

OSSERVATORIO COSTITUZIONALE

Codice ISSN: 2283-7515

Fasc. 1/2024

Data: 2 gennaio 2024

I sistemi sanitari regionali alla prova della differenziazione ‘ordinaria’*

*di **Melania D’Angelosante** – Professore Associato di Diritto Amministrativo nell’Università degli Studi G. d’Annunzio di Chieti-Pescara.*

TITLE: The regional healthcare systems to the test of the ‘ordinary’ differentiation

ABSTRACT: Il contributo propone una riflessione sul livello di differenziazione raggiunto dai sistemi sanitari regionali. Il riferimento è alla differenziazione ‘ordinaria’, fondata sulla distribuzione delle competenze secondo l’art. 117 Cost. e sulla sua attuazione. La riflessione è funzionale a valutare il quadro che emerge dopo la crisi economico-finanziaria e quella pandemica, ma anche a introdurre un approfondimento ulteriore (cui sin da ora si rinvia, in Fascicolo successivo di questa Rivista) sui possibili effetti riconducibili all’attuazione delle proposte di regionalismo differenziato (che invece si basa sullo schema derogatorio introdotto dall’art. 116 c. 3 Cost.), in materia di tutela della salute.

This study focuses on the ‘ordinary’ differentiation among the regional healthcare systems in Italy. The ‘ordinary’ differentiation taken into account is that based on the distribution of powers established by art. 117 Cost. and its implementation. The study is aimed at the evaluation of the framework emerging after the economic and pandemic crises, but also at introducing a following study (that will be published in another number of this Review) on the possible consequences of the implementation of the different-speed regionalism (based on art. 116 par. 3 Cost., establishing a derogation-scheme) in the field of healthcare.

* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le Linee guida della Rivista.

KEYWORDS: Sistemi sanitari regionali; regionalismo differenziato ordinario; salute; distribuzione di poteri; regional healthcare systems; ‘ordinary’ differentiation; healthcare; distribution of powers;

SOMMARIO: 1. Oggetto, ragioni, obiettivi e struttura dello studio. – 2. Il sistema sanitario italiano come organizzazione a base regionale. – 3. I sistemi sanitari regionali fra fuga dal tipo e uniformità: la variabile del ruolo delle Asl. – 4. *Segue.* La variabile del rapporto fra gestore, strutture autorizzate e strutture accreditate. – 5. Itinerari della differenziazione sanitaria ‘ordinaria’.

1. Oggetto, ragioni, obiettivi e struttura dello studio

Lo studio sviluppa una riflessione sulla differenziazione dei sistemi sanitari regionali nell’ordinamento italiano, al fine di valutare il quadro che emerge dopo la crisi economico-finanziaria e quella pandemica, ma anche per introdurre un ulteriore studio (cui sin da ora si rinvia, in un successivo fascicolo di questa *Rivista*) sui possibili effetti delle proposte di regionalismo differenziato in materia di tutela della salute a partire dal contesto qui definito.

Questo contributo, a differenza del successivo, è dunque dedicato alla differenziazione ‘ordinaria’, fondata sulla distribuzione delle competenze secondo l’art. 117 Cost. e sulla sua attuazione.

In tale ambito, per *differenziazione verticale* si intende il grado di ‘allontanamento’ dei sistemi regionali rispetto al quadro definito dalle leggi statali, composto anche da norme di dettaglio di vario tipo, spesso applicabili in via suppletiva. Per differenziazione *orizzontale* si intende invece il grado di ‘allontanamento’ reciproco fra i sistemi delle varie regioni.

Sono esaminati i parametri della variabile del ruolo delle Asl, nonché del rapporto fra gestore del servizio e strutture di erogazione.

Il tema della remunerazione delle prestazioni sarà invece trattato nello studio successivo, ove lo si contestualizzerà, al fine di precisare se e in che termini esso può assumere rilievo per la differenziazione dei sistemi sanitari: ma nazionali, prima che regionali. Esso non sarà tuttavia oggetto di approfondimento ulteriore, sia per ragioni di economia espositiva sia in quanto, alla luce della parabola di ‘attuazione’ del federalismo fiscale, dapprima ritardata e poi interrotta dalla crisi economico-finanziaria nonché – più recentemente – dalla pandemia e dai conflitti armati in Ucraina

e Medio-Oriente, il tema richiederebbe una trattazione separata. Se ne terrà però conto limitatamente ad alcune riflessioni che saranno svolte nello studio seguente sul regionalismo differenziato, ossia sulla differenziazione ‘derogatoria’.

Questa prima parte della indagine si compone delle seguenti sezioni: una dedicata al sistema sanitario italiano come organizzazione decentrata; un’altra dedicata alla sua differenziazione regionale in base al parametro del ruolo delle Asl; una ulteriore dedicata alla sua differenziazione regionale in base al parametro del rapporto fra gestore ed erogatori del servizio; una conclusiva dedicata ad alcune parziali riflessioni di sintesi.

2. Il sistema sanitario italiano come organizzazione a base regionale

Il sistema sanitario italiano, come noto, è caratterizzato da una organizzazione decentrata: il riparto di competenze fra lo Stato e le regioni (quale delineato dagli artt. 117 e 118 Cost. e poi dalle fonti subcostituzionali) ha consentito e consente a queste ultime di definire propri sistemi sanitari, nel limite dei principi fondamentali introdotti dalla normativa statale¹.

Il sistema, nella sua declinazione sia nazionale sia regionale, è ispirato al principio del pluralismo² (anche nella accezione etico-culturale³) potendo il servizio pubblico essere erogato tramite strutture pubbliche o private, anche nella forma di organismi *no profit*⁴.

¹ Per un riferimento generale alle caratteristiche del sistema, si v. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017; R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, 2016; G.M. NAPOLITANO, *Assistenza e servizi sociali*, in S. MANGIAMELI, A. FERRARA, F. TUZI (a cura di), *Il riparto delle competenze nell’esperienza regionale italiana tra materie e politiche pubbliche*, Milano, 2020; R. FERRARA, *L’ordinamento della sanità*, Giappichelli, 2020; C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, 663 ss.; G.U. RESCIGNO, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. pubb.*, n. 1, 2002; D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, 601 ss.; F. PALLANTE, *I diritti sociali tra federalismo e principio di uguaglianza sostanziale*, in *Dir. pubb.*, 2011, n. 2; C. BUZZACCHI, *Le regioni e le politiche per i diritti economici e sociali al tempo della pandemia*, in *Riv. AIC*, 2021, n. 1, 278 ss.

² Al principio di *unificazione* delle strutture sanitarie le riforme del 1992 (d.lgs. 502/92) e del 1999 (d.lgs. 229/99) hanno infatti sostituito quello di *differenziazione*, parallelamente riducendo gli elementi di politicità e di località della gestione (col trasferimento delle competenze dal livello comunale a quello regionale), e potenziandone la tecnocrazia, si v. E. FERRARI, *Servizio sanitario nazionale (organizzazione)*, in *Dig. disc. priv.* (sez. comm.le).

³ Si v. il Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale, 2009 (Principio IX), il quale riconduce questa accezione del pluralismo alla circostanza che le organizzazioni non lucrative concorrano, “alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà” nella erogazione dei servizi alla persona (ex art. 1 c. 18 d.lgs. 502/92).

⁴ Si v. N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di dir. amm.*, Milano, 2003, 630.

È poi ispirato al principio del policentrismo organizzativo e della regolazione condivisa, essendo attribuiti compiti di raccordo al livello di governo centrale (a es. per la programmazione sanitaria nazionale e di coordinamento attivo), regionale (a es. per la programmazione regionale) e locale (a es. in materia di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria). La regolazione condivisa e la coesione interna che caratterizzano il Ssn sono cementate dalla competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale⁵.

In questo scenario la maggior parte delle funzioni di programmazione, regolazione e organizzazione è esercitata dall'amministrazione regionale titolare del servizio. Essa si avvale in primo luogo delle Asl, enti pubblici necessari⁶ a struttura complessa⁷.

Le Asl a loro volta gestiscono/erogano: a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (cui è riconducibile tutta l'attività di prevenzione); b) l'assistenza distrettuale (che consiste nell'erogazione delle cure cd. 'di base' e include l'assistenza farmaceutica); c) l'assistenza ospedaliera.

