

Parere pro veritate

Il Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università degli Studi di Bologna - Alma Mater Studiorum, in attuazione della Determinazione del Direttore generale Cura alla Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 2921 del 18/02/2021 avente ad oggetto: "Affidamento del servizio di consulenza giuridica su modifica legge regionale, ai sensi dell'art. 1 co. 2 lett. a) del d.l. 76/2020 convertito con modificazioni dalla l. 120/2020", ha stipulato un contratto, tramite il mercato elettronico di Intercenter (relativo alla RDO "PI051289-21") con la suddetta Direzione Generale.

Oggetto del contratto è l'espressione di un parere pro veritate, che chiarisca, avuto riguardo anche al nostro assetto costituzionale in materia di tutela della salute e organizzazione sanitaria, nonché al regime delle responsabilità in capo al Direttore Sanitario, così come previste dalla normativa vigente e, soprattutto, dal D.Lgs. 502/1992 – se si possa con legge regionale introdurre la figura del "Direttore assistenziale" quale soggetto anch'esso facente parte della Direzione strategica delle Aziende del SSR, ora composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e, limitatamente alle Aziende USL, dal Direttore delle Attività Socio-Sanitarie. E' richiesta, altresì, l'esplicitazione di ogni necessario e/o opportuno adeguamento al testo di detto progetto di legge regionale e/o ai contenuti delle relazioni tecniche.

Questo Dipartimento, in accordo con la Direzione Generale Cura alla Persona, Salute e Welfare, ha individuato i professori Giovanni Facci e Andrea Morrone, quali docenti competenti all'espressione del parere pro veritate, che viene di seguito riportato.

1. Per rispondere al quesito occorre cominciare con l'inquadrare la proposta di legge istitutiva della nuova figura del «*Direttore assistenziale*» nell'ambito dell'ordinamento costituzionale vigente sulle competenze di Stato e regioni in materia di tutela della salute.

Com'è noto, la revisione costituzionale del titolo V, parte II, della Costituzione (l.cost. n. 3/2001), fin dal tenore testuale, ha ampliato la competenza concorrente delle regioni ordinarie in materia di diritto alla salute, passata dalla originaria «*assistenza sanitaria ed ospedaliera*» alla attuale «*tutela della salute*». Da questo punto di vista, ancora più correttamente, va detto che la revisione ha dato copertura costituzionale all'ordinamento positivo che si era già realizzato

nella legislazione di attuazione, dato che il Parlamento, fin dalla fine degli anni Settanta, in maniera più avanzata rispetto al tenore della vecchia formula dell'art. 117.2, Cost., aveva regionalizzato il sistema sanitario nazionale (SSN), mediante i sistemi sanitari regionali (SSR) (cfr. la legge n. 833/1978, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*; e, soprattutto, la riforma operata con il d.lgs. n. 502 del 1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, modificato più volte, tra cui, soprattutto, con il d.lgs. n. 229/1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*).

Il nuovo testo dell'art. 117 Cost. qualifica la «*tutela della salute*» materia di «*legislazione concorrente*»: il significato di questa formula è che su una stessa materia qualificata come «concorrente» è ammesso l'intervento tanto dello Stato quanto delle regioni, sulla base del criterio costituzionale di *divisione*, che riserva alla legge statale «*la determinazione dei principi fondamentali*» della materia (mediante le cd. *leggi cornice*), e attribuisce alla legge regionale la cd. *disciplina di sviluppo o di dettaglio* (secondo le espressioni più utilizzate in dottrina per qualificare la potestà regionale in materia concorrente).

Per comprendere bene il senso di questa delimitazione di competenza concorrente e, quindi, per chiarire i margini costituzionali della potestà legislativa regionale in materia di «*tutela della salute*», in via preliminare, è necessario tenere presente il fine e il contenuto complessivi della revisione costituzionale. Scopo di quest'ultima è stato quello di disegnare un *nuovo* (rispetto al passato) modello di *stato regionale*, a partire da un *nuovo* ordine di competenze legislative statali e regionali, basato sul criterio – di derivazione federale – secondo il quale allo Stato spettano poteri legislativi limitati e enumerati e alle regioni poteri legislativi residuali e perciò generali.

