

Luca Imarisio

Il governo della sanità piemontese tra rientro dall'emergenza finanziaria e indirizzi nazionali (e tra Consiglio e Giunta)

(doi: 10.1443/92591)

Le Regioni (ISSN 0391-7576)

Fascicolo 4, agosto 2018

Ente di afferenza:

Consorzio Bess (bess)

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

L'articolo è messo a disposizione dell'utente in licenza per uso esclusivamente privato e personale, senza scopo di lucro e senza fini direttamente o indirettamente commerciali. Salvo quanto espressamente previsto dalla licenza d'uso Rivisteweb, è fatto divieto di riprodurre, trasmettere, distribuire o altrimenti utilizzare l'articolo, per qualsiasi scopo o fine. Tutti i diritti sono riservati.

Il governo della sanità piemontese tra rientro dall'emergenza finanziaria e indirizzi nazionali (e tra Consiglio e Giunta)

di LUCA IMARISIO

Sommario: 1. Le premesse. Gli squilibri di bilancio della sanità piemontese e gli interventi di rientro. - 2. Gli atti statali di indirizzo e i principali atti normativi adottati dalla Regione Piemonte in materia di riorganizzazione del settore sanitario. - 3. I riflessi sul sistema delle fonti e sugli equilibri tra Consiglio e Giunta.

1. Le premesse. Gli squilibri di bilancio della sanità piemontese e gli interventi di rientro

Le più recenti vicende evolutive del sistema sanitario piemontese si collocano in un contesto segnato e condizionato da due fondamentali premesse: da un lato la situazione di difficoltà finanziaria e le criticità del bilancio regionale relativo alla spesa sanitaria che hanno condotto, nel 2010, alla sottoscrizione di un Piano di rientro dal debito sanitario¹ e al conseguente avvio del lungo e complesso processo di intervento sui conti del sistema sanitario piemontese², conclusosi (per la parte concernente il livello regionale) dopo quasi sette anni, il 21 marzo 2017 con la firma dell'accordo con il Governo che sancisce la fine della fase di (pre)commissariamento della sanità piemontese; in secondo luogo l'adozione di nuovi e rilevanti strumenti nazionali di indirizzo e di normazione di principio, rispetto ai quali i successivi interventi regionali si sono rapportati in termini di recepimento e attuazione.

¹ Al fine di evitare l'attivazione dei poteri sostitutivi statali, la Regione Piemonte ha sottoscritto il 29 luglio 2010 un Accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, impegnandosi all'adozione di un Piano di Riqualificazione del SSR e di Rientro Economico, con articolati impegni di riorganizzazione della spesa sanitaria, Piano approvato con D.G.R. 1-415 del 2 agosto 2010.

² Nel quale si inseriscono l'adozione di un *Addendum* al Piano di rientro, adottato con D.G.R. 44-1615 del 28 febbraio 2011 ed i conseguenti Programmi operativi.

Per quanto riguarda il primo profilo non è, con evidenza, questa la sede per un'analisi puntuale delle cause (comprensibilmente controverse anche sotto il profilo delle responsabilità politiche) che hanno originato la situazione di squilibrio finanziario della sanità piemontese, maturata, essenzialmente, nel periodo 2004-2015. Può soltanto ricordarsi come nel 2004³ si sia manifestato un disavanzo pari a oltre 600 milioni di euro, rilevato e certificato dal citato Piano di rientro sottoscritto dalla Regione e dal Governo⁴, nel quale parimenti si dà conto del fatto che i successivi bilanci 2005-2009⁵ risultano formalmente in equilibrio, in quanto «la Regione Piemonte ha garantito l'equilibrio della gestione mediante appositi stanziamenti a carico del bilancio Regionale». All'avvio della successiva legislatura regionale⁶ viene intrapresa un'operazione di revisione del bilancio regionale che conduce all'emersione e alla formalizzazione di una situazione di disavanzo complessivo dei conti regionali superiore ai 2 miliardi di euro, che la nuova amministrazione imputa a prassi di improprio maquillage contabile dei bilanci della sanità relativi agli anni precedenti⁷. Le denunciate prassi improprie in relazione alla copertura in bilancio delle somme destinate al finanziamento della sanità piemontese non paiono, peraltro, arrestarsi, se nel 2015 la Corte costituzionale⁸, pronunciandosi in relazione a disposizioni della legge di

³ Ultimo anno dell'amministrazione Ghigo.