Per l'assistenza ospedaliera le Asl, in ragione della differenziazione del modello in ambito regionale (*infra*), svolgono alternativamente: a) *funzioni di sola committenza* (acquisto) di prestazioni (se non provvedono alla produzione diretta delle cure, ma regolano l'attività di erogazione diretta prestata dalle Aziende ospedaliere (Ao)⁸ tramite gli ospedali gestiti da esse⁹); b)

⁵ La competenza legislativa di cui all'art. 117 c. 2 lett. m), doveva comunque intendersi attribuita allo Stato anche prima della riforma, pur se allora in via residuale e non espressa. L'individuazione della materia nell'attuale art. 117 c. 2 assume quindi valore in termini di riconoscimento dell'esistenza di diritti che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, nonché per contribuire a individuare, dal centro, un nucleo fondamentale di prestazioni strumentale a renderli effettivi (si v. L. TORCHIA, *Sistemi di Welfare e federalismo*, in *Quad. cost.*, 2002, 713 ss.). Assume altresì valore poiché ha scongiurato che la materia fosse ritenuta confluita nella competenza legislativa esclusiva e residuale delle regioni in base all'art. 117 c. 4, il quale riserva alla potestà legislativa regionale tutti i settori non esplicitamente indicati nei due commi precedenti.

⁶ Si v. E. MENICETTI, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario*, Milano, 2008, 23 ss.; Id., *La tutela della salute tra competenze "divise" e interessi "concordati". Riflessioni sul destino del servizio sanitario nazionale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di "devolution"*, Milano, 2004.

⁷ Articolandosi esse in *distretti*, che possono comprendere anche uno o più *presidi ospedalieri*. In ogni Asl devono essere istituiti il Dipartimento di prevenzione e quello di emergenza. In alcune regioni le attività di emergenza-urgenza sono però affidate ad altri apparati (*infra*).

⁸ Anche le Ao sono dotate di personalità giuridica; sono istituite in seguito allo scorporo dalle Asl dei presidi ospedalieri di rilievo nazionale, interregionale e di alta specializzazione: lo scorporo è possibile se l'ospedale non rappresenta l'unico presidio della Asl di riferimento. Cfr. S. NERI, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna*, Milano, 2006, 159.

funzioni di produzione diretta e di committenza di prestazioni (se erogano le prestazioni di cura tramite i presidi ospedalieri da esse gestiti e al contempo regolano l'attività di erogazione prestata dalle Ao tramite le strutture di ricovero gestite da queste ultime); *c) funzioni di sola produzione diretta* di prestazioni ospedaliere (se erogano l'assistenza ospedaliera tramite i loro presidi, in un sistema ove le Ao mediante scorporo dalle Asl non sono ancora state istituite¹⁰)¹¹.

Questa tripartizione va ulteriormente precisata: si tratta infatti di modelli funzionali che corrispondono ad altrettanti modelli strutturali.

Quello *sub a)* (Asl solo acquirente/committente) corrisponde al *modello strutturale separato*, nel quale le strutture ospedaliere fanno capo alle Ao scorporate dalle Asl.

Quello *sub b)* (Asl acquirente/committente e al contempo produttrice) corrisponde al *modello strutturale misto*, nel quale alcune strutture ospedaliere fanno capo alle Ao scorporate dalle Asl e altre fanno capo alle Asl.

Quello *sub c)* (Asl produttrice) corrisponde al *modello strutturale integrato*, ove le strutture ospedaliere pubbliche altro non sono che presidi delle Asl medesime, mentre non esistono Ao scorporate dalle Asl cui facciano capo altre strutture ospedaliere¹².

La legislazione regionale che consente di giungere a questa sistemazione viene analizzata nel prossimo paragrafo.

⁹ Cfr. M. CONTICELLI, F. GIGLIONI, *L'accreditamento degli erogatori*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, 2010, 177 ss., dalla cui lettura sembra desumersi che la principale linea di demarcazione fra i *sistemi integrati* e i *sistemi separati* (e dunque per individuare anche la categoria mediana dei sistemi *misti*) sia la collocazione all'interno delle Asl dei presidi ospedalieri, piuttosto che lo scorporo da esse delle Ao.

¹⁰ Così in Abruzzo, Molise, Valle d'Aosta, e nella Provincia autonoma di Bolzano. Nelle altre regioni ciò è avvenuto con qualche ritardo rispetto al d.lgs. 502/92, che ha modificato l'assetto organizzativo del Ssn: se, anteriormente alla riforma, esistevano 659 Usl, il censimento delle strutture svolto negli anni 2019/20 ha rilevato la presenza di 118 Asl, 52 Ao, 21 Irccs e 18 enti intermedi (fonte: Ansa, 5 luglio 2022, www.ansa.it). Cfr. S. NERI, *op. cit.*, 186.

¹¹ Sul ruolo delle Asl quali soggetti tendenti a concentrare il proprio ruolo nelle funzioni di programmazione finanziaria, di acquisto, di controllo e di vigilanza, con contestuale dismissione dei compiti di erogazione attiva delle prestazioni di cura, si v. R. BALDUZZI, *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazional-regionale*, in *Le regioni*, 2005, n. 5, 717 ss. Sul ruolo delle Asl quali soggetti ancora prevalentemente erogatori si v. invece G. CARPANI, *La sanità*, in www.astrid-online.it, 2010.

¹² Si v. S. NERI, *op. cit.*

3. I sistemi sanitari regionali fra fuga dal tipo e uniformità: la variabile del ruolo delle Asl

A questo punto si può tentare di rispondere alle seguenti domande: esistono sistemi sanitari regionali davvero differenziati rispetto al modello nazionale? O essi risultano appiattiti su tale modello? O se ne discostano travalicando i limiti del consentito? E quali sono questi limiti?

Per rispondere agli ultimi due quesiti occorre precisare che il quadro delle fonti risulta sbilanciato. Il Ssn è infatti disciplinato essenzialmente dal d.lgs. 502/92, nella versione consolidata all'esito della modifica introdotta con il d.lgs. 229/99. La regionalizzazione del Ssn è stata realizzata dalla riforma del 1992, consolidata da quella del 1999. La successiva riforma del Titolo V della Costituzione ha attribuito alla competenza legislativa ripartita Stato-regioni la materia della *tutela della salute*, mentre il previgente art. 117 Cost. affidava alla competenza concorrente Stato-regioni l'*assistenza sanitaria e ospedaliera*. Nell'esercizio della competenza legislativa concorrente in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera sono state emanate tutte le fonti statali di primo grado in ambito sanitario sino al 2001 (inclusi la l. 833/78 e i d.lgss. 502/92 e 229/99). Per essere più precisi, la *tutela della salute* concerne non solo "l'organizzazione del servizio sanitario"¹³, ma pure "le condizioni per la fruizione delle prestazioni rese all'utenza"¹⁴.

Ne consegue che le leggi regionali di dettaglio successive all'entrata in vigore della riforma avrebbero potuto o potrebbero anche travalicare i limiti della normativa-quadro statale, proprio

¹³ Si v. C. Cost., 4.11.2003, n. 329, in www.giurcost.org. Cfr. F. PALLANTE, *op. cit.*, 251, che riconduce l'organizzazione sanitaria alla competenza legislativa esclusiva e residuale delle regioni.

¹⁴ C. Cost., 5.5.2006, n. 181, in www.giurcost.org; cfr. Id., 11.6.2004, n. 166, *loc. cit.*; C. TUBERTINI, *Stato, regioni e tutela della salute*, cit. La tutela della salute concerne infatti non solo "l'organizzazione del servizio sanitario", ma anche "le condizioni per la fruizione delle prestazioni rese all'utenza", si v. C. Cost., 5 maggio 2006, n. 181, in www.giurcost.org; cfr. C. TUBERTINI, *op. ult. cit.*, 209 ss. Si v. A. D'ATENA, *La difficile transizione. In tema di attuazione della riforma del Titolo V*, in *Le Regioni*, 2002, 307; cfr. P. DE CARLI, *Sussidiarietà e governo economico*, Milano, 2002, 304 ss. Attualmente l'allocatione delle funzioni amministrative in materia di *tutela della salute*, nella prospettiva della macro-organizzazione, è realizzata essenzialmente dal d.lgs. 502/92 e dalle disposizioni ancora vigenti della l. 833/78. Mentre, nella prospettiva della 'micro-organizzazione, è realizzata dalla legislazione regionale, limitatamente ai livelli di governo e/o di amministrazione regionale e/o sub-regionale. Tuttavia la Consulta ha ritenuto che alle regioni è consentito adottare una disciplina anche sostitutiva di quella statale sull'organizzazione sanitaria in senso stretto (si v. C. Cost., 23.3.2007, n. 105, in www.giurcost.org).

perché essa risulta emanata in un contesto ove lo Stato aveva una competenza più estesa e ove pertanto le regioni erano titolari di una competenza più ristretta¹⁵.

Si ritiene che possa a es. ricondursi alla competenza legislativa regionale la disciplina interna delle Asl, del rapporto fra regione e Asl, nonché fra Asl ed enti locali¹⁶. Lo stesso legislatore statale ha precisato che rientrano nella competenza legislativa regionale i criteri per lo scorporo delle Ao dalle Asl nonché la disciplina delle sperimentazioni gestionali (art. 3 c. 1 d.l. 347/01, conv. dalla l. 405/01). È questa peraltro una attività di auto-qualificazione, inidonea a disciplinare la distribuzione della competenza legislativa fra Stato e regioni, potendo provvedervi solo una fonte sovra-ordinata rispetto a quelle oggetto del riparto.