Così, infatti, dopo avere individuato i limiti generali alla legge statale e regionale (rispettare la Costituzione e i vincoli derivanti dal diritto dell'Unione europea e dagli obblighi internazionali), il nuovo art. 117 Cost. stabilisce che allo

Stato spetta la «legislazione esclusiva» in materie espresse e enumerate (art. 117.2, Cost.) – tra cui, per quello che qui interessa, la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (LEP o, nella nostra materia, LEAS, livelli di assistenza sanitaria) –; alle regioni la potestà legislativa sia in materie concorrenti enumerate (come la «tutela della salute»: art. 117.3, Cost.), sia «in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato» (art. 117.4, Cost., cd. *clausola di residualità*).

Dal combinato disposto di queste regole costituzionali si trae conferma, ancora una volta, del fatto che il contenuto dell'autonomia regionale è oggi più ampio rispetto al passato: il vecchio titolo V, infatti, stabiliva una regola *inversa* a quella ora vigente, ossia che le regioni potevano emanare «norme legislative» – si badi «norme», senza parlare nemmeno di «potestà legislativa», come fa oggi il nuovo testo del 3° comma, art. 117 Cost. – «nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato» *solamente* in materie enumerate e limitate (nel vecchio testo dell'art. 117 Cost.). Così, in via implicita, l'ordinamento *previgente* assegnava allo Stato una potestà legislativa generale, non predeterminata e nell'oggetto e nel contenuto.

La principale conseguenza della revisione costituzionale è che in sede applicativa si deve seguire un criterio di stretta interpretazione delle competenze statali e, all'opposto, un criterio estensivo delle competenze regionali, perché laddove la Costituzione non dice espressamente vale il *favor* per la legislazione regionale, ossia una presunzione di competenza regionale, confermata anche dalla clausola di residualità del 4° comma dell'art. 117 Cost.

Una prova si trae testualmente anche in ordine alle conseguenze della revisione costituzionale sulla disciplina decentrata dei diritti fondamentali e, tra questi, proprio del diritto alla salute. L'art. 117.2, Cost., affida alla competenza esclusiva dello Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio

nazionale». Questa disposizione, letta insieme alla competenza regionale concorrente in materia di «*tutela della salute*», implica che la revisione costituzionale ha voluto assegnare allo Stato la definizione degli standard di tutela, oltreché la posizione dei principi fondamentali della materia, con la conseguenza che oltre quegli standard di tutela e negli spazi liberi dai principi fondamentali statali la regione gode di un'autonomia normativa piena.

Alla luce di questa *ratio costituzionale*, favorevole al massimo sviluppo della legislazione regionale, sia pure nel quadro di principi e di limiti di sistema affidati alla legislazione dello Stato, si comprende come la giurisprudenza, fin dai primi precedenti successivi alla revisione costituzionale, abbia confermato in capo alla regione la possibilità di un esercizio della potestà legislativa concorrente *anche in assenza* di principi fondamentali espressi in nuove leggi cornice, e ciò *a fortiori* dopo la legge cost. n. 3/2001.

Nella paradigmatica sent. n. 282/2002, proprio in materia di «*tutela della salute*», di fronte alla domanda «*se la legge (regionale) impugnata rispetti i limiti della competenza regionale, ovvero ecceda dai medesimi*», la Corte costituzionale ha chiarito che «*la risposta (...) deve oggi muovere – nel quadro del nuovo sistema di riparto della potestà legislativa risultante dalla riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione realizzata con legge costituzionale n. 3 del 2001 – non tanto dalla ricerca di uno specifico titolo costituzionale di legittimazione dell'intervento regionale, quanto, al contrario, dalla indagine sulla esistenza di riserve, esclusive o parziali, di competenza statale*» (p.n. 3, diritto). Il che equivale a dire proprio ciò che qui si è precisato: ossia che alla luce del nuovo riparto di competenze, la regola è la potestà regionale e l'eccezione i limiti riferibili ad essa. Circa il limite dei principi fondamentali, nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha confermato l'indirizzo per cui la regione, nelle materie di sua competenza, non deve attendere l'adozione di nuovi principi statali (cioè l'adozione statale di nuove leggi cornice), ma può legiferare anche in assenza di leggi cornice, purché nel rispetto dei «*principi fondamentali comunque risultanti*

dalla legislazione statale già in vigore» (sent. n. 282/2002, p.n. 4 diritto, soluzione in continuità con l'art. 17, della l.n. 281/1970).