⁴ E presupposto sostanziale e formale per l'adozione del Piano stesso.

⁵ Adottati nel corso dell'amministrazione Bresso.

⁶ Amministrazione Cota.

⁷ Sulla polemica politica relativa, v., ad esempio, *Cota attacca Bresso sul bilancio regionale. Il botta e risposta*, in www.quotidianopiemontese.it, 11 aprile 2011.

⁸ Corte cost., sent. n. 181 del 2015. In tale pronuncia, in particolare, la Corte contesta la possibilità, invocata dalla Regione, di considerare le somme in questione quali spese per investimento (con conseguente diversa qualificazione, anche rispetto ai vincoli comunitari), come peraltro ritenuto ammissibile dalla stessa magistratura contabile. In un complessivo giudizio sulle pratiche di bilancio riscontrate in ambito regionale, la Corte osserva dunque che «il legislatore regionale (...) ha contemporaneamente: a) alterato il futuro risultato di amministrazione, nella misura in cui ha considerato tra le risorse destinate alla copertura di nuove spese una mera anticipazione di liquidità (...); b) ommesso di impiegare le somme per l'adempimento degli obblighi pregressi, siano essi quelli previsti dall'art. 2 o dall'art. 3 del d.l. n. 35 del 2013 (...); c) utilizzato per spese di competenza dell'esercizio 2013 l'anticipazione dello Stato, gestendola come un contratto di mutuo in patente contrasto con la «regola aurea» di cui all'art. 119, sesto comma, Cost.». Può ancora segnalarsi come la condizione di grave squilibrio finanziario della Regione Piemonte connessa al mancato corretto impiego delle risorse messe a disposizione dall'anticipazione di liquidità prevista dal d.l. 35 del 2013 sia indicata dalla legge di stabilità 2015 (legge 190 del 23 dicembre 2014, art. 1, commi 452 ss.) quale presupposto per la nomina di un

bilancio regionale piemontese del 2013, interviene a dichiarare l'illegittimità costituzionale delle previsioni che destinavano al finanziamento delle aziende sanitarie regionali⁹ somme concesse dallo Stato a titolo di anticipazioni di liquidità: con ciò tali anticipazioni risultano trasformate in indebitamento, aggiungendo una nuova somma di oltre 2,5 miliardi di euro all'indebitamento della Regione imputabile al settore sanitario. A seguito di tale pronuncia, il debito regionale certificato dalla Corte dei conti nel giudizio di parificazione dell'esercizio 2013 supera i 5 miliardi di euro e, anche dopo l'avvio del complessivo programma di rientro dalla condizione di squilibrio di bilancio (non solo sanitario) della Regione, il debito consolidato della Regione Piemonte, come certificato dalla Corte dei conti nel giudizio di parificazione del rendiconto dell'esercizio 2015, non pare maturare decisivi segnali di inversione, arrivando a sfiorare i 6 miliardi di euro. Debito accumulatosi e accumulantesi negli anni secondo dinamiche che, peraltro, la stessa magistratura contabile complessivamente stigmatizza, ma non sempre individua puntualmente¹⁰.

2. *Gli atti statali di indirizzo e i principali atti normativi adottati dalla Regione Piemonte in materia di riorganizzazione del settore sanitario*

Entro tale contesto fortemente condizionante e limitante dal punto di vista finanziario, si sono inseriti diversi atti nazionali di principio e di indirizzo in materia sanitaria e si è sviluppato il processo di recepimento ed attuazione degli stessi nel contesto piemontese¹¹.

