elemento della riforma che cercò di dare una maggior spinta verso l'aziendalizzazione è stato l'inserimento della figura del Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale, coadiuvato a sua volta dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

In aggiunta, con l'intento di ottenere una miglior economia delle risorse finanziarie e una maggior regionalizzazione del sistema, i Comuni persero il ruolo di attore principale del Servizio sanitario nazionale in favore delle Regioni, a cui fu riconosciuta una facoltà di nomina dei soggetti apicali delle aziende sanitarie e una responsabilità circa i risultati raggiunti, sia in termini di qualità dei servizi che di effetti finanziari di gestione<sup>[43]</sup>. Di grande importanza è stato quindi lo spostamento del centro di potere dai Comuni verso le Regioni: si supponeva, insomma, l'idea che il livello regionale fosse abbastanza vicino al livello locale per comprendere i bisogni di salute ma abbastanza lontano da non essere contaminato dalla politica locale.

In attuazione ai criteri indicativi della l. n. 419 del 1998<sup>[44]</sup>, il Governo ha in seguito adottato il d. lgs. 229 del 1999<sup>[45]</sup>, noto anche come “riforma sanitaria ter” o “decreto Bindi”, consolidando e rafforzando il processo di aziendalizzazione<sup>[46]</sup> e di regionalizzazione originariamente intrapreso dal d. lgs. {https/URL}<sup>[47]</sup>.

Il processo di aziendalizzazione voluto dalla riforma intaccò principalmente la struttura organizzativa delle strutture sanitarie. Le aziende locali vennero articolate in Distretti sanitari, provvedendo all'assistenza primaria e coordinando le attività territoriali. Alle aziende sanitarie venne quindi riconosciuta un'ampia autonomia non solamente organizzativa, patrimoniale e contabile ma anche una dimensione “imprenditoriale”, correlata alla possibilità di adottare un atto aziendale di diritto privato con cui definire le modalità di organizzazione interna.

In riferimento alle figure apicali delle aziende sanitarie<sup>[48]</sup>, già introdotte nella precedente riforma<sup>[49]</sup>, l'art. 3-bis, comma 5 del d. lgs. 229 del 1999<sup>[50]</sup> ha definito le funzioni, i criteri di nomina e la loro valutazione in base alla funzionalità dei servizi e degli obiettivi di salute raggiunti.

Per quanto attiene al processo di regionalizzazione, la riforma ha voluto valorizzare ed implementare il ruolo delle Regioni prevedendo modalità innovative di organizzazione ed erogazione del servizio Sanitario.

In primo luogo, è stata prevista la possibilità per le Regioni di concorrere alla programmazione sanitaria mediante l'elaborazione di proposte per il Piano Sanitario Nazionale (PSN), da attuare a sua volta attraverso il Piano Sanitario Regionale (PSR) definito espressamente come "strategico" nella modulazione di obiettivi e per il funzionamento dei servizi in base alle risorse finanziarie stanziata<sup>[51]</sup>. Inoltre, in caso di mancata adozione del PSR, il Governo interviene tramite la nomina di un commissario ad acta non precludendo «l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto» (art.1 c.17 del d. lgs. 229 del 1999).

Volendo sottolineare il significato funzionale che la programmazione regionale assume nell'ambito del servizio sanitario nazionale, l'art.2, commi 2 bis e 2 ter del d. lgs. 229 del 1999, ha previsto la costituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale quale organo consultivo per la programmazione e per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Fanno così parte della Conferenza il Sindaco o il presidente della Conferenza dei sindaci, a seconda se la circoscrizione dell'azienda sanitaria coincide con quella di più Comuni, e i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali, come l'ANCI<sup>[52]</sup>. Le funzioni della Conferenza sono, in linea di massima, l'espressione di pareri o intese su atti di pianificazione sanitaria e sociosanitaria che coinvolgono gli enti locali. Il parere così espresso dalla Conferenza deve essere tenuto in conto nell'iter che porta all'adozione del Piano Sanitario Regionale e partecipa, attivamente, alla attuazione del Piano attuativo locale. Ulteriori compiti della Conferenza riguardano l'adozione di pareri nell'ambito del procedimento di verifica dell'operato dei direttori generali delle aziende ospedaliere.

In definitiva i Comuni, alla luce delle riforme sanitarie degli anni '90, risultano essere sostanzialmente estromessi dalla gestione diretta delle aziende sanitarie, mantenendo, ora, un ruolo significativo nella programmazione tramite forme di concertazione nell'attuazione dei piani locali.

### 3. Il Sistema Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali dopo la riforma costituzionale del Titolo V

Prima della riforma del Titolo V della Costituzione, lo Stato era titolare di una competenza legislativa generale su qualsiasi materia, eccetto particolari materie in cui vi era una competenza concorrente con le Regioni. Nello specifico, la materia dedicata all'assistenza sanitaria e ospedaliera era affidata alla disciplina puntuale delle Regioni mentre allo Stato spettava una generale regolazione dei principi.

Con l'arrivo della l. costituzionale 18/10/2001, n. 3<sup>[53]</sup>, è stato modificato questo schema,

prevedendo una nuova ripartizione delle competenze che, solo in apparenza, inverte il precedente schema legislativo. Ora, lo Stato è titolare di una potestà legislativa esclusiva all'interno di un elenco tassativo di materie contenute al c. 2 dell'art. 117 Cost., mentre alle Regioni è riconosciuta una competenza concorrenziale nelle materie indicate nel c. 3 ex art. 117 Cost. e una competenza di tipo residuale nelle materie non menzionate nei commi precedenti (art. 117, c. 4).

Per quanto riguarda la tutela della salute, la materia è annoverata tra gli ambiti di legislazione concorrente tra Stato e Regioni e, quindi, la sua regolazione è oggetto di disciplina regionale alla luce dei principi fondamentali stabiliti dallo Stato.

Occorre sottolineare comunque come parte della dottrina sia incline ad affermare che la riforma costituzionale non abbia apportato modifiche significative al ruolo delle amministrazioni regionali: il nuovo impianto si pone in realtà su una linea di continuità che conferma lo schema precedente<sup>[54]</sup>. Pare quindi che la riforma abbia dato una “veste e (una) sistemazione formale, costituzionalmente fondata, ad un processo di progressiva e inarrestabile regionalizzazione del servizio sanitario<sup>[55]</sup>”, percorso già intrapreso negli anni '90 dalla legislazione ordinaria.