Sono invece ritenuti espressione di principi fondamentali: il sistema delle autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie¹⁷; la disciplina degli Irccs¹⁸, della contrattazione preventiva dei tetti massimi di prestazioni sanitarie erogabili dalle strutture accreditate¹⁹; il sistema dell'accreditamento e del *gatekeeping*, della programmazione delle prestazioni erogabili dal Ssn²⁰, del diritto di scelta dell'erogatore da parte degli utenti; la fissazione di *standard* per l'autorizzazione e l'accreditamento²¹.

Beninteso, alla luce del principio di continuità dell'ordinamento²², la normativa statale trova applicazione con riferimento alla tutela di interessi ritenuti infrazionabili²³, alle iniziative espressione di istanze unitarie²⁴, alle materie trasversali di competenza legislativa esclusiva dello Stato ex art. 117 c. 2 Cost.²⁵, prima fra tutte la *determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale*²⁶. Trova inoltre applicazione in quelle regioni che non abbiano legiferato sui profili oggetto della disciplina statale di dettaglio esistente.

¹⁵ Cfr. C. Cost. 4.12.2002, n. 510, in www.giurcost.org. Si v. B. VITIELLO, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, in *Idf*, n. 6, 2006, 979 ss.; V. ANTONELLI, E. GRIGLIO, *Le politiche sanitarie nelle Regioni*, in www.astrid-online.it, 2011.

¹⁶ Si v. B. VITIELLO, *op. cit.*, 981 ss.

¹⁷ Cfr. C. Cost., 5.7.2010, n. 245, *loc. cit.*

¹⁸ Si v. C. Cost., 7.7.2005, n. 270, in www.giurcost.org. Cfr. *Id.*, 19.12.2006, n. 422, *loc. cit.*

¹⁹ Cfr. C. Cost., 18.3.2005, n. 111, in www.giurcost.org.

²⁰ Si v. C. Cost., 26.5.2005, n. 200, *loc. ult. cit.*

²¹ Cfr. C. Cost., 23.11.2007, n. 387, *loc. ult. cit.*

²² Si v. C. Cost., 4.11.2003, n. 329, *loc. ult. cit.*

²³ Si v. C. Cost., 27.1.2005, n. 36, in www.giurcost.org.

²⁴ Si v. C. Cost., 24.7.2003, n. 274, in www.giurcost.org.

²⁵ Si v., *ex multis*, C. Cost., 29.1.2005, n. 62, *loc. ult. cit.*

²⁶ Si v. C. Cost., 26.6.2002, n. 282, *loc. ult. cit.*

Quanto al primo quesito, sull'esistenza di sistemi sanitari regionali realmente differenziati da quello nazionale, la risposta è stata anticipata al paragrafo precedente, quando si è precisato che, con riferimento alle prestazioni ospedaliere, le Asl svolgono alternativamente: *a)* funzioni di sola committenza; *b)* funzioni di produzione diretta e di committenza; *c)* funzioni di produzione diretta in assenza di Ao produttrici o co-produttrici in via esclusiva da esse scorporate²⁷. E si è già in parte risposto quando si è precisato che a ciascuno di questi modelli funzionali corrispondono altrettanti modelli strutturali: quello separato, quello misto e quello integrato.

Si tratta di veri e propri sub-sistemi per i quali hanno optato alternativamente le leggi regionali, pur se preferendo uno di essi. Il d.lgs. 502/92 e le disposizioni ancora in vigore della l. 833/78 non sembrano peraltro precluderne nessuno, e neppure sceglierne alcuno. Si limitano infatti a prevedere che la regione o le Asl possano svolgere il ruolo di acquirenti; e che il ruolo di produttori possa essere svolto dalle Asl, dalle Ao, dalle Ao-universitarie, dai soggetti accreditati²⁸, dagli Irccs, dai soggetti 'sperimentali', dagli Istituti e dagli Enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, dalle Aziende termali pubbliche e private, dalle Associazioni di volontariato²⁹.

Se ne desume che le Asl possano anche svolgere insieme la funzione di acquirenti e di produttori³⁰: nel secondo caso loro acquirente sarebbe l'amministrazione regionale titolare del servizio.

Si può ora tentare di collocare i sistemi sanitari regionali in ciascuno dei tre modelli, al fine di rispondere agli altri interrogativi posti, nonché di suffragare la già anticipata risposta al primo.

Il *modello* più 'separato' e più differenziato rispetto a tutti gli altri è quello lombardo³¹, introdotto dalla l.r. 31/97³², in parte riformata dalle ll. rr. 26/01 e 2/04³³, da ultimo abrogata e

²⁷ Cfr. M. CONTICELLI, F. GIGLIONI, *op. cit.*, 177 ss., dalla cui lettura sembra desumersi che la principale linea di demarcazione fra i sistemi integrati e quelli separati (e dunque per individuare anche la categoria mediana dei sistemi misti) sia la collocazione all'interno delle Asl dei presidi ospedalieri, piuttosto che lo scorporo da esse delle Ao.

²⁸ Si v. S. NERI, *op. cit.*, 164.

²⁹ Si v. gli artt. 3 c. 1, 4 e 8 *bis* d.lgs. 502/92.

³⁰ Si v. S. NERI, *op. cit.*

³¹ Si v. E. GRIGLIO, *L'esperienza della Lombardia: il ruolo della regione*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *op. cit.*, 237 ss.; B. VITIELLO, *op. cit.*, 978 ss.

³² L'attuale versione del TU (l.r. 33/09, come modificata dalla l.r. 23/2015) precisa che "le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL" (art. 6 c. 2), e che "alle ATS sono in particolare attribuite le seguenti funzioni: [...] negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione" (art. 6 c. 3).

³³ Si tratta di interventi che hanno determinato un parziale ritorno al modello di regolazione previsto dalla normativa statale, ove è centrale il ruolo programmatico della regione, cfr. V. ANTONELLI, E. GRIGLIO, *op. cit.*

sostituita dalla l.r. 33/09, successivamente modificata dalla l.r. 23/15: l'insieme di tali disposizioni costituisce il testo unico delle leggi regionali in materia di sanità. Il sistema prevede l'attribuzione all'amministrazione regionale di significativi compiti di regolazione³⁴ e alle Agenzie di Tutela della Salute (che hanno sostituito le Asl) di compiti per l'attuazione della programmazione regionale, attraverso l'esercizio di ulteriori funzioni di coordinamento, nonché di programmazione - acquisto - controllo (Pac), che restano però separate da quelle di erogazione (art. 2 c. 1 lett. *d*); art. 5). L'art. 15 della l.r. 33/09 affida alle Ats il potere di rilasciare le autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie e di svolgere l'istruttoria dei procedimenti di accreditamento istituzionale delle strutture già autorizzate, mentre l'iter per l'accreditamento si chiude con "l'iscrizione nel registro regionale delle strutture [...] da parte della stessa Regione"³⁵. La produzione diretta delle prestazioni specialistiche, incluse quelle ospedaliere, è invece rimessa ad apparati pubblici o privati, diversi dalle Ats, ma legati a esse da rapporti contrattuali intrapresi sulla base di direttive impartite dalla regione. La finalità è quella di consentire ai produttori di operare in condizioni di maggiore parità gli uni rispetto agli altri (come precisato anche dall'art. 2 c. 1 lett. *b-bis*)), senza dover competere con soggetti a istituzione necessaria (come accade per le Asl e per i loro presidi nelle altre regioni). Ulteriore finalità è quella di rispondere "ad un'esigenza di governo unitario" per "un servizio ad elevata complessità assistenziale, che presuppone il coordinamento di diverse aree di intervento"³⁶. Le prestazioni di emergenza-urgenza in ambito extraospedaliero sono invece riservate all'Agenzia Regionale dell'Emergenza-Urgenza (istituita dalla l.r. 32/07 come ente pubblico regionale, e oggi prevista e disciplinata dalla l.r. 33/09, art. 16), che le eroga "in collaborazione con gli altri enti del sistema sociosanitario"³⁷.

Nella maggior parte delle regioni vige invece un *sistema misto*: qui alle Asl si affiancano infatti le Ao e/o le Ao-universitarie con ruoli in parte coincidenti, e ciascuna di esse esercita funzioni di

³⁴ Tanto da limitare molto il ruolo delle Ats, che non sono anche produttrici, come si vedrà, cfr. E. GRIGLIO, *op. cit.*, 247 ss.

³⁵ Tuttavia, essendo il sistema dell'accreditamento istituzionale considerato dalla Consulta un ambito riconducibile ai principi fondamentali della materia *tutela della salute*, potrebbe dubitarsi della legittimità della riserva alle Asl del potere di accreditamento, laddove il d.lgs. 502/92 lo attribuisce alle regioni. Il contrasto può peraltro essere superato ove si consideri che sono i *requisiti minimi* per essere accreditati, ma non la *disciplina* puntuale del sistema dell'accreditamento, a essere considerati principi fondamentali della materia. Lo stesso è a dirsi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie.

