

Presidente Claudio Simonelli
Componenti Corrado Canfora
Renzo Capelletto
Francesco Dassano
Gian Mario Giolito
Jörg Luther

PARERE n. 1/2011

La Commissione di garanzia, nella seduta del 28 aprile 2011, presenti i componenti Claudio Simonelli, Corrado Canfora, Renzo Cappelletto, Francesco Dassano, Gian Mario Giolito, Jörg Luther, sentito il relatore Francesco Dassano, ha espresso il seguente parere.

1. Con motivata istanza del 1.3.2011 (prot. CdG n. 8559 del 2.3.2011) venti Consiglieri hanno richiesto alla Commissione di Garanzia, ai sensi dell'articolo 92, comma 1, lettera a) dello Statuto della Regione Piemonte ed ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera a) della legge regionale n. 25/2006, di *“esprimere parere se vi sia stata, da parte della Giunta regionale, una violazione dell'articolo 26, comma 3, dello Statuto della Regione Piemonte, per mancato rispetto dell'articolo 11, comma 2, della l.r. n. 18/2007, avendo la Giunta regionale approvato la DGR n. 44-1615 non rispettando quanto previsto dall'articolo 11, comma 2, della l.r. n. 18/2007”*.

2. La richiesta di parere proviene da un terzo dei Consiglieri, minoranza legittimata dall'art. 92, co. 1, dello Statuto a richiedere un parere sull'interpretazione dello Statuto stesso in un conflitto di attribuzione. Restando preclusa *“ogni valutazione sulla legittimità di atti, legislativi o amministrativi, successiva alla loro promulgazione o emanazione”* (cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 200/2008 e parere di questa Commissione n. 1/2009), allo stesso modo di ogni valutazione delle responsabilità politiche, oggetto del parere può essere esclusivamente una divergenza di interpretazione sulla fattispecie concernente le fonti che disciplinano le attribuzioni specifiche del Consiglio regionale, considerate negate, invase o menomate per effetto dell'Addendum approvato dalla Giunta.

La questione prospettata va considerata come richiesta di interpretazione delle attribuzioni del Consiglio regionale collegate all'approvazione del Piano socio-sanitario regionale triennale. Non è compito della Commissione valutare, come un giudice amministrativo, la legittimità dell'atto dal quale trae origine la domanda, ma chiarire il valore delle attribuzioni che sono in conflitto, anche in relazione ad altri procedimenti tuttora pendenti o programmati, quali la proposta al Consiglio regionale contenuta nella DGR n. 51-1358, gli adempimenti conseguenti alla relazione socio-sanitaria ex art. 13 l.r. 18/2007, la predisposizione del nuovo piano socio-sanitario e i futuri adempimenti dell'Accordo.

Delineata come sopra l'origine e la portata del quesito (ben più ampio di quanto potrebbe apparire a prima vista), occorre ora passare all'esame del merito seguendo un ordine logico-sistematico che consenta di cogliere a fondo la problematicità ed eterogeneità delle questioni giuridiche sottese alla materia, non senza trascurare i punti di indeterminatezza e/o scarsa chiarezza dell'Addendum – come nel seguito meglio descritto – dai quali discende, da un lato, l'obiettivo impossibilità di fornire un'unica e tassativa risposta al quesito stesso e, dall'altro lato, la necessità di approfondire le variabili interpretative connaturate a detti elementi dubbi, i quali non possono non influire sulla soluzione del quesito.

Alla luce di quanto precede, si provvederà a delineare la cornice normativa nella quale deve essere inquadrata la materia, per poi individuare le varie problematiche – anche interpretative – sottese al quesito quale chiave introduttiva alla nodale (e maggiormente spinosa) macro-questione relativa al riparto di competenze tra Consiglio e Giunta Regionale e concludere con alcune notazioni non secondarie nell'economia complessiva del discorso.

3. La delibera citata ha approvato il c.d. “Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97 della legge 23 dicembre 2009, n. 191” (in seguito: Addendum), pubblicato con allegati il 4.3.2011 sul Bollettino Ufficiale della Regione come “*atto amministrativo avente rilevanza esterna*” (art. 61, co. 1, Statuto).

Detta delibera premette che l'Addendum è stato esaminato e valutato conforme alle prescrizioni dell' “*Accordo tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, co. 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*” (DGR 1-415 del 2.8.2010, in seguito: Accordo).

Ai sensi dell'art. 5, co. 1, lett. b, punto ii, dell'Accordo, l'Addendum *“costituisce programma analitico degli interventi da effettuarsi per la realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano di rientro, tenuto conto della necessità di garantire l'efficacia della manovra”*.

La delibera dà atto *“che le disposizioni contenute nell'Addendum si armonizzeranno con le disposizioni del Piano Socio-sanitario di prossima adozione”*.

4. I consiglieri richiedenti evidenziano che l'art. 11, co. 2, l.r. 18/2007 *“attribuisce al Consiglio regionale la competenza ad approvare il Piano socio-sanitario regionale, su proposta della Giunta regionale e previo parere della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria”*. Tale attribuzione, finalizzata anche a garantire la partecipazione di enti territoriali, ordini ed associazioni, sarebbe stata menomata dall'approvazione in via definitiva della DGR n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 che disciplinerebbe, oltre a quanto richiesto dagli obblighi del Patto per la Salute del 2009, *“anche una pluralità di materie ulteriori, che, per alcune parti, andrebbero ricomprese entro un Piano socio-sanitario regionale e, per altre, dovrebbero conseguire al Piano stesso”*.

5. La Commissione ha comunicato la richiesta di parere al Presidente della Giunta regionale. Ha acquisito i resoconti consiliari della seduta del 12.1.2011 ed i verbali delle sedute della IV Commissione aventi per oggetto i piani di rientro e la pianificazione sanitaria (29.9.2010, 2.11.2010, 23.2.2011). Ha richiesto i pareri del Tavolo Tecnico, dell'AIFA e dell'AGENAS citati nelle premesse dell'Addendum, e ha ricevuto il verbale della *“Riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA)”*, tenuta nelle date 2.12.2010, 31.1.2011, 7.2.2011 e destinata all'esame della bozza dell'Addendum, presentata nel mese di gennaio 2011.