Inoltre, la materia dedicata alla tutela della salute viene interessata anche dal c. 2 dell'art. 117 Cost. in cui si afferma la competenza esclusiva statale nella determinazione dei «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale<sup>[56]</sup>». Una loro violazione legittima il potere sostitutivo del Governo al fine di garantire l'unitarietà dell'ordinamento e l'effettiva fruizione dei livelli essenziali dei diritti sociali su tutto il territorio (ex art. 120, c. 2, Cost.<sup>[57]</sup>).

### **3.1. L'evoluzione del concetto della tutela della salute e dei livelli essenziali di assistenza: gli indirizzi della giurisprudenza costituzionale**

Il nuovo scenario così delineato dalla riforma costituzionale non ha risparmiato il sorgere di numerosi contenziosi sui limiti di attribuzioni di Stato e Regioni, soprattutto per quanto attiene alla nozione di tutela della salute.

Infatti, il concetto di tutela della salute è stato oggetto di due diversi indirizzi interpretativi. Il primo, più restrittivo, assegna le modalità organizzative del servizio sanitario alla competenza esclusiva delle Regioni, ritenendo quindi la nozione di tutela della salute da un punto di vista sostanziale, escludendo, perciò, la competenza concorrente in materia<sup>[58]</sup>.

In linea con tale interpretazione, i giudici della Corte Costituzionale hanno affermato che la sanità «è ripartita fra la materia di competenza regionale concorrente della tutela della salute [...], la quale deve essere intesa come assai più ampia rispetto alla precedente materia di assistenza sanitaria e ospedaliera [...], e quella dell'organizzazione sanitaria, in cui le Regioni possono adottare una propria disciplina anche sostitutiva di quella statale<sup>[59]</sup>».

L'indirizzo interpretativo ora esaminato non sembra tener conto dell'interdipendenza tra la disciplina dell'organizzazione sanitaria e la tutela dei diritti fondamentali, come il diritto alla salute, alla dignità personale e all'autodeterminazione individuale, garantiti mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie ad opera di organizzazioni pubbliche e private del SSN<sup>[60]</sup>. Infatti, l'operato del legislatore post-riforma è ispirato a tale più ampia interpretazione di tutela della salute, ponendo l'organizzazione sanitaria in un rapporto di continuità strumentale alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza<sup>[61]</sup>.

In seguito, anche nella giurisprudenza della Corte costituzionale ha primeggiato l'orientamento in base a cui si esclude che l'organizzazione sanitaria possa essere valutata come materia a sé stante poiché essa è «parte integrante della (materia) costituita dalla tutela della salute<sup>[62]</sup>». Inoltre, «le norme che disciplinano gli aspetti organizzativi dell'attività sanitaria vanno anch'esse ricondotte alla materia della tutela della salute, quando sono idonee ad incidere sulla salute dei cittadini, costituendo le modalità di organizzazione del servizio sanitario la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate<sup>[63]</sup>».

Il nesso tra la modalità di tutela della salute e diritto sostanziale è ancora più evidente quando la tutela dello stesso «non può non darsi in condizioni di fondamentale uguaglianza su tutto il territorio nazionale<sup>[64]</sup>». Si pensi al tema legato alle terapie ammesse e non ammesse oppure, più recentemente, alla disciplina sugli obblighi vaccinali. In queste occasioni, in ossequio al principio di uguaglianza, la Corte ha affermato l'esistenza di un «rapporto di coesistenzialità<sup>[65]</sup>» tra la modalità di tutela del diritto e lo stesso tale da giustificare l'invasione del legislatore nazionale nella competenza regionale, potendo di fatto legiferare nel dettaglio la relativa disciplina<sup>[66]</sup>.

Anche la nozione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ha subito nel corso del tempo una sua evoluzione.

Ad oggi, i LEA vengono intesi come valori in grado di attraversare trasversalmente le competenze di tutti quei soggetti che compongono il sistema, non rientrando più nel solo ambito di potestà statale<sup>[67][68]</sup>.

Per quanto riguarda il loro contenuto, occorre evidenziare che esso non riguarda unicamente la fissazione del quantum ma anche l'individuazione del quid<sup>[69]</sup>, ovvero il legislatore nazionale ha il dovere di indicare quali prestazioni devono essere garantite in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Secondo la dottrina maggioritaria, la scelta del legislatore nell'utilizzare il termine essenziale, invece che minimo, è un chiaro accostamento della nozione dei livelli essenziali al concetto di adeguatezza, allontanandolo da quello di livello economicamente sostenibile<sup>[70]</sup>. Contrariamente, una scelta del legislatore in tal senso avrebbe, infatti, reso l'idea di una sorta di razionamento, un livello di prestazione garantito solo se finanziariamente tollerabile. In realtà, vero scopo del legislatore sarebbe stato quello di individuare gli obiettivi attraverso cui realizzare un'uguaglianza sostanziale. In altre parole, non sarebbe possibile intendere l'essenzialità dei livelli in termini di dimensione "minima<sup>[71]</sup>", ovvero una dimensione sotto la quale il diritto risulterebbe violato.

Quanto detto ora, non impedisce, naturalmente, alle regioni di offrire prestazioni ulteriori, che si aggiungono, cioè, ai livelli essenziali qualora abbiano la disponibilità economica e la volontà politica di farlo<sup>[72]</sup>.

### 3.2 La sanità tra competenza statale e regionale

Allo Stato, oltre alla definizione dei LEA, spettano numerose altre attribuzioni nella sanità, dalla funzione di regolazione e indirizzo, alla programmazione, dalla funzione di vigilanza al suo finanziamento.

I compiti ora riportati vengono svolti dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economie e delle Finanze (MEF) per quanto riguarda l'ambito finanziario, suddividendo la propria azione in tre diverse aree funzionali (ex art. 47-ter del d. lgs. 11 luglio 1999, n. 300<sup>[73]</sup>).

La prima area a cui fa riferimento la normativa attiene all'ordinamento sanitario, all'azione di indirizzo generale e di coordinamento, alla programmazione nazionale sanitaria e di monitoraggio delle attività sanitarie regionali.

Successivamente, come seconda area di intervento, viene riportata la competenza dello Stato nell'adozione di norme, prescrizioni tecniche, linee guida in materia igienico sanitaria, di organizzazione dei servizi e delle professioni sanitarie, dei concorsi e dello stato giuridico del personale del SSN.

L'ultima area funzionale del Ministero della Salute è riferita al monitoraggio delle qualità delle prestazioni erogate sul territorio nazionale in relazione ai livelli essenziali, riferendo, in tema, al Parlamento una volta all'anno.