³⁶ Si v. V. ANTONELLI, E. GRIGLIO, *op. cit.*

³⁷ Anche la l.r. Lazio 9/04 disciplina in modo simile la produzione delle prestazioni dell'emergenza-urgenza, affidandola a una Azienda dipendente dalla regione e dotata di personalità giuridica di diritto pubblico (Ares).

produzione diretta di prestazioni ospedaliere. Le Asl svolgono o possono svolgere, inoltre, funzioni di committenza, attraverso la stipula degli accordi contrattuali³⁸, in contesti ove i compiti preliminari alla conclusione dell'accordo (autorizzazione/accreditamento) sono accentrati presso l'amministrazione regionale, oppure decentrati presso il livello comunale (come nel caso della Toscana o dell'Emilia-Romagna, ove i Comuni sono competenti al rilascio delle autorizzazioni non solo alla realizzazione, ma anche all'esercizio delle strutture sanitarie private, previo parere favorevole della regione). In altri casi le Asl intervengono invece negli stessi procedimenti di autorizzazione/accreditamento. Ai sistemi misti possono essere ricondotte le organizzazioni sanitarie delle regioni Basilicata (ll.rr. 34/95, 28/00, 39/01, 12/08, 2/17), Calabria (ll.rr. 2/96, 43/96, 29/02, 24/08), Campania (l.r. 32/94), Lazio (l.r. 93/79, l.r. 18/94), Marche (l.r. 13/03, come modificata dalla l.r. 17/11; l.r. 19/22, che ha previsto la soppressione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale, e la sua sostituzione da parte di più Aziende Sanitarie Territoriali), Piemonte (l.r. 10/95), Puglia (l.r. 36/94), Sicilia (l.r. 30/93; l.r. 5/09), Toscana (l.r. 40/05, l.r. 51/09), Umbria (l.r. 3/98) e Veneto (l.r. 56/94)³⁹.

In Friuli V. Giulia (l.r. 27/18, l.r. 22/19)⁴⁰, in Liguria (ll.rr. 41/06, 17/16, 27/16, 29/18)⁴¹ e in Sardegna (l.r. 24/20)⁴² sono state tuttavia istituite Aziende sanitarie di coordinamento delle attività

³⁸ Alcune delle più recenti leggi regionali precisano che la struttura con cui stipulare l'accordo deve essere selezionata con procedure a evidenza pubblica fra quelle accreditate (si v. a es. l'art. 21 della l.r. Emilia-Romagna 22/19). Ciò è in linea con la riforma dell'art. 8 *quinquies* del d. lgs. 502/92, ove la l. 118/22 ha inserito il c. 1 *bis*, che richiede di selezionare i soggetti interessati alla stipula di accordi contrattuali con procedure a evidenza pubblica, da svolgere "periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta".

³⁹ A diverse conclusioni sulla classificazione del sistema veneto giungono invece M. CONTICELLI, F. GIGLIONI, *op. cit.*, 178 ss., in ragione del differente peso attribuito alla collocazione all'interno delle Asl dei presidi ospedalieri, piuttosto che allo scorporo da esse delle Ao come strutture dotate di una distinta soggettività giuridica e di un ampio livello di autonomia.

⁴⁰ Qui l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (dotata di personalità giuridica di diritto pubblico) svolge, per la Direzione regionale centrale competente in materia di salute, attività di carattere tecnico-specialistico (gestione del rischio clinico, valutazione dell'impatto e della qualità del servizio, coordinamento e controllo), nonché attività di supporto per gli acquisti centralizzati di beni e servizi in ambito sanitario, e di supporto eventuale (previa delibera della Giunta regionale) a favore degli apparati del Ssr, anche avvalendosi delle loro strutture.

⁴¹ Qui l'istituzione, con la legge 17/16, dell'Azienda Ligure Sanitaria - dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di competenze relative al monitoraggio, all'aggregazione degli erogatori, all'ottimizzazione del sistema di erogazione dei servizi, al supporto della programmazione regionale (oltre che delle Aziende Sociosanitarie Liguri e delle Ao), alle risorse umane e tecnologiche, all'adeguamento delle strutture, alla selezione dei contraenti per la stipula degli accordi contrattuali, alla definizione del budget annuale di ciascuna Asl - ha comportato il trasferimento all'azienda unica regionale delle corrispondenti funzioni prima assegnate alle Asl.

⁴² Qui l'istituzione, con la legge 24/20, dell'Azienda Regionale della Salute - dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di competenze relative a es. alla centralizzazione degli acquisti e delle procedure di selezione del

delle altre Aziende sanitarie, e di supporto all'attività della regione, con la conseguenza che alle Aziende 'di primo livello' risultano sottratti i compiti attribuiti a quelle di coordinamento.

Anche in Emilia Romagna (ll.rr. 19/94, 29/04, 22/19) il sistema presenta qualche variazione rispetto al modello misto. Qui, come nei sistemi misti, le Asl svolgono funzioni sia programmatiche e di committenza sia di produzione diretta, mantenendo una posizione centrale tanto nel ruolo di soggetti erogatori quanto in quello di soggetti coordinatori e programmatori⁴³. Tuttavia il modello si caratterizza anche per una particolare integrazione fra gli erogatori 'istituzionali' (le Asl) e altri erogatori 'forti' (le Ao, gli Irccs e le Ao-universitarie): questi, al pari degli erogatori istituzionali, possono infatti stipulare accordi contrattuali con i soggetti pubblici o privati accreditati per consentire l'erogazione, da parte di tali apparati, di prestazioni di cura con oneri a carico delle risorse pubbliche (art. 2 c. 1 l.r. 29/04). Esempi di integrazione fra erogatori 'istituzionali' ed erogatori 'forti' si rinvengono anche in altre regioni: a es. in Basilicata, ove i servizi sanitari dell'emergenza/urgenza sono esercitati in forma associata da Asl e Ao, accomunate nella definizione sotto il nome di Aziende sanitarie regionali (l.r. 21/99); o ancora in Friuli V. Giulia, ove partecipano alla pianificazione sanitaria regionale gli enti del Ssr, gli enti locali, le Università, la Consulta regionale delle associazioni di persone disabili e delle loro famiglie, le organizzazioni maggiormente rappresentative nel settore sanitario e sociale, gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini, gli enti del Terzo settore (art. 42 l.r. 22/19).

In Valle d'Aosta (l.r. 5/00) e nella provincia autonoma di Bolzano (ll.pp. 7/01, 3/17), invece, il sistema si presenta più vicino al *modello integrato*: le prestazioni sanitarie sono infatti erogate dalle Aziende sanitarie esistenti, tramite i rispettivi presidi e strutture, mentre non è previsto lo scorporo delle Ao dalle Asl. Le prestazioni sanitarie gravanti sul sistema pubblico possono però essere erogate anche da altri operatori pubblici o privati accreditati, previa stipula di accordi o contratti.

personale, all'accreditamento ECM, alla gestione della committenza per l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie, alla definizione degli accordi con le strutture pubbliche e alla stipula degli accordi con le strutture private - ha determinato il trasferimento delle corrispondenti funzioni prima assegnate alle Asl. Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie spetta ai Comuni - che possono avvalersi delle Asl - per le attività a bassa complessità, e alla regione negli altri casi. Alla regione spetta inoltre il rilascio dei provvedimenti di accreditamento istituzionale.

⁴³ Si v. B. VITIELLO, *op. cit.* Per un ulteriore approfondimento sulle esperienze regionali per il coordinamento delle politiche sanitarie con quelle sociali si v. R. GRILLI, R. TOMBA, *L'esperienza dell'Emilia-Romagna: il ruolo degli enti locali e dei professionisti*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *op. cit.*, 257 ss.; E. MENICETTI, *op. cit.*, 35 ss.

Particolari sono infine il caso dell'Abruzzo e del Molise. In Abruzzo la l.r. 146/96 ha semplicemente previsto, quale eventualità, la istituzione delle Ao, e si riferisce indistintamente alle Aziende sanitarie per indicare sia le Asl sia le Ao. Lo scorporo delle Ao dalle Asl non è stato però realizzato.

In Molise la l.r. 9/05, che ha disposto il riordino del Ssr e l'istituzione dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise Assetto Territoriale in sostituzione delle precedenti Asl, rimette alla Giunta regionale la possibilità di costituire "una Azienda ospedaliero-universitaria con autonomia giuridica", la quale non risulta tuttavia ancora istituita. La l.r. 18/08 concentra invece in capo all'amministrazione regionale i compiti di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e di accreditamento, affidando ai Comuni quelli di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie.