Commissario di Governo per il pagamento dei debiti pregressi della Regione, nella persona del Presidente della Giunta regionale.

⁹ E al pagamento dei debiti accumulati coi loro fornitori.

¹⁰ Nelle parole del Procuratore regionale della Corte dei conti (intervento del 1° luglio 2016 nel giudizio di parificazione sul bilancio 2015) «È difficile comprendere come nel corso degli anni sia maturato un disavanzo “nascosto” o, comunque extracontabile, che, in base alle risultanze del rendiconto dell'esercizio 2015 ha concorso a formare il complessivo disavanzo dell'ente che è pari ad euro 7.258.726.834,62, vale a dire – utilizzando un termine di paragone semplice, ma efficace – pari ad oltre la metà delle spese che ogni anno sostiene la Regione. Un disavanzo di questa entità è indice di una circostanza che, non sempre, emerge con chiarezza: per molti anni la Regione ha “speso” molto di più di quanto avrebbe potuto in base alle sue entrate e questo è avvenuto in modo extracontabile, con la formazione di elevati debiti fuori bilancio».

¹¹ Per un quadro complessivo delle condizioni e delle problematiche della sanità piemontese all'avvio del periodo considerato, si vedano i contributi raccolti in

In tale prospettiva occorre in primo luogo ricordare come il Piano sanitario nazionale vigente sia ancora quello approvato nel 2006, oggetto tuttavia di successivi sviluppi soprattutto ad opera dei Patti per la salute 2010-2012¹² e 2014-2016¹³, orientati ad obiettivi, ad un tempo, di lotta agli sprechi e contenimento delle spese, da un lato, e di promozione della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni, dall'altro.

A livello regionale il vigente Piano socio-sanitario risulta essere quello approvato nel 2012 (in contesto di vigenza del Piano di rientro)¹⁴, oggetto, tuttavia, di importanti interventi di aggiornamento e integrazione, in materia, soprattutto, di organizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali, di disciplina delle cronicità e di prevenzione.

Per quanto riguarda, in particolare, l'organizzazione della rete ospedaliera, nel contesto piemontese il vigente Piano socio-sanitario (in ragione delle scelte e degli impegni assunti attraverso il Piano di rientro) demanda alla Giunta l'individuazione dei presidi ospedalieri oggetto di interventi di riconversione o rifunzionalizzazione, per quanto si tratti di scelte atte ad incidere sulla pianificazione (strutturale e organizzativa) della sanità regionale e sulle competenze consiliari in materia di programmazione¹⁵. Tra le principali delibere in materia possono ricordarsi la D.G.R. 1-600 del 14 novembre 2014¹⁶ in tema di organizzazione territoriale dei servizi sanitari, la D.G.R. 26-1653 del 29 giugno 2015¹⁷, che, aderendo alle indicazioni del Patto

G. CLERICO, R. ZANOLA (a cura di), *La sanità piemontese. Immaginare il futuro*, Milano 2014.

¹² Siglato da Governo e Regioni il 3 dicembre 2009.

¹³ Siglato da Governo e Regioni il 10 luglio 2014, ed implicante, tra l'altro, l'aggiornamento e la ridefinizione dei LEA, la riorganizzazione e valorizzazione della medicina del territorio, individuando quali sfide fondamentali del Sistema sanitario per i successivi anni l'invecchiamento della popolazione, l'introduzione di nuovi farmaci più efficaci ma più costosi, lo sviluppo di una medicina sempre più personalizzata.

¹⁴ D.C.R. 167-14087 del 3 aprile 2012.