Per quanto concerne l'attività di sorveglianza, ruolo importante viene rivestito dalla Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali<sup>[74]</sup>, ente pubblico strumentale del Ministero della Salute, con funzione di analisi della spesa nonché di formulazione di proposte su miglioramenti qualitativi e di efficientamento del SSN.

Sulla base di quanto detto nei precedenti paragrafi, a seguito della mala gestio delle USL da parte dei Comuni, il legislatore tramite l'adozione del d. lgs. n. 502 del 1992<sup>[75]</sup> ha voluto evitare una ingerenza delle Regioni, tutelando l'indipendenza delle nuove Aziende Sanitarie. Tuttavia, già con il successivo d. lgs. n. 229 del 1999<sup>[76]</sup>, alcuni compiti istituzionali delle aziende sono stati attribuiti alle Regioni<sup>[77]</sup> che, da quel momento in poi, si sono rivelate essere il vero cardine centrale dell'assistenza sanitaria nel territorio.

Nonostante ciò, l'azienda ancora oggi rappresenta l'ente strumentale attraverso cui vengono offerte le prestazioni sanitarie. Inoltre, le aziende sono rimaste indipendenti dal potere politico a differenza di quanto era successo all'indomani della nascita del SSN. Pertanto, nel rapporto con l'azienda sanitaria, la regione svolge in particolare tutte le competenze necessarie volte al suo governo mediante atti di «regolazione, di programmazione, di indirizzo e controllo e di finanziamento<sup>[78]</sup>».

Le riforme sanitarie degli anni '90 e la successiva riforma costituzionale hanno dato vita a differenti modelli di amministrazione regionale della salute ma, tuttavia, è possibile tracciarne i punti in comune.

In primis, le funzioni di indirizzo politico vengono messe in atto da diversi organi istituzionali che adottano atti di indirizzo in base alla legislazione statale, definendo obiettivi e programmi dei servizi sanitari regionali e allocando le rispettive risorse finanziarie.

Ruolo importante viene quindi rivestito dal Consiglio Regionale, con competenza legislativa esclusiva nel campo della sanità e nella programmazione dei piani sanitari<sup>[79]</sup>, di durata triennale, talvolta adottati anche tramite l'intervento di altri organi. Oltre a ciò, il Consiglio detiene funzioni di nomina in sanità e possiede poteri regolamentari in particolari materie<sup>[80]</sup>.

Diversamente, la Giunta Regionale, titolare del potere esecutivo insieme al Presidente



della regione, approva gli atti normativi e amministrativi in attuazione delle leggi regionali adottate dal Consiglio. Inoltre, l'assessorato incaricato della sanità regionale elabora progetti di programmi e di delibere da sottoporre agli organi decisionali, svolgendo pertanto una funzione di coordinamento e di indirizzo.

Passando poi alla figura del Presidente della Regione, egli non possiede particolari competenze in ambito sanitario<sup>[81]</sup>. Tuttavia, il Presidente è l'organo politicamente responsabile della sanità regionale, rendendo dunque conto della sua politica al Consiglio e ai cittadini della propria regione.

La sanità regionale non risulta essere frutto dei soli attori istituzionali bensì anche del lavoro delle strutture operative interne all'amministrazione regionale, svolgendo una attività ibrida di tipo tecnico e amministrativo. In riferimento a questo, si pensi alla direzione generale e alle direzioni delle ASL che, oltre ad essere titolari di una propria capacità decisionale in ambito tecnico, operano a stretto contatto con l'assessorato regionale di riferimento, dando il proprio contributo nelle attività di programmazione e di monitoraggio dei servizi sanitari regionali<sup>[82]</sup>.

Ancora, Giunta e Consiglio Regionale sono spesso assistiti da soggetti esterni con compiti di supporto tecnico nel campo della pianificazione sanitaria. Si ricordino, a titolo esemplificativo, le agenzie regionali<sup>[83][84]</sup>, con attività di contributo tecnico sia nei confronti di organi politici, sia nei confronti delle ASL, o, ancora, gli osservatori epidemiologici, presenti nella maggior parte dei casi in regioni non dotate di agenzia regionale, con funzioni strumentali alla attività di programmazione sanitaria.

Anche il livello di governo più vicino al cittadino gioca un ruolo importante nel garantire il diritto alla salute.

Il Sindaco rappresenta l'autorità sanitaria locale, sia come capo dell'amministrazione comunale che in qualità di ufficiale di governo. Inoltre, il Sindaco provvede sugli accertamenti e sui trattamenti sanitari obbligatori, eroga le diverse autorizzazioni in campo sanitario e adotta, nel caso, ordinanze contingibili e urgenti in periodi di emergenza sanitaria<sup>[85]</sup>.

Inoltre, i Comuni, oltre alla possibilità di stabilire le zone nelle quali collocare le farmacie, garantendo un'equa distribuzione e accessibilità al servizio farmaceutico anche per cittadini residenti in zone scarsamente abitate, possono assumere la gestione di parte delle farmacie presenti sul loro territorio<sup>[86]</sup>.

#### 4. La centralità della programmazione sanitaria: dal Piano Sanitario Nazionale al Piano Sanitario Regionale

Una volta esaminato la legislazione sanitaria e stabilita la distribuzione delle competenze attuative in sanità, è necessario esaminare i diversi luoghi dove gli attori istituzionali si incontrano per prendere le decisioni legate alla spesa sanitaria e stabilire gli strumenti di programmazione attraverso i quali garantire il diritto alla salute.

Come il lettore può ben immaginare, le difficoltà che si incontrano nel processo di ripartizione dei fondi indirizzati alla spesa sanitaria regionale sono diverse, a partire dalla necessità di una equa distribuzione in base alle esigenze delle singole Regioni, relazionando criteri di suddivisione a parametri determinati.

Al fine di ovviare tale problema, uno dei modi attraverso cui i diversi livelli di governo, coinvolti nella tutela della salute, coordinano la loro azione istituzionale è il Patto per la Salute. Con D.L. n.387 del 2001 viene recepita la prassi dell'Intesa, già utilizzata nel corso degli anni precedenti per il raggiungimento di propositi comuni, tra soggetti di governo differenti. In questo modo, la spesa in campo sanitario viene concordata all'interno di un programma pluriennale, in sede di conferenza Stato-Regioni, attraverso lo strumento delle intese con le quali vengono stabiliti i livelli delle prestazioni e gli ambiti di spesa sanitaria. Quindi, tramite il Patto per la salute, ovvero mediante un accordo programmatico e finanziario tra il Governo e le Regioni di durata triennale, si tende ad affermare l'unitarietà del sistema sanitario.