4. *Segue.* La variabile del rapporto fra gestore, strutture autorizzate e strutture accreditate

Si può ora analizzare il rapporto fra uniformità e differenziazione dei Ssr con riferimento alla variabile del rapporto fra gestore, strutture autorizzate e strutture accreditate.

Secondo le leggi-cornice statali, l'autorizzazione è strumentale alla realizzazione, all'adattamento, al trasferimento, al cambio di destinazione d'uso e/o all'esercizio di strutture e/o di attività sanitarie e/o socio-sanitarie (art. 8 *ter* d.lgs. 502/92). All'interno del procedimento autorizzatorio per lo svolgimento dell'attività può inserirsi quello volto al rilascio del titolo edilizio per la realizzazione o la modifica della struttura sanitaria. L'amministrazione comunale competente al rilascio del titolo edificatorio deve però preliminarmente acquisire "la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione". Tale verifica è realizzata "in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture" (art. 8 *ter* d.lgs. 502/92).

Il procedimento, pur se autorizzatorio⁴⁴, richiede anche valutazioni discrezionali e/o tecnico-discrezionali dell'amministrazione regionale. La verifica della "compatibilità del progetto in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale (...) implica", infatti, "una valutazione discrezionale del rapporto tra il progetto", "la domanda" e l'"offerta di servizi sanitari (e (...) determina un ostacolo all'ingresso nel mercato)"⁴⁵. Lo stesso si può ritenere per la successiva fase della autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, la quale deve considerare gli atti di indirizzo e coordinamento emanati a livello regionale.

Per erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del sistema pubblico le strutture pubbliche o private già autorizzate devono però anche ottenere l'accreditamento istituzionale, e quindi stipulare con la regione e/o con la Asl di riferimento (in base ai casi⁴⁶) accordi o contratti aventi a oggetto le caratteristiche qualitative, i limiti quantitativi e le modalità di remunerazione delle cure dispensate in regime di accreditamento⁴⁷. Le regioni possono inoltre "individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati" (art. 8 *quinquies* c. 2 lett. b) d.lgs. 502/92).

Per una serie di altri apparati variamente inclusi (in via necessaria o facoltativa) o inseribili nel sistema pubblico (le Asl, le Ao, le Ao-universitarie, gli Irccs, le strutture sperimentali, gli istituti, gli enti e gli ospedali di cui agli artt. 41⁴⁸ e 43 c. 2⁴⁹ della l. 833/78, le Aziende termali di cui all'art. 36 della l. 833/78, le Associazioni di volontariato di cui all'art. 45 della l. 833/78)⁵⁰, l'esame congiunto del d.lgs. 502/92 e delle disposizioni ancora vigenti della l. 833/78 dovrebbe indurre infatti a

⁴⁴ Il rilascio dell'autorizzazione presuppone infatti l'accertamento del possesso di requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi, da definirsi preventivamente, con atto di indirizzo e coordinamento dell'amministrazione regionale, sulla base dei principi e dei criteri direttivi previsti dall'art. 8 c. 4. Il procedimento ha natura complessa, articolandosi nella fase dell'autorizzazione alla realizzazione della struttura e in quella dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività.

⁴⁵ Si v. N. AICARDI, *op. cit.*, 671 ss. Cfr. P. DE CARLI, *op. cit.*, 300.

⁴⁶ L'art. 8 *quinquies* del d.lgs. 502/92 distribuisce la competenza fra amministrazione regionale e Asl, ma i Ssr hanno optato per soluzioni anche differenti (*infra*).

⁴⁷ Si v. Tar Calabria, Reggio Calabria, I, 9.2.2006, n. 229, in www.giustizia-amministrativa.it; Cons. Stato, V, 30.10.2003, n. 6764, *loc. cit.*

⁴⁸ Gli Enti ecclesiastici civilmente riconosciuti.

⁴⁹ Gli Enti ecclesiastici non riconosciuti e le Istituzioni private con ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle Asl.

⁵⁰ Cfr. S. NERI, *op. cit.*, 165; M. LOTTINI, *Il concorso dei privati al servizio sanitario nazionale: alternativi al pubblico o succedanei al pubblico?*, in *Foro amm. Tar*, 2008, 2555.

ritenere che gli stessi effetti delle relazioni scaturenti dalla fattispecie *accreditamento istituzionale* + *accordo e/o contratto* si possano conseguire attraverso strumenti affini: si pensi alla istituzione per legge delle Asl come enti necessari (con quanto ne consegue in termini di vigilanza e controlli obbligatori e permanenti), oppure alla istituzione per legge (ove vi si è provveduto) e alla sussistenza di particolari rapporti di convenzionamento (accordi, intese) per gli altri apparati pubblici (Ao, Ao-universitarie, Irccs di diritto pubblico, etc.), o ancora alla previsione di particolari rapporti di convenzionamento (contratti, intese) per alcuni apparati privati (come gli Irccs e le strutture sperimentali, nonché le strutture di cui all'art. 43 c. 2 della l. 833/78).

La differente posizione e il differente trattamento di tali strutture rispetto alle strutture pubbliche o private accreditate si coglie anche dall'esame di alcuni elementi. A es. dalla circostanza che, "ai fini dell'operatività del meccanismo dei cd. tetti di spesa, da un lato stanno le strutture pubbliche e quelle ad esse equiparate (ospedali classificati, Irccs, etc.), dall'altro quelle private accreditate". "Solo per le seconde, invero, ha senso parlare di imposizione di un limite alle prestazioni erogabili; mentre per le strutture che risultano consustanziali al sistema sanitario nazionale (ospedali pubblici, ospedali classificati, i.r.c.c.s., etc.) non è neppure teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite eteronomamente fissato"⁵¹. Tuttavia in alcuni casi la legislazione regionale contempla gli Irccs (senza precisare se di diritto pubblico o privato) o gli organismi di alta specializzazione fra le strutture che, per erogare prestazioni a carico del sistema pubblico, devono essere autorizzate e accreditate⁵². In altri casi ancora "i rapporti fra Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata" (e professionisti convenzionati) vengono espressamente "fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni"⁵³.

Lo stesso d.lgs. 502/92 non aiuta. Vi si afferma infatti, quasi a voler rimarcare la differenza fra le strutture accreditate e le altre strutture del Ssn (prevalentemente necessarie e/o comunque 'forti'), che: a) i rapporti attuativi delle intese sulla formazione del personale sanitario sono regolati da ulteriori intese fra le Università, le Ao, le Asl, le strutture pubbliche e private accreditate e gli Irccs (art. 6 c. 3); b) "le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza (...) avvalendosi dei

⁵¹ Cons. Stato, V, 22.1.2008, n. 1858, in www.giustizia-amministrativa.it. Cfr. Cons. Stato, V, 19.11.2009, n. 7236, *loc. cit.*; sui tetti di spesa si v. Cons. Stato, ad. plen., 2.5.2006, n. 8, *loc. cit.*

⁵² Art. 3 l.r. Molise 18/08.

⁵³ L.r. Veneto 56/94.

presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati” (art. 8 *bis* c. 1); c) sono tenuti all’obbligo di appropriatezza “i medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate” (art. 15 *decies* c. 1).

Ma vi si afferma altresì, quasi invece a voler intendere la necessità di accreditamento per tutte le strutture eroganti prestazioni a carico del Ssn, a prescindere dalla natura giuridica, che: a) “i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura (...) nell’ambito dei soggetti accreditati” (art. 8 *bis* c. 2); b) “l’accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private” (art. 8 *quater* c. 1); c) “la regione provvede al rilascio dell’accreditamento (...) a tutte le strutture pubbliche ed equiparate” (art. 8 *quater* c. 1).

Il punto centrale è che pure i soggetti pubblici a istituzione necessaria devono evidentemente garantire l’erogazione di prestazioni del tutto corrispondenti, in senso quali-quantitativo, agli obblighi e ai vincoli di servizio pubblico imposti in sede di programmazione o di concertazione. L’elemento di differenziazione degli erogatori ‘forti’ (siano essi le sole Asl e/o le Ao e/o gli Irccs di diritto pubblico) rispetto agli altri erogatori si sposterà dunque sulle conseguenze della violazione di tali obblighi, potendosi ritenere che per le Asl o gli eventuali altri soggetti pubblici istituiti come attori indefettibili del sistema non possa immaginarsi l’applicazione di ‘sanzioni’ quali la revoca dell’accreditamento o la mancata remunerazione di prestazioni erogate *extra budget* (ammesso che per essi le si possa individuare): si tratterà semmai di concordare e/o richiedere l’adozione di Piani per l’adeguamento, anche attraverso l’esercizio di poteri sostitutivi, se necessario.