¹⁵ Competenza che l'art. 28, comma 1, *a*) dello Statuto piemontese demanda, invece, al Consiglio regionale: con ciò emerge l'attitudine delle decisioni assunte in sede di pianificazione del rientro dagli squilibri di bilancio sanitari ad incidere sul sistema delle fonti regionali anche al suo livello più elevato: su tali profili, v. *infra*, par. 3.

¹⁶ Poi integrata dalla D.G.R. 1-924 del 23 gennaio 2015. Tali delibere, in particolare, mirano all'adeguamento della rete ospedaliera regionale agli standard definiti dal Patto per la salute del 2014.

¹⁷ Che, in particolare, mira allo sviluppo di un nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle «Case della Salute».

per la salute 2010-2012, mira alla riorganizzazione (anche nell'ottica del contenimento delle spese), ma al contempo alla valorizzazione del ruolo dei Distretti sanitari, quale strumento di una integrazione, diffusa sul territorio, tra le funzioni strettamente sanitarie e quelle assistenziali, nella prospettiva di una complessiva presa in carico della persona¹⁸. Quale intervento consiliare, può peraltro segnalarsi la recente D.C.R. 286-18810 dell'8 maggio 2018, di conferma e approvazione del programma di interventi in edilizia sanitaria definiti con le richiamate D.G.R. Sempre in tema di organizzazione della rete ospedaliera, occorre ricordare come il progetto di maggiore dimensione (ed impegno economico) discusso ed approvato negli ultimi anni nella Regione Piemonte sia quello relativo alla realizzazione del nuovo «Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione»¹⁹: rispetto a tale iniziativa, un riflesso del contesto di forti condizionalità economiche entro il quale si è snodato l'articolato iter di approvazione, può cogliersi nell'ampiezza del ruolo riconosciuto alla componente privata nel concorso al finanziamento dell'opera²⁰.

Tra le previsioni del Patto per la salute 2014-2016 può poi segnalarsi la predisposizione di un Piano nazionale della cronicità, adottato il 15 settembre 2016 da parte della Conferenza Stato-Regioni: nella Regione Piemonte le linee di indirizzo attuative del PNC sono state adottate con la D.C.R. 306-29185 del 10 luglio 2018²¹.

¹⁸ Su tali profili, P. MACCHIA, *Salute*, in M. DOGLIANI, J. LUTHER, A. POGGI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Piemonte*, Torino 2018, 152 ss.

¹⁹ L'iter di approvazione dell'opera si avvia in data 26 marzo 2015 con la sottoscrizione del Protocollo d'Intesa tra la Città di Torino, la Regione Piemonte, l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, l'Università degli Studi di Torino e la Società FS Sistemi Urbani s.r.l. e si conclude (ad oggi) con la D.G.R. n. 3-7329 del 3 agosto 2018 di approvazione dei Documenti di progetto (si rimanda a tale delibera per la puntuale indicazione dell'articolata sequenza di provvedimenti intermedi).

²⁰ Sulla base dell'Accordo di programma sottoscritto il 14 febbraio 2018 tra Ministero della Salute (di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze) e Regione Piemonte ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67 dell'11 marzo 1988, per l'intervento I (realizzazione degli edifici e bonifica dell'area) si prevede un impegno di € 142.478.259,87 a carico dello Stato, € 7.501.740,13 a carico della Regione ed € 305.979.111,00 a carico del Privato.

²¹ In particolare, nella prospettiva di un approccio unitario di natura socio-sanitaria alla condizione di cronicità, con una valorizzazione delle cure domiciliari, un ruolo centrale riconosciuto ai medici di medicina generale e in una prospettiva definita di «sistema unico multicentrico integrato».

Quale ulteriore rilevante intervento di indirizzo statale può ancora segnalarsi il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018²², recepito nella Regione Piemonte con la D.G.R. 40-854 del 29 dicembre 2014, di adozione del Piano regionale della prevenzione 2014-2018, poi aggiornato e prorogato dalla D.G.R. 27-7048 del 14 giugno 2018, con interventi relativi, soprattutto, al contesto scolastico e lavorativo, all'attività di screening e monitoraggio, al rapporto tra ambiente e salute.