Ancora più chiaramente, secondo il giudice delle leggi: «*Con la riforma del Titolo V il quadro delle competenze è stato profondamente rinnovato e in tale quadro le regioni possono esercitare le attribuzioni, di cui ritengano di essere titolari, approvando – fatto naturalmente salvo il potere governativo di ricorso previsto dall'art. 127 della Costituzione – una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella statale*» (sent. n. 510/2002).

2. La disciplina della «*tutela della salute*» trova nel d.lgs. n. 502/1992, e successive modificazioni, la fonte della disciplina vigente sui rapporti e sulle competenze di Stato e regioni. Questa disciplina, proprio per essere posta da un atto legislativo subordinato alla Costituzione (art. 117.1, Cost.), deve essere interpretata e applicata in maniera coerente con il nuovo ordinamento costituzionale introdotto dalla legge cost. n. 3/2001.

In via generale, il d.lgs. n. 502/1992 prevede che il cuore delle attribuzioni legislative regionale sia proprio l'organizzazione delle funzioni e dei servizi per la tutela della salute.

In base all'art. 1, il Sistema sanitario nazionale (SSN) è configurato «*quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali*» (SSR). Fin da questa disposizione, dunque, si stabilisce, senza dubbio, l'articolazione regionale dell'organizzazione del SSN e, quindi, la possibilità, con legge regionale, di differenziare i modelli amministrativi di ciascun SSR in base alle esigenze dei territori regionali.

L'art. 2 specifica i contorni della regionalizzazione, indicando che alle regioni spettano «*la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e*

sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie». La legge regionale «istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale» (comma 2-bis) cui spetta l'approvazione del «piano sanitario regionale» (comma 2-ter); le regioni «definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane» (comma 2-quater); la legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e locale, nonché una serie di profili organizzativi (comma 2-sexies) tra i quali «l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (...)», «i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale (...)», «la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti (...)», «il finanziamento delle unità sanitarie locali (...)».

Con riferimento all'organizzazione delle unità sanitarie locali, costituite ora in «aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale», mediante «atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali» (art. 3, c. 1-bis), il d.lgs. n. 502/1992 individua gli organi dell'azienda: Direttore generale, Collegio di direzione, Collegio sindacale (art. 3, 1-quater). Si prevede che il Direttore generale adotti l'atto aziendale, sia il responsabile della gestione complessiva, e nomini «i responsabili delle strutture operative dell'azienda».

A questo riguardo, la disciplina statale prevede che il Direttore generale nomini «il direttore amministrativo e il direttore sanitario», che lo coadiuvano nell'esercizio delle sue funzioni: «essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale» (art. 3, cc. 1-quinquies e 1-sexies). La disposizione aggiunge

che «*le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria*» (art. 3, c. 1-*quater*). Le ulteriori disposizioni (commi 6 e 7) si occupano della nomina e dei requisiti del Direttore generale, delle sue responsabilità gestionali e di rappresentanza, dei rapporti col Direttore sanitario, col Direttore amministrativo, col consiglio sanitario in ordine all'obbligo di motivazione dei provvedimenti assunti in difformità al parere di questi ultimi; nonché dettano i requisiti degli organi monocratici e, in particolare, lo *status* e le competenze del Direttore sanitario (specificando che «è *un medico*», che «*dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relative alle materie di competenza*»), e quelle del Direttore amministrativo (è «*un laureato in discipline giuridiche o economiche*», che «*dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale*»).