6. Onde acquisire ulteriori elementi valutativi anche sulla genesi dell'Addendum, la Commissione ha proceduto all'audizione delle parti, tenutasi il 31 marzo 2011.

Il primo firmatario, Consigliere Aldo Reschigna, ha illustrato le motivazioni della richiesta, precisando che rispetto ai quattro *“assi”*, ovvero ai filoni comunicati alla Commissione con l'informativa del 23.2.2011 (personale, farmaceutica, acquisto beni e servizi e contenimento prestazioni dei privati), l'Addendum contempla anche gli obiettivi 1 (Nuovo SSR e riorganizzazione delle reti assistenziali), 5 (Assistenza integrativa e protesica) e 8 (Logistica, HTM - Health Technology Management, Edilizia, Tessera sanitaria), programmando azioni esulanti dalla

mera attuazione del Piano di rientro. Ha inoltre sostenuto che l'invasione delle competenze del Consiglio avrebbe avuto inizio con quanto contenuto nella DGR. n. 51-1358 del 29.12.2010 *“Avvio progetto di riordino ed approvazione proposta di nuova configurazione degli ambiti organizzativi e territoriali delle ASR. Proposta al Consiglio regionale”*.

Ha inoltre precisato che, in sede di Conferenza dei Presidenti dei Gruppi sarebbe stata raggiunta un'intesa per congelare l'iter della proposta di deliberazione, in attesa della presentazione del piano socio sanitario, onde consentire poi un percorso parallelo.

7. In sede di audizione l'Assessore alla Sanità, Caterina Ferrero, coadiuvata dal Direttore regionale della Sanità, Paolo Monferino e dall'Avv. Giovanna Scollo, funzionario della Direzione Affari istituzionali, ha illustrato la diversa posizione della Giunta e consegnato il verbale del Tavolo tecnico ed una memoria. Anche nella memoria si sostiene che i provvedimenti previsti dall'Addendum riguardano interventi di competenza della Giunta. Proprio per evitare conflitti di competenza, il documento si sarebbe limitato ad una serie di interventi per adeguare il quadro normativo consolidato nelle delibere di Giunta precedenti a quanto previsto dal *“Patto per la salute”* e ai necessari interventi per limitare il fabbisogno di risorse a livelli compatibili con i finanziamenti, prevedendo peraltro *“una organizzazione e un coordinamento dei servizi tra le attuali Aziende che tiene conto dell'esigenza di attuare la riforma strutturale proposta dall'attuale Giunta”*.

8. Il conflitto ha per oggetto questioni attinenti allo Statuto. Le attribuzioni del Consiglio regionale contemplate nella legge regionale n. 18/2007 sono garantite dall'art. 26, co. 3, e, in modo particolare, dall'art. 28, co. 1, lett. a) dello Statuto che riserva al Consiglio, oltre alle funzioni di rappresentanza del Piemonte e di legislazione della Regione (art. 26, co. 1 e 2), anche quella della *“programmazione”*, finalizzata a *“indirizzare e guidare lo sviluppo economico e sociale del Piemonte verso obiettivi di progresso civile e democratico”* (art. 4, co. 1) e integrata da un metodo di *“collaborazione istituzionale”* (art. 4, co. 2).

Il piano S.S.R. è qualificabile come uno degli *“strumenti più efficaci per tutelare la salute e garantire la qualità degli ambienti di vita e di lavoro”* (art. 9, co. 2) e ne garantisce la qualità e l'integrazione *“nel quadro del sistema sanitario nazionale”* (art. 9, co. 3). Al piano socio-sanitario regionale, come piano settoriale, si applicano inoltre le disposizioni generali dello Statuto in merito alla *“programmazione regionale”* che richiedono ai programmi di individuare gli obiettivi, selezionare le priorità, indicare le scelte e definire le risorse corrispondenti e le modalità del loro

reperimento (art. 62. co. 2), attribuendo la predisposizione dei documenti di programmazione alla Giunta e l'approvazione al Consiglio regionale (art. 62, co. 3).

9. Anche alla materia della *“tutela della salute”* si applicano le competenze statutarie del Presidente della Giunta regionale di rappresentare la Regione e di dirigere la politica della Giunta, incluse *“le funzioni relative al coordinamento e all'intesa tra lo Stato e la Regione”* (art. 51, co. 2, lett. c). Nelle stesse materie, la Giunta dispone della potestà regolamentare (art. 27, co. 2), attua il programma di governo, provvede all'esecuzione delle deliberazioni del Consiglio e delle leggi, controlla la gestione dei servizi pubblici regionali affidati alle aziende speciali (art. 56, co. 2, lett. d) ed esercita ogni altra attribuzione specifica ad essa demandata dalle fonti costituzionali e legislative statali e regionali (art. 56, co. 2, lett. h). A tal riguardo non è sufficiente un'attribuzione generica alla Regione da parte di una legge statale, caso per il quale l'art. 28, co. 3, dello Statuto prescrive l'approvazione del Consiglio.