In tema di LEA, la Regione Piemonte ha dato seguito alla nuova normativa statale del gennaio 2017²³ con l'adozione, alla fine dello stesso anno, di una normativa regionale di recepimento volta a fornire alle ASL regionali indicazioni applicative ed istruzioni su come gestire la fase transitoria²⁴. Oltre alla riaffermazione di prescrizioni relative ad ambiti dell'assistenza e della cura della persona emersi negli ultimi anni come meritevoli di specifici interventi²⁵, nella normativa regionale di recepimento dei nuovi LEA possono segnalarsi taluni passaggi dai quali può cogliersi l'ambizione alla garanzia di livelli di assistenza anche più elevati di quelli prescritti a livello nazionale²⁶.

In tema di salute mentale, può ricordarsi la D.G.R. n. 29-3944 del 19 settembre 2016, di riforma della rete dei servizi di residenzialità psichiatrica²⁷.

²² Siglato da Governo e Regioni il 13 novembre 2014 e successivamente rimodulato e prorogato attraverso l'intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017.

²³ D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Su tale fondamentale intervento, M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia tra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, n. 2/2017.

²⁴ D.G.R. n. 118-6310 del 22 dicembre 2017. Si segnalano, in particolare, le prescrizioni in materia di gestione dei nuovi sistemi informatici di prenotazione e del nuovo nomenclatore, in tema di esenzioni da patologia, di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio (comprehensive delle prestazioni relative alla procreazione medicalmente assistita), di cure palliative, di dietetica e nutrizione clinica, di screening neonatali.

²⁵ Vengono, ad esempio, riconfermate le misure, già precedentemente ed autonomamente decise dalla Regione, in tema di interventi e percorsi sanitari specifici a favore delle persone vittime di violenza di genere o quelle di contrasto della dipendenza dal gioco d'azzardo.

²⁶ Esemplificativamente, a livello regionale l'insufficienza intestinale cronica benigna viene ricompresa tra le patologie rare esentabili, mentre a livello di normativa statale essa non vi risulta compresa.

²⁷ Oggetto di successivo aggiornamento ad opera della D.G.R. n. 41-6886 del 18 maggio 2018. Risulta ancora in discussione presso il Consiglio regionale l'approvazione del Piano d'azione per la salute mentale in Piemonte, di attuazione delle richiamate D.G.R.

Un ulteriore e recente intervento che pare meritevole di essere segnalato risulta, infine, quello adottato con la D.G.R. n. 40-7097 del 22 giugno 2018 relativo alla possibilità, per le strutture sanitarie private accreditate, di prescrivere direttamente farmaci e prestazioni specialistiche ambulatoriali. La decisione è risultata assai controversa²⁸, dando luogo a un ricorso presentato dal Sindacato Medici Italiani presso il TAR Piemonte²⁹, che ha disposto la sospensiva del provvedimento in attesa della trattazione del caso³⁰. Al di là di una valutazione sul merito (e sul segno) politico dell'intervento e della constatazione per cui le decisioni circa l'equilibrio nei rapporti tra operatori pubblici e privati all'interno del sistema di tutela della salute costituiscono uno dei punti centrali dell'attuale confronto in ordine alle politiche sanitarie, può osservarsi come una scelta comunque organizzativamente (ed economicamente) rilevante e politicamente sensibile sia stata adottata anche in questo caso nelle forme di un atto (una Delibera di Giunta regionale) sottratto al metodo deliberativo e alle procedure pluralistiche e garantistiche proprio degli atti consiliari. Tale constatazione induce a svolgere qualche ulteriore e più complessiva riflessione in ordine ai riflessi delle vicende e degli interventi segnalati sul sistema regionale delle fonti e sugli equilibri tra Consiglio Regionale e Giunta.