Il d.lgs. n. 171/2016 (*Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria*), ha stabilito una nuova disciplina per il conferimento degli incarichi dei dirigenti sanitari indicati nelle figure del Direttore generale, del Direttore sanitario, del Direttore amministrativo e «*ove previsto dalla legislazione regionale*», del Direttore dei servizi sociosanitari, con l'obiettivo di garantire il mantenimento di un margine decisionale ampio al Direttore generale per scegliere chi affiancare a sé nel governo aziendale nonché per assicurare che la scelta possa ricadere su persone altamente qualificate, dotate di tutti i requisiti di idoneità all'assunzione dei compiti propri del ruolo da ricoprire. Ciò avviene per mezzo dell'iscrizione (previa selezione pubblica) in un elenco nazionale per (gli aspiranti) direttori generali (art. 1), e in elenchi regionali per (gli aspiranti) Direttore sanitario, amministrativo e per i servizi sociosanitari (art. 3). Le regioni nominano il Direttore generale attingendo dagli iscritti all'elenco nazionale (art. 2); il Direttore generale nomina gli altri direttori «*attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni*» (art. 3).

Dal quadro positivo vigente, testé riassunto, si desume chiaramente che il SSN si basa sulla legislazione regionale per quanto concerne la sua organizzazione. I SSR trovano un limite sia nei LEP, sia nei principi fondamentali statali: questi ultimi, tuttavia, stabiliscono solo alcune caratteristiche minime e essenziali della struttura dei SSR (aziende-unità sanitarie locali) e all'individuazione degli organi principali. Questi principi fondamentali, per così dire, dettano il contenuto minimo e necessario dell'organizzazione del SSR, ciò che non impedisce affatto la previsione da parte del legislatore regionale di un contenuto eventuale ed ulteriore, in relazione a specifiche esigenze organizzative di contesto.

Vale la pena di rimarcare che la figura del Direttore per i servizi sociosanitari è figura che non era prevista in origine dal d.lgs. n. 502/1992, ma che è stata istituita dalle regioni proprio nell'esercizio delle proprie competenze legislative in materia di organizzazione del SSR (cfr. l. r. Veneto n. 32/0212). Detta figura, nata dal diritto regionale, poi, è stata recepita dal legislatore statale nella disciplina nazionale (art. 1, cit., d.lgs. n. 171/2016). Ciò che dimostra, ancora una volta, come le regioni, nell'esercizio della potestà concorrente, hanno anche il potere di intervenire in materia di dirigenza sanitaria, integrando l'organigramma previsto dalla legge cornice.

3. Il progetto di legge regionale, recante l'istituzione di una «Direzione assistenziale», quale parte integrante della Direzione strategica aziendale, rappresentata al suo vertice dal «Direttore assistenziale», muove da un contesto di riferimento caratterizzato dall'evoluzione del processo di professionalizzazione delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecnica, della riabilitazione e

della prevenzione (e dalla conseguente valorizzazione delle competenze di tali figure professionali)¹.

In particolare, nel corso degli ultimi decenni le professioni sanitarie hanno raggiunto importanti approdi in punto di autonomia professionale e di riconoscimento normativo, con conseguenti aspettative di una maggiore autonomia decisionale e organizzativa, viste come condizioni indispensabili e necessarie per il pieno esercizio delle proprie responsabilità.

Al riguardo, è significativa la previsione del co. 566 della legge 23.12.2014, n. 190, nella parte in cui dispone che *«ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari»*.

Altrettanto significativa dell'evoluzione delle professioni sanitarie è la ricostruzione del diritto vivente volta ad individuare in capo al personale sanitario non medico una specifico posizione di garanzia nei confronti del paziente del tutto autonoma rispetto a quella del medico, derivante dall'autonoma professionalità del personale infermieristico (*«che... svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo... onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico»*), che viene correttamente considerato – dai giudici di legittimità – non più *«ausiliario del medico»*, ma *«professionista sanitario»*, portatore di una

¹ Al riguardo, si veda il documento finale del "Gruppo interaziendale sviluppo delle professioni sanitarie in area metropolitana di Bologna" voluto dalla CTSSM e insediato in ottobre 2016 in https://www.ctss.bo.it/Engine/RAServeFile.php/f/documenti/all._2_doc._Sviluppo_Professioni_Sanitarie_in_Area_MetroBo__.pdf

«posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. 2 e 32 Cost., nei confronti dei pazienti» (Cass., pen., 29 marzo 2019, n. 39256, in Banca dati Pluris; Cass. pen., 2 gennaio 2018, n. 5, in Banca dati Pluris; Cass. pen., 3 dicembre 2015, n. 2541, in Banca dati Pluris; Cass. pen., 13 maggio 2011, n. 24573, in Banca dati Pluris; Cass. pen. 2 marzo 2000, n. 217477; Cass. pen. 10 dicembre 2014, n. 2192).