10. Il quadro delle attribuzioni statutarie del Consiglio e della Giunta è completato da altre fonti legislative. In deroga all'art. 55 della l. n. 833/1978, il piano sanitario non è più approvato con legge regionale *“120 giorni prima della scadenza di ogni triennio”*, ma con *“deliberazione”* del Consiglio regionale che ne *“definisce la durata e gli aggiornamenti”* (art 3, co. 1, l. r. 18/2007). Tale deliberazione deve essere adottata *“nell'anno di inizio al quale si riferisce la programmazione”* (art. 11, co. 2, l.r. 18/2007). Il piano regionale deve essere adeguato entro 150 giorni ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale, peraltro non ancora ultimato (art. 1, co. 13, D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*). Deve individuare *“gli obiettivi generali di salute e benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo dei servizi socio regionali”*, in particolare *“i criteri per il dimensionamento ottimale, per la distribuzione territoriale e per l'articolazione in rete dei servizi”* (art. 12, co. 1, lett. c) l. r. 18/2007), *“i criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali”* (lett. e), *“i metodi e strumenti da adottare per il governo delle aziende sanitarie regionali”* (lett. f), *“il quadro delle risorse umane e finanziarie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi”* (lett. g). In base ai documenti di monitoraggio e valutazione e ai risultati della relazione socio-sanitaria, il Consiglio *“formula indirizzi alla Giunta regionale anche per adeguare gli strumenti di programmazione socio-sanitaria”* (art. 13, co. 4, l.r. 18/2007).

11. Spetta inoltre al Consiglio regionale deliberare alcuni atti di organizzazione nel riassetto del servizio sanitario generale che individuano i nuovi ambiti territoriali e l'articolazione distrettuale delle ASL, le aziende ospedaliere e i relativi presidi nonché le aziende ospedaliero-universitarie (artt. 18-21 l. r. 18/2007). La stessa legge regionale attribuisce invece alla Giunta i compiti di elaborare "linee guida" per i profili e piani di salute (PEPS), i piani attuativi locali e quelli ospedalieri (art. 14, co. 7, 15, co. 7, 16, co. 6, l.r. 18/2007) e di individuare i servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto da espletarsi a livello di area, inclusi quelli relativi all'approvvigionamento di beni e servizi, alla logistica e alla gestione delle reti informative e dei centri di prenotazione (art. 23 l.r. 18/2007).

12. L'Accordo, il Piano di rientro (in seguito: Piano) e l'Addendum intendono dare esecuzione a tre leggi finanziarie statali, l'ultima delle quali consente, a seguito della sottoscrizione di accordo, l'accesso ad un maggior finanziamento per una quota pari all'80% del disavanzo pregresso (v. art. 2, co. 94, legge finanziaria 2010):

(1) L'art. 1, co. 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005) prevede un piano di rientro dai disavanzi con determinazione "*degli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico*", basato su un "*programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio*".

(2) L'art. 1, co. 796, lett. b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) stabilisce che "*qualora nel procedimento di verifica annuale del piano si prefigurino il mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, la regione interessata può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.*" Inoltre, "*gli interventi individuati dai programmi operativi (...), necessari per il perseguimento dell'equilibrio (...) sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione di provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria.*" Si prevede l'affiancamento obbligatorio per garantire, con il supporto consultivo e tecnico dei nuclei del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVEAS), un monitoraggio con procedimento di verifica annuale e un controllo ministeriale preventivo sui "*provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione*".

(3) In virtù dell'art. 2, co. 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), che recepisce analogo disposizione dell'Intesa Stato-Regioni sul "*Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009*" (art. 14), "*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 di rientro.*" Viene precisato inoltre che la verifica avviene con periodicità semestrale e annuale e che il parere ministeriale preventivo è richiesto "*esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro*" (art. 2, co. 96). Si precisa, peraltro, che l'Accordo, a tal proposito, prevede all'art. 2, co. 3, una "*cadenza semestrale*" per i procedimenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi, per le fasi intermedie, indicati nel Piano, fissando la prima verifica al 15 dicembre 2010.

13. Le fonti legislative statali sulle quali si basano l'Accordo e il Piano di rientro conferiscono alle determinazioni del Piano e del programma di attuazione la capacità di derogare agli atti legislativi e amministrativi vigenti, stabilendo obblighi per la Regione che vincolano l'esercizio di tutte le competenze dei suoi organi, senza peraltro attribuire nuove competenze a singoli organi regionali operanti nell'ordinamento della Regione Piemonte.

La competenza del Presidente della Giunta di rappresentare la Regione nella stipulazione dell'Accordo implica il potere di produrre attraverso l'accordo vincoli giuridici per tutti gli organi regionali, ma non quello di variare l'assetto delle competenze degli organi regionali così come definito dalla Costituzione (art. 121 Cost.), dallo Statuto e dalle leggi statali e regionali. Non essendo previsto alcun potere statutario di indirizzo e controllo del Consiglio per gli accordi che la Regione stipula con lo Stato e con altri enti pubblici, la loro esecuzione non può mutare le competenze degli organi regionali stabilite per legge. Altrimenti sarebbe alterata la forma di governo regionale stabilita dallo Statuto. Simili alterazioni potrebbero essere legittimate solo dall'esercizio del potere sostitutivo dello Stato (art. 120 Cost.), esercitabile in caso di mancata attuazione dei piani di rientro (cfr. Corte costituzionale, sent. nn. 2/2010, 77, 78 e 123/2011).

14. In questa ottica deve essere interpretato anche l'art. 3, co. 1, lett. b) di detto Accordo che prescrive come modalità di affiancamento ministeriale "*alle attività di gestione e di programmazione del Servizio sanitario regionale*" l'esame e la valutazione preventiva "*dei provvedimenti di approvazione e modifica dei piani e programmi sanitari a valenza regionale e dei*

programmi semestrali, da adottarsi con delibera di Giunta Regionale entro il 31 gennaio e il 30 giugno di ogni anno di vigenza del piano”.

L'art. 3, co. 1, lett. b) dell'Accordo disciplina solo le “*modalità di affiancamento*” e non conferisce alla Giunta regionale il potere di adottare i piani e programmi sanitari a valenza regionale. Nella misura in cui la competenza della programmazione è riservata al Consiglio, spetta alla Giunta, sin dalla fase della predisposizione degli atti sottoposti ad approvazione del Consiglio, chiederne la valutazione preventiva ministeriale. Nella misura in cui la competenza della programmazione non è riservata al Consiglio, essa rientra invece nella competenza generale dell'esecuzione delle leggi affidata alla Giunta.