3. I riflessi sul sistema delle fonti e sugli equilibri tra Consiglio e Giunta

Dalle descritte vicende relative, da un lato, al processo di rientro del bilancio della sanità piemontese entro parametri di sostenibilità, dall'altro al recepimento in ambito regionale delle più recenti norme statali di principio e indirizzo in materia sanitaria emerge una complessiva linea di tendenza (inquadrabile entro dinamiche a carattere nazionale) che pare muovere nella direzione di un progressivo atte-

²⁸ Confrontandosi le posizioni di chi legge in tale scelta uno strumento di semplificazione del percorso di cura dei pazienti e di chi, per contro, teme possa generare abusi e conflitti di interesse di natura economica in capo alle strutture private, ove non soggette a penetranti controlli, oltre a indebolire il ruolo di riferimento e sintesi della figura del medico di medicina generale.

²⁹ 751/2018 Reg. Ric.

³⁰ Ordinanza del 12 settembre 2018, n. 359 Reg. Prov. Cau. Su tale vicenda, A. BUCCI, A. MONDO, *Sanità, stop del TAR alle prescrizioni dei medici privati*, in *La Stampa*, 10 agosto 2018.

nuarsi del rigore ordinatorio del sistema delle fonti regionali a favore di una prevalenza del dato sostanziale costituito dal contenuto degli impegni politici assunti dall'Esecutivo regionale in sede di confronto con il livello statale di governo. Parallelamente (e conseguentemente) tale tendenza pare orientare il sistema nella direzione di uno slittamento dalla centrale rilevanza, pure statutariamente delineata sul piano formale, della legge regionale nel sistema delle fonti (e, più complessivamente, del Legislativo regionale nell'architettura della forma di governo) a quello della decisa preminenza della Giunta regionale e delle sue determinazioni politiche nella definizione dei più rilevanti provvedimenti di carattere non solo amministrativo ma anche normativo che hanno interessato negli ultimi anni la sanità piemontese.

La tendenza all'affermazione di un principio di prevalenza sostanziale degli impegni politici (ed economici) assunti dalla Regione con il livello statale di governo rispetto all'insieme delle fonti regionali può in effetti cogliersi già all'origine della configurazione dello strumento del Piano di rientro dai disavanzi regionali in ambito sanitario, e dei correlati Programmi operativi di riqualificazione e riorganizzazione dei servizi sanitari regionali, previsti a partire dalla legge finanziaria 2005³¹. Con le successive specificazioni procedurali stabilite dalla legge finanziaria 2007 si dispone che «gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (...) sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria»³². Un vincolo, pertanto, di carattere sostanziale e generale, che si configura in capo alla Regione come ente e che può implicare effetti di variazione su provvedimenti anche normativi di qualunque natura, a prescindere dalla loro configurazione formale e dalla loro

³¹ L. n. 311 del 30 dicembre 2004, art. 1, comma 180.

³² L. n. 296 del 27 dicembre 2006, art. 1, comma 796, lett. b). La stessa disposizione prevede inoltre il meccanismo dell'«affiancamento» degli organi regionali da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nel monitoraggio dell'attuazione dei Piani di rientro, nonché la preventiva approvazione ministeriale dei provvedimenti regionali, come previsto dagli accordi stipulati, col che introducendo un ulteriore potenziale elemento di specialità e atipicità dei procedimenti di approvazione degli atti regionali attuativi del Piano.