Ancora, si è affermato che *«gli operatori, medici o paramedici, di una struttura sanitaria, sono tutti, ex lege, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure o attenzioni, e, in particolare, sono portatori della posizione di garanzia che va sotto il nome di posizione di controllo, la quale, come è noto, è contrassegnata dal dovere giuridico incombente al soggetto, di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità» (Cass. pen. 2 marzo 2000, n. 217477).* La fonte della posizione di garanzia è individuabile, quindi, direttamente nei principi solidaristici che impongono una tutela rafforzata e privilegiata del bene salute – non essendo il titolare in grado di proteggerla autonomamente – con l'attribuzione, a determinati soggetti, della qualità di garanti di questi beni di primaria importanza per la persona e con conseguente assegnazione e riconoscimento di poteri impeditivi dell'evento.

In generale, tali precedenti appaiono significativi di un inquadramento e di una visione delle professioni sanitarie, pur nella diversità dei ruoli, calata in una organizzazione non più verticale delle cure ma orizzontale, al fine di una ottimizzazione delle prestazioni e dei servizi diagnostici, terapeutici ed assistenziali.

4. La proposta di legge regionale della regione Emilia-Romagna - recante la previsione della figura del *«Direttore assistenziale»* - ipotizza che *«All'art. 3, comma 5, ultimo periodo, della Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, dopo*

la locuzione “socio-sanitarie” è aggiunto senza soluzione di continuità il seguente periodo: “, limitatamente alle Aziende Unità Sanitarie Locali, e di un Direttore assistenziale. In coerenza con l’art. 3, comma 1, del D. Lgs. 4 agosto 2016, n. 171, il Direttore generale nomina il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario, il Direttore dei servizi socio-sanitari e il Direttore assistenziale attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di inconferibilità ed incompatibilità.”.».

Una simile previsione è coerente con il quadro costituzionale e rispetta i principi fondamentali dell’organizzazione del SSR contenuti nel d.lgs. n. 502/1992 e nel d.lgs. n. 171/2016, nonché la competenza statale in materia di LEP.

Si è già detto (*supra* n. 1) che la *ratio* della revisione costituzionale del titolo V, parte II, della Costituzione riposa su una presunzione di competenza regionale salve le competenze statali espressamente previste, tanto esclusive (tra cui la competenza in materia di LEP), quanto in relazione ai principi fondamentali delle materie concorrenti.

Ciò vale proprio in materia di «tutela della salute»: la regione ha una potestà legislativa salvi i principi fondamentali statali. La legislazione statale ricordata (*supra* n. 2), che fa da cornice alla potestà legislativa regionale, affida l’organizzazione dei SSR alla competenza regionale, salvi i principi che, nel caso degli organi dell’azienda, si limitano a stabilire gli organi necessari, lasciando alla regione la competenza a disciplinare altri organi eventuali, come nel caso emblematico del Direttore per i servizi socioassistenziali.

Relativamente ai dirigenti sanitari, il d.lgs n. 171/2016 ha previsto che essi soggiacciono a una disciplina minima comune per alcuni aspetti essenziali: la nomina da parte del Direttore generale, la selezione a partire da elenchi regionali. Va ricordato che a differenza degli organi necessari – Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo – per i quali il d.lgs. n. 502/1992 ha

stabilito anche alcuni requisiti soggettivi, con riferimento alla figura del Direttore per i servizi socio-sanitari – non necessaria, la cui istituzione spetta infatti al legislatore regionale – non si dice nulla in proposito, a conferma dell'ampia discrezionalità regionale in materia di organizzazione sanitaria.

Che in materia di organizzazione del SSR la regione disponga, per la Costituzione vigente, una competenza ampia, si trae chiaramente anche nella giurisprudenza della Corte costituzionale, ormai consolidata proprio in materia «*tutela della salute*» e, quindi, sul significato della categoria dei relativi principi fondamentali.

In via generale, per il custode della Costituzione l'organizzazione dei sistemi sanitari regionali o, meglio, di tutte le strutture sanitarie o socio-sanitarie, rientra tra le competenze proprie della legislazione regionale (cfr. Corte cost. sent. n. 20/2020).