15. Anche l'art. 5, co. 1, lett. a) dell'Accordo, che impegna la Regione ad “*approvare con delibera della Giunta Regionale*” l'Accordo unitamente al Piano entro sette giorni, non può alterare l'ordine delle competenze degli organi, ma si limita a porre una condizione di validità dell'Accordo stesso. In questo modo viene salvaguardata la competenza della Giunta Regionale cui spetta in ogni caso attuare il proprio programma di governo per quanto attiene alla sanità regionale e controllare la gestione dei servizi pubblici regionali che risultano vincolati dall'Accordo.

16. La DGR 44-165 del 28.2.2011 accoglie una specifica richiesta avanzata dal Tavolo e dal Comitato investiti della verifica del raggiungimento degli obiettivi del Piano, in seguito ad una proposta di realizzazione di ulteriori economie preannunciata dal Presidente della Giunta regionale con lettera del 14/01/2010 (v. verb. Tav. T.). Attraverso l'Addendum, “*la Regione delinea gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree per il periodo 2010-2012 e intende dare attuazione alle prescrizioni previste dall'Accordo concernenti il Programma attuativo e il conseguente dimensionamento dell'apporto finanziario a carico del bilancio regionale in relazione alla maggiore manovra perseguita per gli anni 2011 e 2012, la riorganizzazione della rete ospedaliera, il programma sanitario a valenza regionale per l'anno 2010*” (p. 2 delibera).

17. L'Addendum, “*in rispetto delle nuove indicazioni o strategie politiche del nuovo Governo regionale*”, è stato presentato come atto “*coerente con il Piano di Rientro e con il Programma del 30.9.2010, ma che preveda nuovi obiettivi e nuove azioni ad esse collegate con l'intenzione di sviluppare anche interventi sistematici e strutturali che generino effetti anche successivi al 2012.*” (p. 7). L'“*Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo*” si autoqualifica come un nuovo

“*programma analitico attuativo*” ai sensi dell’art. 1, co. 3 e 4, dell’Accordo che implica una “*ridefinizione della struttura del sistema della rete sanitaria*” e una “*forte azione di pianificazione e guida*” da parte della Direzione Sanità dell’Assessorato (p. 8). Il documento in oggetto prospetta un “*nuovo SSR e la riorganizzazione delle reti assistenziali*” (p. 12), sulla base della proposta al Consiglio regionale DGR 51-1358 del 29. 12. 2010.

18. Nell’interpretazione offerta dall’Assessorato, l’Addendum “*sviluppa e concretizza il piano di rientro*” e “*non ha caratteri modificativi o innovativi rispetto a quanto approvato con DGR 1-415 del 2. 8. 2010, ma prevede una serie di interventi modificativi di precedenti atti di Giunta per dare attuazione alle succitate azioni previste nel piano di rientro*” (punto n. 2 del documento inviato dal direttore Monferino in risposta ai quesiti presentati dalla Commissione, prot. CdG n. 14323 del 6.4.2011), articolato sulle seguenti azioni (punti 4.1- 4.4 del Piano):

- governo del sistema
- revisione delle reti dei presidi
- controllo costi del personale
- acquisto di beni e servizi
- acquisto di prestazioni da terzi
- altre voci di costo.

In relazione al rapporto Addendum/piano socio sanitario regionale, nel citato documento, il Direttore Monferino ha ribadito che i contenuti e gli indirizzi del futuro piano socio sanitario dovranno essere coerenti con l’Addendum. Evidenziando che il piano socio sanitario può solo “*individuare gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo dei servizi socio sanitari regionali e rappresentare lo strumento di definizione delle macro linee di indirizzo della programmazione sanitaria*”, il Direttore Monferino ha affermato che esso costituisce una sorta di “*cornice di sintesi, all’interno della quale vanno ricondotti i diversi Accordi, piani e programmi, con evidenza degli elementi di coordinamento, integrazione e sinergia tra di essi, nonché l’elemento di garanzia dell’uniforme applicazione degli obiettivi e dei LEA*” (pag. 3), e che quindi nello specifico il piano sanitario futuro rappresenterà la “*cornice entro cui dovranno continuare a svilupparsi le manovre previste dall’Addendum*” (punto n. 8 del documento citato).

Nell’interpretazione sostenuta dai richiedenti, invece, l’Addendum andrebbe oltre una semplice attuazione del piano di rientro nei quattro assi (personale, spesa farmaceutica, acquisto di prestazioni dai privati, acquisto di beni e servizi) delineati dall’Assessore nella seduta della IV

Commissione consiliare del 23.2.2011 ed anticiperebbe le determinazioni del piano socio-sanitario, invadendo le relative competenze del Consiglio.

Al fine di risolvere le divergenze di interpretazione, occorre esaminare se l'Addendum assuma determinazioni tipiche riservate alle procedure di approvazione consiliare del piano sanitario pluriennale.

19. Per quanto riguarda l'incidenza dell'Addendum sulle competenze consiliari di pianificazione, va rilevato innanzitutto che il "Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico" (allegato A della DGR 1-415 del 2.8.2010) prospettava *"nel corso dell'anno"* (2010) l'avvio della *"predisposizione del nuovo piano socio-sanitario sulla base degli indirizzi in via di definizione"* (p. 5). A tale proposito, il Piano incorpora una "relazione" redatta dal personale preposto alla funzione di relazione sanitaria piemontese (pp. 8 ss.) anticipando in parte quella prevista per la fine del piano triennale 2008-2010. Il Piano ha compiuto anche una valutazione dei *"risultati di salute"* al fine di rendere gli interventi programmati compatibili e coerenti con tali risultati, valutazione che la legislazione regionale riserva al Consiglio, cui spetta definire in base ad essa i propri indirizzi per l'adeguamento degli strumenti di pianificazione socio-sanitaria (art. 13, co. 4, l.r. 18/2007).