Con il raggiungimento dell'intesa sul Patto, il Governo, Le Regioni, insieme alle province autonome di Trento e Bolzano, trovano l'accordo finanziario volto al miglioramento della qualità dei servizi, promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni. Non solo, il Patto della salute di norma prevede anche al suo interno un riequilibrio delle capacità di fornitura in modo analogo ed efficace su tutto il territorio nazionale, avviando un periodo di osservazione delle spese e delle relative prestazioni sanitarie.

Tuttavia, il Piano Sanitario Nazionale (PSN) rimane comunque il principale strumento di programmazione e di promozione della salute a cui finalizzare l'erogazione e organizzazione delle prestazioni del servizio sanitario.

La funzione programmatrice era già presente nella legge istitutiva del Servizio sanitario Nazionale<sup>[87]</sup>, ponendola al centro delle dinamiche per il funzionamento del sistema. Tuttavia, secondo l'idea del legislatore del 1978, la pianificazione sanitaria doveva necessariamente partire da quella economica nazionale: solamente all'interno di quest'ultima venivano stabiliti i traguardi del novello sistema sanitario. La

programmazione sanitaria veniva così realizzata mediante il Piano Sanitario Nazionale, da adottarsi con legge del Parlamento, diventando vero e proprio perno del sistema. Sulla base di questo schema, in esso avrebbero dovuto concentrarsi tutte le principali scelte di politica sanitaria italiana, dal finanziamento dei servizi su base locale, all'individuazione dei livelli assistenziali.

Dunque, al Piano spettava la scelta sulle linee generali di indirizzo, la determinazione dei livelli di assistenza, i criteri di riparto del fondo sanitario tra le diverse Regioni e le indicazioni circa la suddivisione dei sovvenzionamenti delle quote regionali alle singole unità sanitarie locali. Altresì, il PSN doveva contenere al suo interno le misure precettive per la sua attuazione nonché le proprie modalità di verifica. Una volta adottato il Piano a livello nazionale, sarebbe stato compito dei singoli legislatori regionali l'adozione dei piani sanitari regionali, in cui dovevano essere indicate le modalità attuative in coerenza al programma regionale di sviluppo.

Come già ricordato, durante la vigenza della l. num. 883 del 1978, la programmazione nazionale e, poi, quella regionale non giunsero mai a conclusione, provocando la crisi del modello sanitario nazionale e le seguenti riforme sulla sua razionalizzazione degli anni '90.

Fin dal suo primo articolo, il d. lgs. 502/1992<sup>[88]</sup> vede il piano sanitario nazionale come la principale locomotiva dell'intero funzionamento del sistema sanitario assicurando tramite esso «i livelli essenziali e uniformi di assistenza [...] nel rispetto dei principi della dignità della persona umana». Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) rappresenta, pertanto, il principale strumento di programmazione sanitaria, di valenza triennale, definendo al suo interno gli obiettivi da perseguire tramite l'individuazione delle strategie e delle attività del servizio sanitario. In tal modo, lo Stato delinea le linee generali di indirizzo del SSN, nei limiti della programmazione economica e finanziaria, in materia di prevenzione cura e riabilitazione, nonché di assistenza sanitaria da applicare conformemente e secondo criteri uniformi su tutto il territorio nazionale.

Esaminando la struttura dei Piani<sup>[90]</sup>, una parte significativa viene dedicata ad una ricostruzione normativa della materia sanitaria, ovvero del contesto istituzionale, insieme alle caratteristiche epidemiologiche e demografiche della popolazione italiana. Sulla base di tale ricostruzione, si cerca di orientare gli obiettivi e le scelte successivamente illustrate nel piano nel modo più coerente possibile con la situazione descritta.

Passando ad una esamina del contenuto, il PSN individua, anzitutto, le aree prioritarie di intervento, per le quali viene accantonata una quota rilevante del finanziamento sanitario. Qui, segnatamente, i Piani testimoniano la loro funzione di raccordo in un

sistema multilivello. L'idea posta alla base è quella di conseguire una sorta di uguaglianza tra le disuguaglianze: tramite un sistema di collaborazione tra Stato e Regioni su alcuni obiettivi prioritari, si permette la garanzia del diritto alla salute con l'autonomia regionale.

Successivamente, i Piani determinano la quota capitaria di finanziamento, per ciascun anno di validità del piano, e la loro suddivisione per ciascun livello di assistenza, nonché gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso un miglioramento qualitativo dell'assistenza.

Nondimeno, il PSN dedica la parte restante ai settori della ricerca biomedica e sanitaria, alle linee guida per i percorsi diagnostici terapeutici, ai criteri e indicatori per la verifica dei livelli di assistenza, ovvero ai progetti obiettivo adottati dal Ministro della Salute<sup>[91]</sup>. Anche l'iter procedurale per l'adozione del Piano Sanitario Nazionale rispecchia la funzione di coordinamento tra la realtà statale e quella regionale.

All'interno della fase iniziale, un ruolo importante viene svolto dalle Regioni che, singolarmente o in simbiosi tra loro, mettono a punto le proposte per la realizzazione del Piano.

A seguire, a norma dell'art.1 del d.lgs. 502/1992, il PSN viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Salute<sup>[92]</sup>, sentite le commissioni parlamentari competenti per materia che si esprimono entro 30 giorni dalla trasmissione dell'atto, sentite le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative le quali comunicano il loro parere entro 20 giorni dalla richiesta. Nell'ipotesi in cui il Governo si voglia discostare dal parere espresso dalle Commissioni deve darne adeguata motivazione<sup>[93]</sup>. Inoltre, l'Esecutivo deve tenere conto delle proposte di piano formulate dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di valenza con riferimento alle esigenze territoriali.

Una volta terminato il predetto iter, il PSN viene adottato d'intesa con la conferenza unificata Stato, Regioni e Autonomie locali entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza. Contrariamente, nel caso in cui l'intesa non sia stata raggiunta e il Consiglio dei ministri ritiene comunque opportuno l'adozione del Piano nella bozza proposta, occorre provvedere mediante delibera motivata.

Giunti al termine del procedimento, il Piano viene adottato con decreto del Presidente della Repubblica entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza, anche se questo non è mai accaduto. Il PSN può poi essere modificato, nel corso del triennio di validità, con il medesimo procedimento.

In aggiunta, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni devono adottare o adeguare i propri Piani sanitari regionali, trasmettendo al Ministero della salute i progetti affinché possa ottenere il parere dello stesso per quanto attiene la coerenza dei medesimi con gli indirizzi del PSN. Giova però ricordare come, in caso di inadempienza da parte delle Regioni, vengono previste delle forti sanzioni: in tal caso le indicazioni del PSN troverebbero applicazione alle Regioni che non abbiano predisposto il Piano Sanitario Regionale.