Pure il rilascio dell’accreditamento istituzionale comporta valutazioni di natura tecnico-discrezionale e discrezionale, anche più accentuate rispetto a quelle correlate all’autorizzazione: per la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno dell’utenza e alla programmazione regionale⁵⁴. In particolare il rilascio dell’accreditamento è subordinato alla sussistenza di almeno due condizioni: 1) la rispondenza del richiedente a requisiti di qualificazione ulteriori rispetto a quelli richiesti per l’autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e

⁵⁴ Si v. N. RANGONE, *Le programmazioni economiche*, Bologna, 2007, 112 ss.; Tar Campania, Napoli, I, 18 novembre 2002, n. 7205, in www.giustiza-amministrativa.it. In senso contrario alla natura ampiamente discrezionale del potere di accreditamento si v. E. BARONI, *Commento* al d.P.C.M. 30 marzo 2001, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2003, 543 ss., e ivi i riferimenti.

sociosanitarie e all'esercizio di attività sanitarie; 2) la funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale⁵⁵.

Esso "concreta, allo stesso tempo, sia un atto di accertamento tecnico-discrezionale, per la parte in cui viene verificato il possesso, dei requisiti ulteriori di qualificazione, sia una valutazione connotata da elementi di discrezionalità amministrativa, per la parte in cui viene ponderata la funzionalità della struttura rispetto alle scelte della programmazione sanitaria regionale, nell'ambito delle linee della programmazione nazionale"⁵⁶. Ciò è confermato dalla circostanza che il provvedimento possa essere revocato, a es. in caso di superamento del limite massimo di prestazioni erogabili, come determinato dalla programmazione sanitaria⁵⁷ (e dagli accordi contrattuali), per la parte eccedente.

L'attività svolta e i risultati raggiunti dalle strutture accreditate sono infatti soggetti a verifica, anche in relazione alle obbligazioni assunte con l'accordo contrattuale che ne è conseguito. E l'esito della verifica condiziona la stabilità dell'accreditamento.

L'autorizzazione e l'accreditamento, pur consentendo che erogatori di prestazioni di cura diversi da quelli istituzionali accedano al mercato dei servizi sanitari, in concreto limitano dunque la concorrenza, in primo luogo sotto il profilo dell'accesso, in ragione della natura discrezionale o tecnico-discrezionale del potere amministrativo che vi si correla. Lo stesso è a dirsi per la permanenza nel mercato degli operatori accreditati, che può essere esclusa dall'esercizio di poteri amministrativi parimenti discrezionali⁵⁸.

Si può ora passare a verificare se al modello appena definito si siano integralmente o anche solo parzialmente conformati i sistemi sanitari regionali. E se gli eventuali scostamenti suggeriscono

⁵⁵ Si v. Tar Campania, Salerno, I, 22.4.2003, n. 311, in www.giustizia-amministrativa.it; cfr. Tar Campania, Napoli, I, 13.12.2006, n. 10509, *loc. cit.*; Cons. Stato, V, 6.3.2006, n. 1054, *loc. cit.*; C. Cass., sez. un. civ., 14.1.2005, n. 603, in *Foro amm. Cds*, 2005, n. 2, 2468.

⁵⁶ Tar Calabria, Reggio Calabria, I, 9.2.2006, n. 229, in www.giustizia-amministrativa.it; cfr. Id., 22.4.2005, n. 303, *loc. cit.*

⁵⁷ Sul contrasto fra questa prescrizione e gli artt. 32 e 41 Cost., in punto di violazione del diritto alla salute, del principio del pluralismo e del principio di concorrenza, si v. A. ALBANESE, *Diritto all'assistenza e servizi sociali*, Milano, 2007, 218 ss., e ivi i riferimenti.

⁵⁸ Si v. Cons. Stato, V, 19.11.2009, n. 7236, in www.giustizia-amministrativa.it; Id., ad. plen., 3.3.2008, n. 1, *loc. cit.*; parere Agcm - audizione Senato n. 175 del 20.5.1999; cfr. M. LOTTINI, *op. cit.*, 2556 ss. L'orientamento ricavabile da tali fonti, che sostiene la necessità di rafforzare la concorrenza per il mercato degli erogatori di prestazioni sanitarie (con o senza oneri a carico del sistema pubblico), è stato codificato e recepito dalla riforma dell'art. 8 *quinquies* del d. lgs. 502/92, ove la legge 118/22 ha inserito il comma 1 *bis*, il quale a sua volta richiede di selezionare i soggetti interessati alla stipula di accordi contrattuali con procedure a evidenza pubblica, da svolgere "periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta".

riflessioni ulteriori o comunque diverse rispetto a quelle sin qui accennate, nonché se essi consentano di chiarire aspetti ancora controversi. E infine se essi siano coerenti con il riparto di competenze fra Stato e regioni in materia di *tutela della salute*, per come declinato anche dalla giurisprudenza costituzionale.

Il caso della Lombardia è assolutamente peculiare, essendo ivi le Ats titolari delle sole funzioni di committenza (non anche di erogazione) delle prestazioni specialistiche, e delle correlate funzioni di programmazione e controllo, mentre alla regione sono riservati significativi poteri di regolazione. Inoltre, a voler ritenere che il sistema dell'accREDITAMENTO rifletta un principio fondamentale della materia *tutela della salute*, a prescindere dalla distinzione fra esso e la sua disciplina (diversamente dagli orientamenti della Consulta, *supra*), se ne dovrebbe desumere che i sistemi sanitari regionali non possano discostarsi in alcun modo dalla normativa statale in punto di autorizzazione e di accREDITAMENTO: ma questa conclusione finirebbe per stridere con la maggiore autonomia riconosciuta alle regioni in punto di definizione del ruolo delle Asl.

A ogni modo, non sembrano sussistere sensibili scollamenti dal modello nazionale, se si guarda al panorama della legislazione regionale.

Così è a dirsi, a es., per: a) la Valle d'Aosta (l.r. 5/00) e la provincia autonoma di Bolzano (ll.pp. 7/01, 3/17), ove competente ad ambedue le autorizzazioni, nonché all'accREDITAMENTO, è sempre l'amministrazione regionale e/o provinciale; b) la Calabria (l.r. 24/08), la Basilicata (l.r. 28/00), il Molise (l.r. 18/08), la Puglia (l.r. 9/17) e il Lazio (l.r. 4/03), ove il solo potere di autorizzazione alla realizzazione e/o alla modifica della struttura è rimesso all'amministrazione comunale (in genere previa verifica di compatibilità da parte di quella regionale), mentre il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO sono rimessi all'amministrazione regionale⁵⁹; c) il Veneto (l.r. 22/02), ove le competenze in materia di autorizzazione sono suddivise fra regione e Comune in modo parzialmente diverso dalle regioni di cui alla lett. b)⁶⁰, mentre quelle in materia di accREDITAMENTO spettano alla regione.

⁵⁹ In Puglia l'istanza per l'autorizzazione all'esercizio può essere presentata alternativamente all'amministrazione comunale oppure a quella regionale e, conseguentemente, il procedimento sarà istruito e concluso dall'una o dall'altra.

⁶⁰ In particolare l'Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto - Azienda Zero, istituita dalla l.r. 19/16 -, rilascia le autorizzazioni all'esercizio dell'attività, mentre le autorizzazioni alla realizzazione delle strutture sono rilasciate dalla regione o dal Comune in base al tipo di struttura. L'accREDITAMENTO è invece rilasciato dalla regione, previa istruttoria svolta da Azienda Zero.

Speculare è in parte il sistema delineato dalla l.r. dell'Emilia Romagna 22/19, ove si prevede che l'accREDITAMENTO e l'autorizzazione alla realizzazione della struttura siano rilasciati dall'amministrazione regionale, mentre l'autorizzazione all'esercizio dell'attività è di competenza dell'amministrazione comunale, e viene rilasciata all'esito di procedimento cui partecipano attivamente anche organi tecnici regionali. Il provvedimento autorizzatorio è però necessario per le sole strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo o diurno e per le strutture che erogano prestazioni diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente o per gli operatori, nonché per le strutture con caratteristiche organizzative di particolare complessità. Per le altre è sufficiente una comunicazione di esercizio. Le attività di controllo e vigilanza coinvolgono l'amministrazione regionale, la Asl competente per territorio e il Comune (che resta però il solo titolare del potere di dichiarare la decadenza dal titolo e di disporre conseguentemente la sospensione dell'attività).

In Liguria (l.r. 9/17) le competenze sono invece ripartite fra l'amministrazione comunale (che rilascia l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture e quella per il loro esercizio – rispettivamente – previo parere e previa istruttoria tecnica dell'Azienda ligure sanitaria), quella regionale (che rilascia l'accREDITAMENTO istituzionale previa istruttoria tecnica dell'Organismo accreditante istituito presso l'Azienda ligure sanitaria) e l'Azienda ligure sanitaria (che stipula i contratti e gli accordi con le strutture accreditate).