20. La valutazione contemplata nel Piano di rientro che forma parte dell'Accordo costituisce, peraltro, attuazione delle leggi finanziarie statali sopra citate e comporta pertanto una limitazione non illegittima delle attribuzioni del Consiglio.

Nella misura in cui la relazione sanitaria definitiva dovesse poi divergere da quella contenuta nel Piano stesso, le valutazioni e gli indirizzi conseguenti stabiliti dal Piano di rientro dovrebbero ritenersi rivedibili, sia nel caso di una diversa attuazione del piano accettata dal Ministero, sia nel caso di una formulazione di diversi indirizzi per l'adeguamento degli strumenti di pianificazione socio-sanitaria (art. 13, co. 4, l.r. 18/2007), purché la revisione delle valutazioni e degli indirizzi non pregiudichi il principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria espresso dalle leggi statali citate (cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 123/2011, punto 6.1. del considerato in diritto).

21. La DGR 51-1358 del 29.12.2010 ha deliberato *"l'avvio del progetto di riordino del sistema sanitario regionale"*, definendone vari *"principi"* e *"dando atto che con successivi provvedimenti si*

procederà allo sviluppo dei conseguenti interventi". Attuando il secondo dei principi, e cioè la *"ridefinizione (...) degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali, favorendo la più efficace risposta sanitaria e socio-sanitaria"*, la delibera ha deciso di sottoporre poi al Consiglio una *"proposta di riorganizzazione dell'assetto istituzionale del SSR, mediante individuazione della nuova configurazione degli attuali ambiti organizzativi e territoriali"* delle aziende sanitarie locali, ospedaliere ed ospedaliero-universitarie, ai sensi degli artt. 18, 20 e 21 della l.r. 18/2007.

La delibera non prospetta alcun risparmio quantificato e non figura tra quelle previste dal Piano di rientro, il quale si limita a richiamare il precedente accorpamento di 22 in 13 ASL con delibera consiliare n. 136 del 22.10.2007 (p. 5 punto 1.2.1). In effetti, il rinvio consensuale dell'approvazione della proposta fino all'adozione contestuale del piano socio-sanitario, rinvio ispirato al principio di leale collaborazione tra Consiglio e Giunta, non risulta essere stato oggetto di valutazione da parte del Tavolo tecnico. La DGR 51-1358 non compie nemmeno la *"predisposizione del nuovo piano socio-sanitario sulla base degli indirizzi in via di definizione"*, prospettata nel Piano di rientro, limitandosi a definire indirizzi politici ed amministrativi.

Tali "linee guida" del riordino del sistema sanitario regionale non rappresentano un intervento attuativo e non compaiono tra gli obiettivi del Piano; pertanto non risultano vincolati dallo stesso. Si tratta di un atto di indirizzo politico che vincola, da un lato, gli interventi attuativi del Piano di rientro, dall'altro, la predisposizione del piano socio-sanitario in sede di Giunta.

Trattandosi quindi complessivamente di un atto non vincolato dal Piano di rientro e non vincolante per il futuro piano socio-sanitario, le attribuzioni del Consiglio non paiono menomate da tale delibera.

22. L'Addendum prospetta un *"intervento di riforma"* con l'obiettivo di una *"ridefinizione della struttura del sistema della rete sanitaria"*, in particolare della rete ospedaliera che *"sarà rivista costituendo complessivamente sei reti"* (p. 8). Nella parte relativa agli *"obiettivi del programma attuativo"* si indica al punto *"1.1. La riforma del SSR del Piemonte"*, facendo esplicitamente riferimento allo scorporo degli ospedali dalle ASL, "attuato" dalla DGR 51-1358. L'Addendum qualifica le *"sei reti ospedaliere create"* (p. 12) come strutture necessarie per raggiungere gli obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e l'integrazione, per patologia, tra ospedale e territorio. Inoltre, *"la DGR rende necessaria una serie di interventi"* (p. 13) sulle reti di emergenza, di diagnostica dei laboratori e della radiologia nonché di degenza, peraltro già delineate nel Piano.

Secondo la memoria della Direzione Sanità, l'Addendum "dà per certa la riorganizzazione del SSR contenuta nella DGR 51-1358 del 29.12.2010" e quindi l'approvazione della sua parte propositiva. La memoria precisa peraltro che "le manovre previste dal programma attuativo tengono conto esclusivamente del quadro aziendale esistente anche se, ovviamente, dove è possibile, si prevede una organizzazione e un coordinamento dei servizi tra le attuali Aziende che tiene conto dell'esigenza di attuare la riforma strutturale proposta dall'attuale Giunta".

L'approvazione della delibera sul riordino delle ASL appare quindi posta come primo degli obiettivi del programma attuativo, ma non figura nel cronoprogramma degli interventi obbligatori individuati dall'Addendum. Risulta essere stata considerata "provvedimento fondamentale" dal Tavolo tecnico ministeriale (cfr. verbale della riunione del 7.2.2011, p. 5) e viene richiamata a livello di delibere attuative (cfr. DGR 18-1831 del 7.4.2011).

23. Le divergenze interpretative sulle competenze di Giunta e Consiglio traggono quindi origine da un atto, l'Addendum, il cui significato giuridico e la cui portata sono, in questa parte, oggettivamente equivocabili.