Nel modo ora descritto, il PSN rappresenta la modalità esclusiva di governo della salute in Italia anche se occorre sottolineare come da ormai 13 anni non è mai stato predisposto e approvato un nuovo Piano, essendo l'ultimo<sup>[94][95]</sup> scaduto nel 2008.

Nel corso degli ultimi anni le Regioni hanno assunto una nuova e maggiore responsabilità in campo sanitario, essendo coinvolte nell'attività normativa-programmatoria e nella gestione diretta del sistema sanitario regionale. La valenza della programmazione regionale, alla luce della riforma Cost. del 2001<sup>[96]</sup>, ha assunto un tratto diverso, non ponendosi più come mera traduzione a livello regionale delle volontà espresse dallo Stato ma, bensì, come vera e propria politica sanitaria regionale.

Oltre alla funzione programmatoria tipica di un Piano Sanitario, il PSR può, in alcuni casi, favorire l'integrazione sanitaria con quella socioassistenziale, ovvero quella economica o ambientale. Quindi, tramite l'adozione di un Piano sociosanitario vengono trattati integralmente i diversi ambiti durante l'iter che porta alla adozione del Piano. Questo accade ora in diverse realtà regionali, come in Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto.

Quanto al contenuto del PSR, la programmazione regionale si deve uniformare alle indicazioni del PSN, esplicando poi, come si vedrà, i suoi effetti nei confronti della programmazione aziendale. Gli ambiti trattati dalla pianificazione regionale possono essere diversi: dal sistema di governance e della appropriatezza organizzativa, alle modalità di accreditamento delle strutture private. Certamente, la pianificazione sanitaria regionale deve tenere in conto diversi fattori, quali, a titolo esemplificativo, il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e della spesa sanitaria.

Alla rigidità del cammino relativo alla definizione delle scelte strategiche del PSN, si accompagna una flessibilità di modalità attuative e di contenuti affidate alle singole Regioni mediante l'adozione del Piano Sanitario Regionale (PSR). Un importante ruolo partecipativo, nella definizione del PSR, viene svolto dalle autonomie locali, dalle formazioni sociali private senza scopo di lucro, impegnate nella assistenza sociale e sanitaria, dalle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati ed infine

dalle strutture accreditate dal SSN. La partecipazione delle prime viene assicurata mediante la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, tramite la quale viene sottoposto all'attenzione la bozza di Piano affinché vengano formulate osservazioni e pareri da tenere conto durante le fasi successive del percorso di formazione.

Una volta ottenuta l'approvazione, il Piano, predisposto dalla Giunta Regionale, viene inoltrato al Ministero della Salute cosicché si possa acquisire, entro 30 giorni dalla data di sottoposizione, il parere del Governo circa la sua adeguatezza e coerenza con gli obiettivi strategici stabiliti a livello nazionale. Il Piano sanitario, una volta adottato dal Consiglio o dalla Giunta, ha valenza triennale, coincidendo (almeno nell'idea originaria<sup>[97]</sup>) con la durata del PSN.

Nell'ipotesi in cui il Piano sanitario non venga adottato dalla Regione nel termine sopra ricordato, viene assicurato un intervento sostitutivo del Governo. Infatti, il Ministro della Salute, dopo aver avviato un colloquio con la Regione inadempiente, fissa un termine non inferiore a tre mesi per l'adozione del Piano regionale. Una volta decorso il termine con sua mancata adozione, il Governo, riunito in sede di Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute e di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, emana i provvedimenti necessari per dare attuazione diretta delle disposizioni del PSN, potendo poi procedere al "commissariamento<sup>[98]</sup>" regionale.

La politica sanitaria regionale ora esaminata rivolge poi i suoi effetti in particolar modo sulla programmazione aziendale e locale della salute.

Secondo quanto disposto dal d. lgs. 229/1999<sup>[99]</sup>, è compito della Regione disciplinare il legame fra la pianificazione regionale e quella locale, svolta quest'ultima dalle singole aziende sanitarie, stabilendo il percorso formativo che porta all'adozione del Piano Attuativo Locale (PAL), nonché le modalità di partecipazione al procedimento di organizzazioni di cittadini e del volontariato.

Il PAL viene adottato dalle aziende ospedaliere e territoriali con determinazione del competente Direttore Generale. All'interno di queste ultime, il Direttore stila la bozza del Piano sulla base degli orientamenti espressi dalla Conferenza dei Sindaci, ovvero dal Sindaco, nel caso in cui il territorio del Comune coincida con quello dell'Azienda. L'indirizzo espresso dalla Conferenza svolge un ruolo essenziale poiché determina l'attività e l'azione della azienda territoriale verso le principali necessità sociosanitarie locali.

Ciononostante, nel caso in cui il Direttore non abbia predisposto il Piano, la Conferenza



dei Sindaci, ovvero il Sindaco, può avanzare alla Regione la richiesta di sostituzione, o la non conferma, del Direttore Generale inadempiente.

Accanto al PAL, di grande importanza è il Programma delle attività territoriali (PAT), principale atto pianificatorio a livello distrettuale e più vicino al cittadino. Infatti, il PAT è l'atto con il quale viene definito l'organizzazione e la localizzazione dei servizi sanitari, nonché il relativo funzionamento (art. 3-quater c.3 del d. lgs. n. 229 del 1999). Oltre a tali funzioni, il PAT contiene anche disposizioni riguardanti la definizione degli interventi sociosanitari, individuando le relative risorse per farvi fronte.

Parlando ora in termini procedurali, il Programma viene predisposto dal Direttore del Distretto e, dopo aver sentito il Comitato dei Sindaci del Distretto e le associazioni dei cittadini e del volontariato, viene adottato dal Direttore Generale dell'azienda.

## 5. Conclusioni

Le riforme degli anni '90 e la successiva modifica del Titolo V della Cost. hanno evidenziato il bisogno di una nuova condivisione, una nuova cooperazione, un nuovo approccio ai problemi in cui Stato e Regione, i due principali attori del sistema sanitario, uniscono le proprie potenzialità nel rispetto reciproco delle proprie competenze, per assicurare che il SSN sia in grado di affrontare nuovi problemi dando risposte adeguate ai cittadini in relazione alla necessità di un contenimento delle spese.