posizione entro il sistema regionale delle fonti. La circostanza per cui tali vincoli operino anche rispetto ad eventuali atti normativi regionali di rango legislativo è poi esplicitata dal Patto per la Salute 2010-2012 e dalla Legge finanziaria 2010³³, ove si dispone che «gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano sanitario». Quello che viene delineato è pertanto un meccanismo per il quale non solo un atto normativo primario (statale) conferma e limita, sul piano sostanziale, la potestà legislativa regionale ed esplica rispetto ad essa una effettiva prescrittività, ma attribuisce e trasmette ad atti normativi sicuramente secondari, se non di ambigua collocazione entro il sistema delle fonti (i Piani di rientro e i relativi Programmi operativi), tale sostanziale parametricità rispetto alle leggi regionali. La legittimità di tale meccanismo risulta peraltro complessivamente riconosciuta e confermata dalla stessa giurisprudenza costituzionale, che a più riprese ha affermato il principio per cui «l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa», principio tanto più stringente in quanto i limiti in questione si inseriscano in un «quadro di esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario»³⁴.

Se, pertanto, può considerarsi in tal senso definita dal Giudice costituzionale la questione della legittimità di tale meccanismo, resta il

³³ L. n. 191 del 23 dicembre 2009, art. 2, comma 95.

³⁴ Corte cost., sent. n. 193 del 2007. Sulla complessiva giurisprudenza in materia di vincolo all'autonomia legislativa delle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un dio minore». L'impossibilità per le Regioni sottoposte al Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *www.forumcostituzionale.it* 2014, ove peraltro si esprime perplessità in ordine al percorso argomentativo adottato dalla Corte (fondato sull'esigenza di non consentire che le Regioni eccessivamente indebitate e che non rispettino gli stretti limiti definiti dai Piani di rientro sostanzialmente vadano a sottrarsi ai vincoli di solidarietà con le altre Regioni ed al dovere di concorrere alla tenuta del sistema della finanza pubblica complessivamente considerata), in quanto tale assunto «non tiene conto del dato che i residenti nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro subiscono già conseguenze negative dal Commissariamento; solitamente, infatti, il Piano di rientro non si limita a contemplare importanti razionalizzazioni della rete ospedaliera e altri interventi di carattere strutturale/organizzativo, ma comporta talvolta l'aumento delle addizionali IRPEF e delle accise sui carburanti, misure alle quali ora si aggiunge il divieto di implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni».

tema dei riflessi sulle dinamiche e sugli equilibri della forma di governo regionale. In quanto la base della legittimità dei successivi limiti derivanti alla legislazione regionale dall'attivazione dei Piani di rientro è collegata (anche) alla condivisione regionale delle relative scelte, è da un lato nelle procedure di definizione dei contenuti dei Piani e dei successivi Programmi operativi che gli equilibri tra Giunta e Consiglio possono (ri)configurarsi³⁵, mentre d'altra parte alla Regione sarebbe potuto residuare un maggiore grado di autonomia e responsabilità nella successiva scelta degli strumenti normativi con i quali attuare gli impegni assunti e, più in generale, con i quali operare le scelte normative in ambito sanitario, nel quadro dei principi posti dal livello statale. Sotto quest'ultimo profilo, il dato che emerge con nettezza pare essere quello di una netta preferenza e prevalenza di atti regionali assunti nelle forme della Delibera di Giunta³⁶.

Anche quando si riscontra un passaggio decisivo da parte dell'organo assembleare regionale, l'intervento tende a non avvenire attraverso il ricorso allo strumento legislativo e neppure attraverso quello regolamentare: lo stesso Piano socio-sanitario piemontese, strumento fondamentale della programmazione sanitaria, è stato adottato attraverso una semplice Delibera del Consiglio Regionale³⁷.

Se la «fuga dalla legge» (dalle sue rigidità e dalle sue garanzie) quale strumento di normazione pare un dato consolidato delle dinamiche contemporanee non solo a livello regionale³⁸, ciò a cui si assiste pare essere un ulteriore e diverso fenomeno di fuga dalla stessa forma regolamentare³⁹, nella direzione di un variegato insieme di atti

³⁵ Con un ruolo preminente inevitabilmente derivante alla Giunta dalle dinamiche di definizione degli accordi con il livello Statale.