Il rilascio dell'accREDITAMENTO è subordinato alla rispondenza della struttura al fabbisogno di salute⁶¹ e, quindi, anche all'insufficienza dell'offerta pubblica prestata dagli erogatori 'indefettibili' del sistema (così a es. in Lazio, Molise e Basilicata⁶²).

L'ancoraggio al fabbisogno e il carattere necessario delle Asl determinano peraltro un rapporto di sussidiarietà fra pubblico e privato capovolto rispetto a quello indicato dall'art. 118 Cost.⁶³. Non così, evidentemente, in sistemi a forte separazione come quello lombardo, ove alle Asl sono sottratti i compiti di produzione diretta.

⁶¹ Nelle declinazioni regionali al fabbisogno di salute si correlano peraltro, in via cumulativa e/o alternativa, anche le autorizzazioni e/o il contenuto degli accordi contrattuali, si v. E. MENICETTI, *op. cit.*

⁶² Ll.rr. Lazio 4/03; Molise 18/08; Basilicata 28/00.

⁶³ Cfr. Tar Puglia, Bari, I, 4.9.2008, n. 2051, in www.giustizia-amministrativa.it; E. JORIO, F. JORIO, *Riforma del welfare, devoluzione e federalismo della salute*, in *Sanità pubb.*, 2002, n. 5, 642 ss.; G.U. RESCIGNO, *op. cit.*

Alla sopravvenuta incongruità rispetto al fabbisogno e allo sfioramento dei tetti di spesa si può correlare il potere di revoca dell'accreditamento, ritenuto ad esempio esercitabile per le prestazioni erogate *extra budget*⁶⁴.

Quelli appena menzionati sono tuttavia requisiti 'esterni', dipendendo essi da fattori estranei agli accreditandi.

I requisiti soggettivi 'propri', che si richiedono per conseguire il titolo, riguardano invece essenzialmente caratteristiche organizzative, tecniche e qualitative. Anche a questi profili si correla il potere di revoca e/o di sospensione totale o parziale dell'accreditamento, esercitabile ove il controllo sui risultati conseguiti e sulla qualità dell'attività svolta abbia avuto esito negativo (così a es. nelle regioni Marche, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Molise e Puglia⁶⁵)⁶⁶; o, ancora, vi si correla il potere di sospensione dell'efficacia dell'accordo contrattuale (così in Basilicata⁶⁷).

Ma, come si è visto, per le strutture indefettibili del sistema pubblico, non pare neppure ipotizzabile che ne possano uscire al verificarsi di determinate condizioni, potendo al limite essere attivate procedure di adeguamento più o meno concertate oppure imposte.

Del tutto eccezionali e straordinarie sono invece le ipotesi di delegabilità alle Asl dell'esercizio del potere di accreditamento⁶⁸.

Singolare è il modello Toscano, che si caratterizza per aver distinto la disciplina autorizzatoria e di revoca dell'accreditamento applicabile ai soggetti privati da quella applicabile ai soggetti pubblici.

In particolare, secondo la l.r. 51/09, spetta all'amministrazione comunale, in stretto coordinamento rispetto a quella regionale e alla Asl di riferimento, il potere di autorizzare non solo la realizzazione di strutture sanitarie, ma anche l'esercizio di attività sanitarie private (fra le quali

⁶⁴ In via generale la giurisprudenza ha precisato che le Asl e le strutture sanitarie accreditate possono concordare solo il valore massimo delle prestazioni erogabili e il corrispettivo dovuto, mentre spettano agli atti regionali di programmazione la determinazione del budget annuale complessivo per la spesa sanitaria e la sua ripartizione fra le strutture sanitarie, si v., *ex multis*, Cons. Stato, VI, 19.11.2009, n. 7236, in www.giustizia-amministrativa.it.

⁶⁵ Ll.rr. Marche 21/16; Veneto 22/02; Emilia Romagna 22/19; Lazio 4/03; Molise 18/08; Puglia 9/17.

⁶⁶ Si v. L. ARCANGELI, *Approcci alla regolazione e tendenze emergenti nei servizi sanitari regionali*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *op. cit.*, 153 ss.

⁶⁷ L.r. Basilicata 28/00.

⁶⁸ In Campania la delega alle Asl è stata a es. disposta in via generalizzata dalla l.r. 16/08 nell'ambito degli interventi straordinari per la razionalizzazione e la riqualificazione del sistema nonché per il rientro dal disavanzo; la l.r. Calabria 24/08 esclude invece espressamente la facoltà di delega.

quelle aventi a oggetto prestazioni di cura meno rischiose per l'utente possono essere avviate anche tramite Scia/Dia⁶⁹)⁷⁰.

Il mantenimento della titolarità dell'autorizzazione è subordinato ad alcuni adempimenti (a es. l'invio periodico di dichiarazione sostitutiva attestante la permanenza di determinate condizioni⁷¹). L'autorizzazione è revocabile⁷², può essere sospesa⁷³, può decadere⁷⁴. Sono inoltre previste sanzioni pecuniarie per la violazione della disciplina che vi si correla⁷⁵.

Quanto ai soggetti pubblici, ferma restando la necessità di ottenere il titolo edificatorio da parte dell'amministrazione comunale per la realizzazione e/o la modifica della struttura, l'esercizio

⁶⁹ Anche in Abruzzo l'amministrazione comunale, pur se in stretta collaborazione rispetto all'amministrazione regionale e alla Asl di riferimento, è competente al rilascio sia dell'autorizzazione alla realizzazione sia dell'autorizzazione all'esercizio, mentre le attività sanitarie meno complesse sono soggette alla semplice comunicazione di avvio, da inoltrarsi alla Asl. L'autorizzazione all'esercizio è soggetta a verifica triennale, e può essere revocata al ricorrere di determinate condizioni (l.r. 32/07). In Basilicata le attività sanitarie meno complesse risultano invece liberalizzate (l.r. 28/00), come in Calabria (l.r. 24/08), nelle Marche (l.r. 21/16), in Puglia (l.r. 9/17) e in Molise (l.r. 18/08), prevedendosi al limite la mera comunicazione di esercizio. La l.r. Sardegna n. 24/20 prevede invece che l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie più complesse sia rilasciata dall'amministrazione regionale, e che quella per l'esercizio delle attività sanitarie meno complesse sia rilasciata dall'amministrazione comunale. In nessuno dei citati casi il procedimento autorizzatorio e/o di costituzione del titolo risulta differenziato in ragione della natura, pubblica o privata, del richiedente.

⁷⁰ Simili sono il modello marchigiano (l.r. 21/16) e il modello ligure (l.r. 9/17), ove i poteri autorizzatori sono concentrati in capo all'amministrazione comunale. In nessuno di questi casi il procedimento autorizzatorio e/o di conservazione del titolo risulta differenziato in ragione della natura, pubblica o privata, del richiedente. Invece in Molise le strutture private accreditate possono stipulare accordi contrattuali solo se in possesso di particolari requisiti morali, e stipulare accordi contrattuali di importo annuo superiore a 200.000 euro solo se in possesso anche di particolari requisiti tecnici (l.r. 18/08).

⁷¹ Così anche in Abruzzo (l.r. 32/07), nelle Marche (l.r. 21/16), in Molise (l.r. 18/08), in Puglia (l.r. 9/17) e in Lazio (l.r. 4/03). In Liguria, invece, è l'Azienda sanitaria regionale (A.Li.Sa) a dover realizzare i relativi controlli con cadenza almeno biennale (l.r. 9/17). In nessun caso il procedimento autorizzatorio e/o di conservazione del titolo risulta differenziato in ragione della natura, pubblica o privata, del richiedente.

⁷² Così anche in Abruzzo (l.r. 32/07), in Lazio (l.r. 4/03), in Liguria (l.r. 9/17), in Molise (l.r. 18/08), in Puglia (l.r. 9/17), nelle Marche (l.r. 21/16), in Veneto (l.r. 22/02) e in Friuli V. Giulia (l.r. 22/19). In Friuli il procedimento autorizzatorio per l'esercizio dell'attività risulta in parte differenziato in ragione della natura, pubblica o privata, del richiedente (essendo rimesso alla regione per le strutture pubbliche e all'ente del Ssr territorialmente competente per quelle private). Anche nel sistema veneto si assiste a una parziale differenziazione del regime autorizzatorio per la realizzazione delle strutture di ricovero o di assistenza residenziale, se esse sono pubbliche della regione o di enti regionali (essendo il potere di rilascio del titolo attribuito alla regione piuttosto che al Comune).

⁷³ Così anche in Basilicata (l.r. 28/00), in Lazio (l.r. 4/03), in Molise (l.r. 18/08), in Puglia (l.r. 9/17), in Friuli V. Giulia (l.r. 22/19), e nelle Marche (l.r. 21/16).