Ad oggi, la programmazione deve tenere in considerazione una necessaria e fisiologica impostazione intersettoriale della politica sanitaria. Non si può parlare di Sanità in un quadro che non coinvolga anche le politiche ambientali, energetiche, sociali, del lavoro e delle politiche produttive.

Inoltre, rispetto al passato, il PSN, in un quadro di federalismo fiscale, assume oggi il compito di organizzare un nuovo sistema sanitario nel quale non si registra più la sola presenza di un attore istituzionale, ovvero lo Stato, ma numerosi soggetti, inseriti in un sistema sussidiario verticale e orizzontale, con diverse responsabilità di Governo. Invero, con la riforma costituzionale dei primi anni 2000<sup>[89]</sup> si sono consolidate le competenze regionali attribuendo allo Stato la sola definizione dei livelli essenziali di assistenza e dei principi fondamentali in ambito sanitario.

Pur tuttavia, come si è avuto modo di dire, anche la definizione degli stessi LEA è fuoriuscita dalla programmazione del Piano essendo oggi stabiliti tramite decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previa intesa della Conferenza

Stato-Regioni. Sebbene questo basti al legislatore nazionale ad influenzare gran parte della legislazione sanitaria regionale, è indubbio che la pianificazione statale non possa più essere riconosciuta come elemento uniformante della sanità italiana. Inoltre, se nel panorama costituzionale degli anni '90 lo Stato era ancora detentore di un forte ruolo di coordinamento dell'attività regionale, oggi, con il mutato equilibrio istituzionale, la funzione di indirizzo deve essere considerata in ossequio al principio di leale collaborazione tra i diversi livelli di governo. Ergo, il Piano Sanitario Nazionale corrisponde per lo più ad una cornice di sintesi in cui devono essere ricondotti i diversi accordi e piani, dando così vita a tutto il sistema sanitario nazionale.

In conclusione, il Servizio sanitario italiano ora descritto rappresenta un modello moderno di organizzazione dell'assistenza sanitaria e, come dimostrano diversi risultati statistici<sup>[100]</sup>, costituisce una vera e propria eccellenza a livello mondiale. Certo, la sua complessità pone diversi problemi in termini di concreto funzionamento e non tutto viene assicurato con il medesimo livello qualitativo in tutte le Regioni, ma la struttura di fondo del servizio sanitario italiano pare essere condivisibile.

---

## Note e riferimenti bibliografici

---

[1]P. SANTINELLO, Sanità pubblica, in Dig. disc. pubbl., vol. XIII, Torino, UTET, 1997, 547.

[2]In questi termini la L. del 17 Luglio 1865, art. 1: “La tutela della sanità pubblica è affidata al ministro dell’interno e sotto la sua dipendenza ai prefetti, ai sotto-prefetti ed ai sindaci”.

[3]L’istituzione della Direzione generale della sanità pubblica avvenne con L. del 22 Dicembre 1888, n. 5849, la prima delle leggi c.d. “Crispine”.

[4]G. COSMACINI, Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri, Roma, Laterza, 2016.

[5]Regio Decreto del 23 Marzo 1933, n. 264, Unificazione degli istituti per l’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni degli operai sul lavoro.

[6]L’Inps andò a sostituire la CNAS (Cassa nazionale per le assicurazioni sociali), istituita nel 1919 per tutelare l’invalidità e la vecchiaia, specie delle fasce sociali a basso reddito.

[7]Regio Decreto del 27 Luglio 1934, n. 1265, Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie.

[8]Art. 32 c. 1 Cost.

[9]Si veda, ad es. l’art.4: “La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. (...)”; o ancora l’art.5: “La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi e i metodi della sua legislazione alle esigenze dell’autonomia e del decentramento”.

[10]Art. 114 c. 1 Cost.

[11]L’originario art. 117 Cost così recitava: “La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principî fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l’interesse nazionale e con quello di altre Regioni: ordinamento degli uffici e degli enti amministrativi dipendenti dalla Regione; circoscrizioni comunali; polizia locale urbana e rurale; fiere e mercati; beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera; istruzione artigiana e professionale e assistenza scolastica; musei e biblioteche di enti locali; urbanistica; turismo ed industria alberghiera; tranvie e linee automobilistiche di interesse regionale; viabilità, acquedotti e lavori pubblici di interesse regionale; navigazione e porti lacuali; acque minerali e termali; cave e torbiere; caccia; pesca nelle acque interne; agricoltura e foreste; artigianato; altre materie indicate da leggi costituzionali. Le leggi della Repubblica possono demandare alla Regione il potere di emanare norme per la loro attuazione”.

[12]B. PEZZINI, Il diritto alla salute: profili costituzionali, Bologna, Il Mulino, 1983.

[13]Cfr. N. BOBBIO, L’età dei diritti, Giulio Einaudi editore, 1992.

[14]D. MORANA, La salute nella costituzione italiana: profili sistematici, Giuffrè, Milano, 2002.

[15]D. MORANA, La salute come diritto costituzionale, seconda edizione, Torino, Giappichelli, 2013, 141.

[16]Così l’art. 2 Cost: “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.

[17]Secondo l’Art. 3 Cost: “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.