³⁶ Peraltro, ciò si deve largamente alla scelta, originariamente compiuta all'atto della sottoscrizione da parte della Regione del Piano di rientro, di prevedere un ruolo centrale della Giunta e delle sue Delibere non solo nella fase di elaborazione e adozione del Piano, ma anche di attuazione dello stesso, anche attraverso i relativi Programmi operativi: v. artt. 3 e 5 dell'Accordo del 29 luglio 2010.

³⁷ La già richiamata D.C.R. 167-14087 del 3 aprile 2012. Ciò sulla base delle procedure di adozione definite dalla legge regionale piemontese n. 18 del 6 agosto 2007 e diversamente da quanto riscontrabile in altri contesti regionali, nei quali l'adozione del piano sanitario è avvenuta attraverso un atto legislativo (v., ad es., l. n. 23 del 2012 della Regione Veneto, di adozione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016).

³⁸ Dato, peraltro, che si confronta con quello, speculare, della persistenza del ricorso, in ambito regionale, allo strumento delle leggi-provvedimento: sul punto, M. LOSANA, *Le leggi provvedimento regionali*, in M. DOGLIANI, J. LUTHER, A. POGGI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Piemonte*, Torino 2018, 251 ss.

³⁹ Anch'essa peraltro caratterizzata, nel contesto normativo piemontese, da significativi elementi garantistici implicanti un coinvolgimento anche dell'organo con-

secondari non regolamentari ma sostanzialmente normativi⁴⁰. Resta, quindi, la necessità di valutare quanto (e fino a quale limite) ciò corrisponda a fisiologiche esigenze di flessibilità, rapidità ed elasticità dei processi decisionali e quanto, invece, ad una sostanziale elusione non solo delle garanzie procedurali e del sistema dei controlli di legittimità propri degli atti legislativi e regolamentari, ma anche della stessa valenza pienamente «politica» (partecipativa, integrante, aperta alla dialettica partitica e al controllo dell'opinione pubblica) propria del metodo deliberativo connesso all'adozione di atti normativi da parte del Consiglio regionale.

Luca Imarisio, *Government of public health care in the Piedmont Region, between the return from budgetary imbalances and the transposition of national health legislation (and between the Regional Executive Branch and the Regional Council)*

The work analyzes the most recent developments in the government of public health care in the Piedmont Region, focusing on interventions for the return from budgetary imbalances and the transposition of national health legislation. Furthermore, it offers an evaluation of the normative sources used, also with regard to the effects on the power balance between the Regional Executive Branch and the Regional Council.

Keywords: regional returns plans, regional health plans, regional sources of law.

Luca Imarisio, Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Giurisprudenza, Lungo Dora Siena 100/A, 10153 Torino, luca.imarisio@unito.it

siliare: l'art. 27 dello Statuto piemontese, infatti, nel prevedere che «Nelle materie di competenza legislativa regionale la potestà regolamentare spetta alla Giunta regionale, secondo i principi e le modalità dettati dalla legge regionale, salvo nei casi in cui essa sia riservata dalla legge al Consiglio regionale», configura infatti una generale riserva relativa di legge regionale, prescrivendo un generale rispetto, da parte dei regolamenti regionali, di un principio di legalità inteso in senso non solo formale, ma anche sostanziale. Sul Punto, M. CAVINO, *La potestà regolamentare*, in M. DOGLIANI, J. LUTHER, A. POGGI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Piemonte* cit., 262 ss.

⁴⁰ Su tale fenomeno, M. CAVINO, *La potestà regolamentare* cit., 268 ss., ove si richiama soprattutto il rischio dell'affermarsi di prassi poco meditate che, in maniera non necessariamente consapevole ed in ragione del maggior peso che in esse vengono ad assumere soggetti o procedure estranei ai circuiti e alle dinamiche della democrazia rappresentativa, possano orientare il sistema ad uno «scivolamento della democrazia verso la burocrazia».