⁷⁴ La decadenza dall'autorizzazione è prevista anche in Abruzzo (l.r. 32/07), Basilicata (l.r. 28/00), Molise (l.r. 18/08), Puglia (l.r. 9/17) e Calabria (l.r. 24/08) al verificarsi di particolari condizioni. In nessuna di esse il procedimento autorizzatorio e/o di rinnovo del titolo risulta differenziato in ragione della natura, pubblica o privata, del richiedente. La decadenza è prevista altresì in Lazio (l.r. 4/03), ove tuttavia il procedimento per conseguire l'autorizzazione all'esercizio risulta parzialmente differenziato se riguarda strutture gestite dalle Asl e/o dalle Ao (essendo le attività istruttorie rimesse al dipartimento di prevenzione di circoscrizione diversa).

⁷⁵ Simili sono sul punto i modelli lucano (l.r. 28/00), calabrese (l.r. 24/08), ligure (l.r. 9/17), pugliese (l.r. 9/17), marchigiano (l.r. 21/16), del Lazio (l.r. 4/03) e friulano (l.r. 22/19). In nessuno di essi si distingue fra titolari privati e pubblici.

dell'attività è subordinato alla comunicazione alla regione del possesso dei requisiti richiesti, da inoltrarsi a cura del direttore generale, che nell'istruttoria viene coadiuvato dagli organismi di supporto della struttura medesima o eventualmente da altra Asl. Periodicamente è necessario rinnovare l'autovalutazione e la conseguente attestazione della permanenza dei requisiti. Le autovalutazioni e le attestazioni vengono verificate dall'amministrazione regionale. La riscontrata assenza di uno o più requisiti non comporta l'interruzione dell'attività, ma solo l'avvio di un adeguamento sotto il monitoraggio regionale.

Un modello simile – quanto alle conseguenze della riscontrata assenza di uno o più requisiti – esiste in Lazio per le strutture direttamente gestite dalle Asl⁷⁶.

L'accreditamento è previsto per le strutture sia pubbliche sia private che intendano erogare prestazioni con oneri a carico del sistema pubblico. Il titolo è rilasciato dall'amministrazione regionale e ha durata quinquennale: alla scadenza il titolare, se intende continuare a operare con lo stesso regime, deve provvedere a rinnovare la domanda⁷⁷. Sino al rilascio del nuovo provvedimento potrà comunque continuare a operare in regime di *prorogatio*.

L'accreditamento è però revocabile solo per le strutture private, mentre per quelle pubbliche è previsto l'esercizio di poteri sostitutivi⁷⁸.

Le strutture pubbliche o private già in possesso dell'accreditamento istituzionale possono richiedere quello di eccellenza⁷⁹, che viene rilasciato sempre dall'amministrazione regionale, con efficacia quinquennale.

In alcuni casi (a es. in Calabria e Valle d'Aosta⁸⁰) nei procedimenti di accreditamento un ruolo particolare è affidato alle Asl, le quali si interfacciano sia con l'amministrazione regionale sia con gli erogatori accreditandi o accreditati. Spesso nel procedimento vengono coinvolte le Agenzie sanitarie regionali, che vi partecipano e/o partecipano alle attività di valutazione della qualità del

⁷⁶ L.r. Lazio 4/03.

⁷⁷ Simile è il modello abruzzese (l.r. 32/07). In Calabria l'accreditamento ha invece durata triennale e, almeno 6 mesi prima della scadenza, per potere continuare a operare secondo lo stesso regime, è necessario inoltrare una domanda di rinnovo del titolo, il cui eventuale ulteriore rilascio terrà conto dell'evoluzione delle tecnologie, delle pratiche sanitarie e della normativa (l.r. 24/08). In Emilia Romagna la durata è quinquennale e il titolo può essere rinnovato su istanza dell'interessato da presentarsi almeno 90 gg. prima della scadenza (l.r. 22/19).

⁷⁸ Un meccanismo simile è previsto in Puglia (l.r. 9/17).

⁷⁹ In alcuni casi l'accreditamento di eccellenza è invece semplicemente favorito. Così è a dirsi, a esempio, per il Veneto (l.r. 22/02) e il Molise (l.r. 18/08, art. 23).

⁸⁰ L.r. Calabria 24/08; l.r. Valle d'Aosta 5/00.

sistema (così avviene a es. nelle Marche⁸¹). Talvolta vi intervengono anche esperti / apparati tecnici (così in Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Molise e Calabria⁸²).

5. Itinerari della differenziazione sanitaria ‘ordinaria’

Si può ora tentare di formulare qualche prima riflessione conclusiva su alcuni degli aspetti ricavabili dallo sviluppo dello studio.

Se si considerano la geografia e gli itinerari della differenziazione nella prospettiva degli effetti dell’esercizio della potestà legislativa regionale in materia di *tutela della salute*, si può rilevare che i Ssr riflettono, rispetto alla normativa statale e poi nei rapporti reciproci, uno scarso tasso di differenziazione verticale e orizzontale, pur se con qualche eccezione (si pensi, soprattutto, alla Lombardia, *supra*).

Ciò stupisce, specialmente ove si consideri che la normativa-quadro statale, anche per come la Corte costituzionale ha interpretato il significato della “*tutela della salute*”, consente l’esercizio dell’autonomia regionale secondo margini più ampi rispetto a quelli usati.

In particolare, dal punto di vista del ruolo delle Asl, la differenziazione regionale risulta ‘appiattita’ non tanto su un modello nazionale ben definito (visto che il d.lgs. 502/92 sembra lasciare aperte diverse opzioni), quanto piuttosto sul modello classificabile come ‘misto’. In alcune regioni esso assume però caratteristiche peculiari: così è per la particolare integrazione fra erogatori ‘istituzionali’ ed erogatori ‘forti’, riscontrabile, nel senso sopra chiarito, e con diverse intensità, in Emilia Romagna, Basilicata e Friuli V. Giulia.

Solo una regione (la Lombardia) ha optato per il modello ‘separato’.

Poche regioni (a es. la Valle d’Aosta, l’Abruzzo, il Molise e la provincia autonoma di Bolzano) hanno optato per quello ‘integrato’.

Se si considera il sistema dell’accreditamento, si può verificare che i poteri di regolazione (dettaglio e aggiornamento dei criteri per il rilascio del provvedimento), controllo preventivo (rilascio del provvedimento) e controllo successivo (monitoraggio delle strutture accreditate, anche

⁸¹ L.r. Marche 19/22.

⁸² Ll.rr. Emilia Romagna 22/19; Liguria 9/17; Puglia 9/17; Molise 18/08; Calabria 24/08.

al fine di esercitare l'autotutela decisoria e di applicare le sanzioni) sono concentrati in capo alla stessa amministrazione regionale, e che i livelli di differenziazione (in senso verticale e quindi anche orizzontale) sono contenuti, pur se si registra, in alcuni casi, l'attribuzione di un ruolo particolare alle Asl e/o alle agenzie sanitarie.

Lo scarso esercizio del potere di differenziare si salda però, talvolta, al mancato esercizio del dovere di attuare alcune riforme statali⁸³.

L'esame e la valutazione in concreto della differenziazione sanitaria 'ordinaria' consente quindi di definire il quadro che ne emerge dopo la crisi economico-finanziaria e quella pandemica, e di rilevare un carente 'attivismo' regionale, sia nell'esercizio dell'autonomia sia nell'osservanza tempestiva degli obblighi derivanti dalla normativa statale.

Questo punto di osservazione può introdurre a un successivo approfondimento (a) sulle cause delle proposte di regionalismo a diverse velocità in materia di tutela della salute (che invece si riferisce allo schema derogatorio introdotto dall'art. 116 c. 3 Cost.), intensificatesi a partire dalla *spending review* dovuta alla gestione della crisi economico-finanziaria; (b) sui rapporti fra la differenziazione ordinaria (fondata sull'art. 117 Cost.) e quella derogatoria (fondata sull'art. 116 Cost.); (c) sulle opportunità e sui rischi riconducibili alla seconda.

A tali ulteriori approfondimenti si dedicherà un distinto studio consultabile su un successivo fascicolo di questa *Rivista*.

⁸³ Si v. G. GARDINI, C. TUBERTINI, *L'amministrazione regionale*, Torino, 2022, 391 ss.; D. MORANA, *op. cit.*; sugli effetti negativi della *spending review* per l'attuazione regionale del modello organizzativo definito dalle fonti statali, si v. A. PIOGGIA, *Razionalizzazione organizzativa in sanità quali modelli*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, 2013; sulla vigenza dei piani di rientro dai disavanzi sanitari quali ostacolo alla previsione, da parte delle regioni, di prestazioni sanitarie integrative a carico dei propri bilanci, per ragioni riconducibili all'esercizio del potere statale di coordinamento della finanza pubblica, anche alla luce degli obblighi posti dall'Ue, si v. C. Cost., 22.5.2013, n. 104, in www.giurcost.org; sul rapporto fra *spending review* e aumento delle disparità regionali in sanità cfr. C. PINELLI, *op. cit.*