A rendere non chiara la natura del documento e la sua efficacia giuridica concorrono vari fattori:

- a) lungo tutto l'arco della sua parte espositiva, ed al contempo propositiva, nelle stesse intitolazioni delle aree di intervento, viene usata la dizione di "proposta" o ancor più precisamente "proposta metodologica" (cfr. pp. 15, 17, 20, 48, 53, 74), ed altresì si fa soprattutto riferimento alle "azioni proposte" (cfr. pp. 26, 29, 37, 45, 55, 76, 80, 84, 103, 105, 106, 108, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 120, 122, 126, 131, 134, 138, 142, 150, 153, 155, 156, 157);
- b) talora viene usata l'espressione (diversa): "azioni programmate" (cfr. p. 90);
- c) la lettura dei contenuti delle "proposte metodologiche" talora evidenzia una mera "ipotesi di lavoro" (es. "si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa per aree, con un bacino di riferimento orientativamente di 0,5-1 milione ed oltre di abitanti", p. 16); generalmente però con tale termine si esprime una scelta che appare definitiva e precisa, non a struttura "aperta";
- d) le "azioni proposte", considerate non nella forma di presentazione, ma nella loro sostanza, indicano una molteplicità e complessità di aree di intervento la cui natura "strutturale" in vari casi non può essere seriamente messa in dubbio. Esse, in particolare, risultano cadenzate da tempistiche anche molto ravvicinate, così come parimenti specificato nel

“cronoprogramma” (allegato 4 all’Addendum), per cui si pongono problemi rilevanti di compatibilità logica e cronologica con i contenuti programmatici e con le tempistiche del piano socio-sanitario *in itinere*.

Dal punto di vista logico in quanto si tratta di verificare in che modo può “armonizzarsi” un atto successivo generale contenente le “*macro linee di indirizzo della programmazione sanitaria*” con un precedente atto generale/speciale che rappresenta a sua volta il programma attuativo del Piano di rientro, riqualificazione e riorganizzazione.

Dal punto di vista cronologico in quanto l’urgenza (al pari della necessità) ha sicuramente condizionato l’operato della Giunta in sede di emanazione dell’Addendum, come anche riferito dall’Assessore e dal Direttore generale della Sanità, ma non può non rilevarsi in merito che, per un verso, non è stata seguita la procedura prevista dall’art. 57 dello Statuto (*Deliberazioni d’urgenza della Giunta regionale*), per altro verso non tutto il contenuto dell’Addendum è motivato da specifiche ragioni d’urgenza.

24. Alla stregua di quanto sopra, e rilevato come necessariamente l’azione della Giunta e del Consiglio si muova a due velocità, e che “*le modalità di attuazione, secondo l’accordo nazionale, prevedono tempistiche precise e stringenti*” (cfr. audizione Assessore Ferrero), il fattore tempo (e l’urgenza del provvedere) diventa una connotazione essenziale per la valutazione delle competenze dei due organi nel loro reciproco interagire: più che una mera dimensione “statica” del potere rileva il modo con cui, sul piano “dinamico”, l’organo (nella specie il Consiglio) possa intervenire con le necessarie tempistiche e consultazioni anche territoriali per coordinare ed approvare le “*proposte*” della Giunta.

E più ci si concentra sul profilo “dinamico” dell’azione della Giunta, anziché su quello “statico” della conformazione dell’Addendum, più ci si rimette all’emanazione degli atti “successivi” (attuativi) che potranno risultare concretamente lesivi delle prerogative del Consiglio.

25. Ulteriore profilo di analisi, al di là della compatibilità cronologica, è quello del carattere vincolante o meno dell’Addendum.

Fermo restando che non è controversa qui la materia delle aree di intervento sopra richiamate come quattro “assi” del Tavolo ministeriale (in ordine alle quali lo stesso primo firmatario Reschigna in sede di audizione non ha sollevato specifiche censure), il problema è stato invece posto, e ampiamente illustrato dal medesimo Consigliere, per gli atti che esulano da tali settori.

Orbene, va preliminarmente osservato che, in una materia così ampia e complessa, non è agevole, in molti casi, separare concettualmente e funzionalmente una misura contenitiva della spesa che ricada esclusivamente su personale, farmaceutica, acquisto beni e servizi e prestazioni dei privati: ciò sia in quanto trattasi di aree non di limitata estensione, sia in quanto le connessioni ed i collegamenti tra i quattro “assi” e l’organizzazione complessiva della sanità creano interdipendenze anche di carattere strutturale. D’altra parte il Direttore Monferino ha dichiarato che “è impossibile gestire il sistema senza incidere sulla struttura”.

Il problema è evidentemente quello di individuare la linea di confine tra ciò che può ritenersi necessitato da esigenze di carattere strutturale connesse ad una manovra economica restrittiva e ciò che rappresenta invece un nuovo indirizzo politico-amministrativo, frutto di un’iniziativa non destinata ad armonizzarsi con la pianificazione socio-sanitaria di competenza del Consiglio.

Qualora si considerasse, per effetto dell’Addendum, l’approvazione della proposta di delibera consiliare un obiettivo vincolante o comunque necessario per il raggiungimento degli obiettivi del Piano, la delibera consiliare di riorganizzazione si trasformerebbe, da atto facoltativo e rivedibile nel contenuto, in atto obbligatorio e vincolato. Una mancata approvazione o un’approvazione di emendamenti alla delibera proposta esporrebbe infatti la Regione al rischio di essere considerata inadempiente nei confronti dello Stato. Siffatta inadempienza, poi, sarebbe innegabile ove la mancata approvazione o l’approvazione con emendamenti comportassero una violazione del citato principio fondamentale di contenimento della spesa pubblica (cfr. par. 20).

Se si ritiene invece che l’Addendum renda la delibera consiliare non obbligatoria, emendabile e rivedibile in sede di pianificazione socio-sanitaria, l’atto dal quale trae origine la controversia non comporterebbe una menomazione della sfera delle attribuzioni consiliari, a differenza della prima chiave di lettura sopra evidenziata.

26. Spetta al Consiglio regionale definire con il piano sanitario “*il quadro delle risorse umane e finanziarie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi*” (art. 12, co. 1, lett. g) l. r. 18/2007; cfr. Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, pp. 42 ss: “*Una gestione da riequilibrare*”). Tale quadro deve essere concretizzato dagli strumenti di programmazione e di gestione finanziaria e rispettare i principi di coordinamento della finanza pubblica. Attraverso l’art. 22 della l.r. 27 dicembre 2010, n. 25 (Legge finanziaria regionale per il 2011), il Consiglio ha autorizzato “*manovre strutturali di riduzione delle spese correnti*”, facendo riferimento ad un’ipotesi di superamento dello standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale ai sensi dell’art. 2 co. 77 della legge n. 191/2009.