- [18] F. D. BUSNELLI, U. BRECCIA (a cura di), *Premessa, Il diritto alla salute*, Bologna, Il Mulino, 1979.
- [19] S. LESSONA, *La tutela della salute pubblica*, in P. CALAMANDREI, A. LEVI (a cura di), *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, Editore Barbera, Firenze, 1950, pag. 335.
- [20] Cons. Stato, Sez. V, sent. 10 Giugno 1955, n. 855.
- [21] Così Corte Cost., sent. n. 116/1967.
- [22] La nascita del Ministero della Salute lo si deve dalla scorporazione dell'Alto Commissariato dell'Igiene e della Salute Pubblica dal Ministero dell'Interno.
- [23] G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*, op. cit.
- [24] L. del 2 Febbraio 1968, n. 132, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*.
- [25] Il cammino che portò alla riforma iniziò nel 1967 quando il Ministro della Sanità Luigi Mariotti nominò una Commissione consultiva generale per un cambiamento dell'assistenza sanitaria di base, al fine di elaborare una legge-quadro in materia.
- [26] M. BRANCA, *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. e DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Giuffrè, Milano, 2001.
- [27] M. DEL VECCHIO, A. PRENESTINI e V. RAPPINI, *La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi*, rapporto OASI, Milano, 2014.
- [28] L. del 17 Agosto del 1974 n.386, *Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria*.
- [29] Cfr. A. PITINO, *Autonomie e salute*, in A. MORELLI e L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e territorio. Il valore delle autonomie nell'ordinamento repubblicano*, Giappichelli, Torino, 2015.
- [30] C. GIORGI, I. PAVAN, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita: le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in *Le Carte e la Storia*, 2018, 112.
- [31] Il D.P.R. 24 Luglio 1977, n. 616, in attuazione della delega contenuta all'art. 1 della l. n. 382 del 1975, *Norme sull'ordinamento regionale e sull'organizzazione della pubblica amministrazione*, artt. 27-34, dopo aver chiarito l'oggetto delle funzioni amministrative di assistenza sanitaria, individua le materie e i relativi livelli istituzionali di competenza, valorizzando anche il ruolo dell'autonomia politico-amministrativa dei comuni. Sul tema v. M. C. CLAUDI, *Evoluzione normativa delle aziende sanitarie: dai prodromi del SSN all'avvio della trasformazione delle pubbliche amministrazioni (1967-1990)*, in *Tendenze nuove*, 2010, 1, 88-89.
- [32] L. 23 Dicembre del 1978, n. 883, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*.
- [33] L'art. 10 della l. n. 883 del 1978 definisce l'unità sanitaria locale come "il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale".
- [34] La gestione diretta dell'USL era affidata all'Assemblea generale, organo coincidente col Consiglio comunale o con l'Assemblea generale dei comuni o della comunità montana a seconda dei casi. All'assemblea Generale era affidato il compito di eleggere il Consiglio di gestione, al cui interno era eletto il Presidente. Cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli Editore, Torino, 84.
- [35] D. lgs. n. 502 del 1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*.
- [36] Adottato in attuazione della legge delega n. 421 del 1992, *Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*. Occorre tenere in considerazione che il d. lgs. fu successivamente modificato in alcune sue parti dal d. lgs. n. 517 del 1993 in seguito alla pronuncia di illegittimità della Corte Cost., sent. n. 355 del 1993.
- [37] L. n. 833 del 1978, cit.

[38]Per un maggiore approfondimento sul tema v. M. C. CLAUDI, *Evoluzione normativa delle aziende sanitarie: dai prodromi del SSN all'avvio della trasformazione delle pubbliche amministrazioni (1967-1990)*, op. cit., 97.

[39]Le unità sanitarie non erano titolari di autonomia di bilancio e di gestione. Infatti la titolarità del patrimonio era assegnata ai Comuni ex artt. 65, 66, 67 della l. n. 833 del 1978.

[40]Si tenga in considerazione che gli anni '90 sono anche anni in cui l'emersione di fenomeni di corruzione politici portarono ad un generale e profondo ripensamento del modello fino ad allora vigente in qualsiasi ramo della Pubblica Amministrazione.

[41]M. DUGATO, G. PIPERATA, *Le sperimentazioni gestionali. Dalle ragioni gestionali agli sviluppi organizzativi*, Franco Angeli, Roma, 2007.

[42]Le aziende ospedaliere furono frutto della conversione in ente pubblico dei maggiori presidi ospedalieri, su cui non ci si soffermerà in questa analisi.

[43]A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. ROCCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Franco Angeli, Milano, 2019.

[44]L. 30 Novembre 1998, n. 419, *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

[45]D. lgs. n. 229 del 1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.*

[46]E. MENICHETTI, *L'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale: profili di organizzazione e della dirigenza*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *L'aziendalizzazione nel d. lgs. 229/99*, op. cit., 37.

[47]D. lgs. n. 502 del 1992, cit.

[48]Ovvero il Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario.

[49]D. lgs. n.502 del 1992, cit.

[50]D. lgs. n. 229 del 1999, cit.

[51]Si veda quanto disposto dall'art.1 c.13 del d. lgs. 229 del 1999.

[52]Acronimo che sta per Associazione Nazionale dei Comuni Italiani.

[53]L. Cost. 18 Ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione.*

[54]Così N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo. Diritto amministrativo speciale. Tomo I, Le funzioni di ordine, le funzioni di benessere*, Milano, Giuffrè, 2003, 644-645. In senso contrario, tra gli altri, secondo G. PASTORI, *Pubblico e privato nella sanità e nell'assistenza*, in *Sanità pubblica*, 11-12, 2002, p. 1288, afferma che sia stata "liberalizzata la competenza regionale per tutto quanto attiene alle modalità organizzative e gestionali dei servizi".

[55]R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007, 121.

[56] Cost., art. 117, comma 2, lett. m).

[57]Così l'art. 120 Cost., comma 2: "Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione".

[58]Tra i molti, v. G. PASTORI, *Pubblico e privato nella sanità e nell'assistenza*, op.cit., e S.

ANTONIAZZI, Governance territoriale e nuovi modelli di organizzazione sanitaria, in E. CATELANI (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011, p. 276

[59] Secondo la Corte Cost. con sent. n. 328/2006, richiamando la precedente Corte Cost., sent. n. 510/2002, “la Regione può esercitare le attribuzioni, di cui ritiene di essere titolare, approvando una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella statale”.

[60] Cfr. B. GAGLIARDI, *Il sindacato del giudice costituzionale sull’organizzazione sanitaria tra autonomia regionale e diritto alla salute*, in *Diritto e società*, 3, 2020, 478.

[61] Ad esempio, il d. lgs. n. 288 del 2003, di riforma degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, successivamente sottoposto a giudizio di legittimità (Corte cost., sent. n. 270/2005), in quanto ritenuto lesivo delle competenze regionali.

[62] Si veda quanto disposto dalla Corte Cost., sent. n. 371/2008.

[63] Cfr. Corte Cost., sent. n. 207 del 2010.

[64] Cfr. Corte Cost., sent. n. 338 del 2003.

[65] Secondo la sentenza n.27 del 2018 della Corte Costituzionale “nelle materie di competenza ripartita è da ritenere vincolante anche ogni previsione che, sebbene a contenuto specifico e dettagliato, è da considerare per la finalità perseguita, in rapporto di coesistenzialità e di necessaria integrazione con le norme-principio che connotano il settore”.

[66] Sul punto, cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, op. cit., 54.

[67] Cfr. Cort cost. sent. n. 282 del 2002

[68] Così, V. MOLASCHI, *Sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni: riflessioni sulla vis expansiva di una “materia”*, in *Sanità pubblica e privata*, 5, 2003, 524.

[69] *Idem*.

[70] Cfr. C. E. GALLO, *Le fonti del diritto nel nuovo ordinamento regionale. Una prima lettura*, Giappichelli, Torino, 2001, 88.

[71] A. ANZON, *I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2002.

[72] Cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, op. cit., 57.