L'art. 5, co. 5, dell'Accordo prevede, per il caso del configurarsi, in corso di attuazione del Piano di rientro, di un simile superamento, l'impegno della Regione alla riformulazione del Piano. L'Accordo e l'Addendum si riferiscono tuttavia ad un Piano di rientro *“per regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario”* di cui al co. 77, richiamando l'art. 2, commi 93-97, della stessa legge.

27. L'Addendum indica un quadro economico-finanziario mutato rispetto a quello del Piano di rientro, con manovre ampliate per il contenimento dei costi, a fronte di una spesa tendenziale corrente aumentata (cfr. pp. 99 e s. del Piano e pp. 159 ss. dell'Addendum, tabelle H e I). Mentre nel Piano era previsto un risparmio, per l'anno 2011, di euro 225.138.000,00 e, per l'anno 2012, di euro 283.718.000,00, l'Addendum indica i risparmi rispettivamente in euro 316.259.000,00 e 392.662.000,00.

Nella misura in cui l'Addendum prospetta (V. pp. 161-162) una spesa aumentata rispetto al piano di rientro oggetto dell'Accordo (V. p. 100), tali eccedenze non sono state oggetto di rilievo da parte del Tavolo Tecnico. Nella misura in cui l'Addendum prospetta invece in modo vincolante una serie di economie ulteriori, non incluse nel totale delle manovre di cui alla tabella H (ad es. pp. 27, 30), tali determinazioni risultano aggiuntive rispetto al Piano di rientro. Tale ulteriore manovra, però, non ha un impatto negativo sulle competenze consiliari di pianificazione del quadro delle risorse finanziarie perché legittimata con l'approvazione dell'art. 22 l.r. n.15/2010.

28. L'Addendum specifica economie ulteriori non incluse nel totale delle manovre di cui alla tabella H. Si prospettano risparmi per euro 8.616.000,00 attraverso la riduzione degli straordinari dei medici del Centro Operativo 118 e delle postazioni ambulanza (p. 27). L'Addendum prospetta inoltre una ristrutturazione della rete di emergenza con conseguente riduzione dei DEA I da 31 a 25 e una riduzione del personale di 618 unità, *“a supporto della decisione di blocco di turnover”* (p. 30).

Anche il Piano di rientro aveva prospettato azioni di revisione della rete dell'emergenza ospedaliera (p. 54), nel primo programma di attuazione definite in base alle *“linee guida”* contenute nella DGR 48-8609 del 14.4.2008. *“Al fine di evitare iniziative autonome e slegate da un processo di programmazione più generale”*, l'Addendum definisce ulteriori obiettivi e propone una ridefinizione delle reti delle emodinamiche, dello *stroke* e del politraumatizzato. I risparmi maggiori

sono conseguenti alla *“ridefinizione dell'emergenza e dei suoi collegamenti con la rete territoriale”* (verbale Tavolo tecnico, p. 5).

Tali determinazioni programmano in parte l'individuazione di funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area sovrazonale o in sostituzione di quelle di altre aziende sanitarie (art. 13, co. 3 e 5, l.r. 18/2007), in parte *“linee guida”* per i programmi annuali delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere. Le stesse determinazioni implicano tuttavia anche criteri per *“l'articolazione in rete dei servizi, ivi compresi quelli sovrazonali”*, riservata alla pianificazione socio-sanitaria (art. 12, co., 1 lett. c l.r. 18/2007).

Queste determinazioni rischiano di incidere sulle competenze consiliari e appaiono legittime solo nella misura in cui risultano effettivamente indispensabili per l'attuazione del piano di rientro oggetto dell'accordo. Altrimenti possono essere considerate derogabili e quindi rivedibili e variabili in sede di pianificazione sanitaria, sempre previa valutazione del Tavolo tecnico competente a verificare che non pongano ostacolo alla piena attuazione del Piano (art. 2, co. 96 l. 191/ 2009).

29. Il Piano prevede inoltre un *“atto di programmazione integrata della rete dei presidi ospedalieri”* per dare attuazione all'art. 6 del Patto per la Salute 2010-2012 (p. 93 e s.). L'Addendum definisce una *“rete di degenza, sulla base di parametri condivisi, attraverso il fabbisogno di prestazioni appropriate di acuzie per specialità e per area geografica e il corrispondente numero di posti letto, l'appropriatezza delle attività di post-acuzie e le strutture organizzative risultanti”* (pp. 31 ss.). Andando oltre il Piano (p. 53), che indica come obiettivo una riduzione dello standard dei posti letto a 4 posti letto di cui 0,7 per le post-acuzie, si *“evidenzia lo spazio per una riduzione di circa mille posti letto portando il totale di posti letto per acuzie a circa 3 PL per mille abitanti* (p. 36). Il ridimensionamento dei posti letto di post-acuzie renderebbe disponibili risorse di personale *“che potranno essere impiegate per compensare le carenze indotte dal blocco del turn-over.”*(p. 45).

L'Addendum ravvisa la necessità di *“prevedere una revisione annuale della normativa regionale sulla base dell'adeguamento della riorganizzazione della rete assistenziale e di continuità delle cure ai bisogni emergenti dell'utenza”* (p. 46). Per gli interventi sulla rete di degenza si prospettano economie quantificate nelle voci *“Personale”* e *“Acquisto prestazioni da privato”* (p. 56), per gli interventi sulla rete territoriale accanto ad economie indirette per degenza ed emergenza anche un incremento della spesa per effetto della creazione di nuovi Centri di Assistenza Primaria (76 e s.).

30. Le determinazioni in merito alle reti di degenza e alla rete territoriale (1.3. e 1.4.) sono formulate con terminologia e con il ricorso a categorie concettuali che richiamano quelle del precedente piano socio-sanitario 2007-2010 (pp. 147 ss.). Infatti, l'Addendum individua i *"principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione"* (art. 12, co. 1, lett. a) e le *"criticità presenti nel sistema"* (lett. b). Indica non solo degli standard minimi dei servizi, ma *"criteri per il dimensionamento ottimale"* (lett. c, cfr. p. 64: *"ottimizzazione della rete"*), criteri generali per *"forme innovative di erogazione"* (lett. d, cfr. p. 43: *"funzione territoriale riabilitativa"*) e criteri per l'organizzazione dei servizi (lett. e, cfr. p. 76: *"riordino strutture territoriali residenziali"*). Sempre in questo contesto definisce anche *"metodi ed indicatori per la valutazione"* (lett. m, cfr. p. 46: *"Commissioni di vigilanza plurispecialistiche"*, p. 77: *"indicatori per il monitoraggio"*).

Sul punto, l'Addendum contiene quindi, in misura rilevante, gli elementi tipizzati *ope legis* di un piano socio-sanitario. Non limitandosi a "predisporre" tale piano, tali determinazioni incidono sensibilmente sulle attribuzioni consiliari in tema di pianificazione socio-sanitaria e appaiono pertanto legittime solo nella misura in cui risultino effettivamente indispensabili per l'attuazione del Piano di rientro oggetto dell'Accordo. Se viceversa non risultano indispensabili, possono essere considerate derogabili e quindi rivedibili e variabili in sede di pianificazione sanitaria, sempre previa valutazione del Tavolo tecnico competente a verificare che non pongano ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro (art. 2, co. 96, l. 191/ 2009).

31. Per quanto riguarda le altre determinazioni controverse dell'Addendum, va invece precisato che lo stesso Piano di rientro aveva prospettato un forte sostegno alle azioni atte a migliorare l'appropriatezza anche della diagnostica per immagini (p. 55), un forte decremento dei costi dell'assistenza integrativa e protesica (p. 87) e la ridefinizione della rete dei laboratori (p. 94). Tra gli obiettivi specifici elencati dal Piano rientrano anche altri interventi relativi ad es. alla logistica e alla tessera sanitaria (p. 70).

Non paiono pertanto comportare invasione delle competenze del Consiglio quelle parti dell'Addendum che attuano tali contenuti del Piano di rientro.

32. Complessivamente, alla luce delle attribuzioni, dell'insieme degli atti di pianificazione e di programmazione e delle delibere esecutive successive esaminate in questo parere, la Commissione formula i seguenti rilievi.

In via preliminare osserva che la Giunta ha fornito un'interpretazione restrittiva del concetto di piano socio sanitario che non tiene sufficientemente conto dell'art. 12 della legge regionale 18/2007.

In ordine ai rapporti tra piano statico e piano dinamico della fattispecie in esame si evidenziano complessi problemi di compatibilità logica e di interferenza cronologica tra l'Addendum e i contenuti e i tempi di approvazione del Piano socio sanitario regionale, nonché la circostanza che non è stata assunta alcuna delibera seguendo la procedura di urgenza prevista dall'articolo 57 dello Statuto.

Sul piano più specifico della questione proposta osserva che l'esercizio delle funzioni di direzione politico-amministrativa della Giunta ha inciso in misura non irrilevante sui poteri di indirizzo e di pianificazione del Consiglio sanciti dalle attribuzioni della legge r. n. 18/2007.

Tali incisioni tuttavia non comportano lesioni delle stesse attribuzioni nella misura in cui le determinazioni dell'Addendum possono essere considerate indispensabili per la piena attuazione del Piano di rientro e quindi legittimate dalle rispettive fonti quale espressione del principio del necessario contenimento della spesa pubblica finanziaria (cfr., da ultimo, Sent. Corte Cost. n. 123/2011).

Nella misura in cui le determinazioni dell'Addendum risultano, invece, soltanto contestuali e collegate agli interventi specifici individuati dal piano di rientro e concretizzati dal programma di attuazione, il Consiglio regionale non è vincolato, ma libero di rivedere gli indirizzi e di prendere in considerazione alternative politiche, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi di contenimento della spesa perseguiti con la piena attuazione del Piano di rientro.

33. Va ricordato infine che il principio generale di leale collaborazione tra gli organi regionali esige di contenere al massimo l'impatto del Piano sui poteri di indirizzo e controllo del Consiglio nella pianificazione socio-sanitaria, ferma restando la preminenza del Piano sancita dall'art. 2, co. 96, l. 191/2009. Anche il principio del buon andamento del sistema sanitario regionale esige peraltro di evitare, il più possibile, una duplicazione e complicazione delle procedure di pianificazione e programmazione, ferma restando la possibilità di incorporare determinazioni del Piano di rientro nello stesso piano socio-sanitario.

Nulla vieterebbe, in ultima analisi, al Consiglio di prevenire il rischio di uno svuotamento dei propri poteri di pianificazione ed altresì il rischio di dispersione delle connesse opportunità di partecipazione, con beneficio degli obiettivi del rientro.

Il Consiglio regionale resta libero di rafforzare ulteriormente i propri strumenti di indirizzo e controllo, anche nei confronti delle deliberazioni attuative del Piano, eventualmente attraverso una riforma della stessa l.r. 18/2007.

Il presente parere è trasmesso ai richiedenti, al Presidente della Giunta regionale e, ai sensi degli artt. 92, co. 3, dello Statuto e 7, co. 1, della l.r. n. 25/2006, al Consiglio regionale.

Così deciso in Torino, nella sede del Consiglio regionale del Piemonte, il 28 aprile 2011. Depositato in data 2 maggio 2011.

Claudio Simonelli
(Presidente)

Francesco Dassano
(Estensore)