[73] D. lgs. n. 11 Luglio 1999, n. 300, *Riforma dell’organizzazione del Governo*, a norma dell’articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59, come modificato da l. 3 agosto 2001, n. 317.

[74] Istituita ai sensi dell’art. 5, d. lgs. n. 266 del 1993 e rafforzata nelle competenze con il d. lgs. n. 115 del 1998 e successive modifiche, l’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari è dotata di personalità giuridica ed autonomia organizzativa, contabile e regolamentare.

[75] D. lgs. n. 502 del 1992, cit.

[76] D. lgs. n. 229 del 1999, cit.

[77] Il d. lgs. n. 229 del 1999, abrogando il vecchio comma 2 dell’art. 3: “L’unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all’art. 1 nel proprio ambito territoriale”, prevede che le Regioni “attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all’art. 1 avvalendosi anche delle aziende di cui all’art 4” e che assicurino, ex art. 8-bis, “i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all’art. 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, (...), nonché di soggetti accreditati”.

[78] G. CILIONE, *Alcune considerazioni sulla devolution in materia sanitaria (Relazione al Convegno "Devolution: rischio o opportunità?"*, Genova 21 febbraio 2004), in *Sanità Pubblica e Privata*, 2004, 5, 469–475.

[79] Diversamente a quanto accadeva prima delle riforme sanitarie degli anni ‘90, le Regioni, attualmente, adottano il



Piano Sanitario Regionale non più tramite legge regionale bensì con delibera del Consiglio, dietro proposta della Giunta. E' interessante sottolineare tale tendenza, poiché sembra che il legislatore regionale abbia implicitamente deciso, negli ultimi tempi, di tenere in considerazione le forze politiche di minoranza, cercando un loro maggior coinvolgimento nella programmazione regionale sanitaria. Contrariamente a quanto accade nella maggior parte delle Regioni italiane, rimangono ancora approvati con legge regionale gli attuali Piani Sanitari delle Regioni Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo e Puglia. Nelle province autonome di Trento e Bolzano e nella Regione Friuli Venezia Giulia, il Piano risulta essere adottato tramite delibera della Giunta Regionale.

[80] L'assegnazione delle potestà regolamentari tra Consiglio Regionale e Giunta è disciplinato dalle stesse Regioni. Inoltre, per quanto attiene alle nomine nel settore sanitario, la Giunta possiede specifici poteri nella sanità, tra cui è rilevante la nomina dei direttori generali delle ASL.

[81] Ad esclusione delle procedure di commissariamento regionale, disciplinate dall'art. 13 dell'Intesa Stato-Regioni del 2009 (recepita con l. 3 dicembre 2009, n. 191). Cfr. E. GRIGLIO, L'organizzazione istituzionale per la tutela della salute in ambito regionale, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), Manuale di diritto sanitario, Il Mulino, Bologna, 2013, 227-228.

[82] E. MENICETTI, L'organizzazione aziendale: le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliero-universitarie, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), Manuale di diritto sanitario, op.cit.

[83] Le attuali agenzie regionali sono presenti in n. 12 Regioni, tutte con denominazione diversa. Le agenzie regionali vengono definite come enti strumentali e sono dotate di personalità giuridica con autonomia amministrativa, organizzativa, contabile e gestionale.

[84] Ad oggi si contano n. 12 di Agenzie regionali presenti nelle diverse realtà regionali: Agenzia regionale sanitaria (Marche); ARSAN, l'Agenzia regionale di sanità (Regione Campania); Agenzia regionale della sanità (Friuli Venezia Giulia); ARESS, Agenzia regionale per i servizi sanitari (Regione Piemonte); Agenzia regionale di sanità (Toscana); Agenzia di sanità pubblica (Lazio); Agenzia regionale sanitaria pugliese (Puglia); ARES, l'Agenzia regionale socio sanitaria (Veneto); Agenzia sanitaria regionale (Abruzzo); Agenzia sanitaria regionale (Liguria); Agenzia regionale sanitaria (Umbria); Agenzia regionale della sanità (Sardegna); Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (Friuli Venezia Giulia); Agenzia di controllo del sistema socio sanitario lombardo (Lombardia); Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale (Puglia).

[85] Si veda l'art.1 c.6 della l. 13 Maggio 1978, n.180, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

[86] Art. 2, c.1, l. 4 Agosto 1978, n. 467, conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 Luglio 1978, n. 352, Norme per l'attuazione del collegamento tra le anagrafi delle aziende e per il completamento del casellario centrale dei pensionati.

[87] L. n. 883 del 1978, cit.

[88] D. lgs. n. 502 del 1992, cit.

[89] L. Cost. 18 Ottobre 2001, n. 3, cit.

[90] L'analisi strutturale e contenutistica ora realizzata si è basata sui PSN degli anni 2001-2003, 2001-2005 e 2006-2008.

[91] Sono quindi progetti adottati dal Ministro della Salute con decreto di natura regolamentare, di concerto con gli altri ministri competenti per materie e d'intesa con la conferenza unificata.

[92] Nello specifico, la fase di istruttoria e di esame delle proposte viene realizzata dagli Uffici del Ministero della Salute, in particolare dal Dipartimento per la programmazione.

[93] Si tratta quindi di pareri non vincolanti, ma il mancato adeguamento deve essere comunque motivato.

[94] L'ultimo Piano Sanitario Nazionale approvato fa riferimento al triennio 2006-2008, approvato con D.P.R. 7 Aprile 2006. Il Piano è frutto del mutato panorama istituzionale avuto con l. cost. n. 3 del 2001 e con l'approvazione del D.P.C.M. 29 Novembre del 2001 riguardante la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

[95] Quanto al suo contenuto, il Piano individua le "strategie per lo sviluppo del sistema sanitario", riorganizzando in particolare la rete delle cure primarie, e le "attività trasversali al sistema", intervenendo, ad esempio, sulla

aziendalizzazione del sistema sanitario.

[96]L. Cost. 18 Ottobre 2001, n. 3, cit.

[97]L'idea originaria del legislatore era quella di far combaciare il periodo di riferimento del PSR con quelli del PSN. Tuttavia a livello nazionale tale combinazione non si è mai verificata.

[98]Ovvero tramite la nomina dei commissari ad acta.

[99]D. lgs. n. 229 del 1999, cit.

[100]Si veda, tra i numerosi studi, quello realizzato da Bloomberg, Global Health Index 2019, visitabile al seguente link: {https/URL}

---

\* Il simbolo {https/URL} sostituisce i link visualizzabili sulla pagina:  
<https://rivista.camminodiritto.it/articolo.asp?id=9253>