In secondo luogo, la giurisprudenza costituzionale, con orientamento pacifico, ha specificato che i «*principi fondamentali*», riferiti ad una materia concorrente, concretizzano il contenuto di «*una decisione normativa fondamentale e qualificante la materia, di applicazione generale (...) la cui attuazione, però, può essere differenziata dalle leggi regionali*». Il vincolo per la Regione, in particolare, non sussiste nei confronti di «specifici disposti legislativi», ma solo verso «i criteri generali ai quali si ispira la legislazione statale in una determinata materia». La nozione di principio fondamentale «*non ha e non può avere caratteri di rigidità e di universalità, perché le “materie” hanno diversi livelli di definizione che possono mutare nel tempo*»; né può «*essere cristallizzata in una formula valida in ogni circostanza*», ma «*deve tener conto del contesto*». I principi fondamentali, «*nel fissare criteri, obiettivi, direttive o discipline*», non sono autosufficienti, ma implicano norme di attuazione mediante la legislazione regionale (Corte cost., ad esempio, sentt. nn. 177/1988, 50/2005, 336/2005, 200/2009, 16/2010); non violano i principi fondamentali della materia le discipline

regionale che ne integrano il contenuto senza alterarne la *ratio* (Corte cost. sent. n. 20/2020, in materia di valutazione del personale sanitario).

Nella materia della «*tutela della salute*», sono stati considerati principi fondamentali solo le decisioni normative qualificanti il sistema sanitario nazionale, come, ad esempio, l'obbligo vaccinale, i piani di rientro dal deficit sanitario, la procedura di nomina dei direttori generali, i livelli qualitativi e i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private, i «requisiti ulteriori» per l'accreditamento, la formazione dei medici addetti ai servizi di emergenza sanitaria territoriale (Corte cost., rispettivamente, sentt. nn. 5/2018, 94/2019, 87/2019, 238/2018, 127/2018, 38/2020).

Da questa rassegna della giurisprudenza costituzionale si desume chiaramente:

- 1) l'interpretazione stretta e non estensiva della categoria dei principi fondamentali;
- 2) il fatto che i principi fondamentali solo tali solo in quanto pongono un limite dal punto di vista del contenuto "fondamentale e qualificante";
- 3) ciò significa che i principi fondamentali non possono occupare integralmente o esaurire la disciplina della materia concorrente;
- 4) ciò perché i principi fondamentali implicano necessariamente un loro sviluppo mediante la legislazione regionale;
- 5) i principi fondamentali non possono tradursi in disposizioni dettagliate o puntuali, invadendo anche da questo punto di vista la competenza regionale che invece va salvaguardata dal punto di vista costituzionale.

Vale la pena di chiarire, altresì, che la competenza regionale in materia di organizzazione del SSR e, specificamente, in ordine alla figura del Direttore assistenziale, non trova ostacoli neppure nella competenza esclusiva statale circa la determinazione del LEP.

La Corte costituzionale, anche se ha riconosciuto nella previsione dei LEP una «*materia trasversale*» (ossia potenzialmente idonea a interferire con tutte le competenze regionali proprio perché testualmente riferita a tutti i diritti civili e sociali, tra cui il diritto alla salute), ha stabilito e seguito un criterio restrittivo di interpretazione della suddetta clausola costituzionale, in linea con la *ratio* complessiva della revisione costituzionale (supra n. 1).

I LEP (o, in materia di sanità, i cd. livelli essenziali di assistenza – LEA), sono propriamente «*standard normativi*» di carattere generale, che attengono alle «*prestazioni esigibili dagli individui*» (Corte cost., sent. n. 125/2017), la cui gestione, copertura finanziaria, erogazione spetta alle amministrazioni regionali e locali di volta in volta competenti.

I livelli essenziali di assistenza sanitaria da garantire su tutto il territorio nazionale comprendono, ad esempio, il servizio di continuità assistenziale, gli obblighi vaccinali, la disciplina delle liste di attesa, la previsione del ticket fisso di 10 euro, la disciplina dell'erogazione dei farmaci, dei posti letto, delle visite fiscali (Corte cost., sentt. nn. 53/2020, 5/2018, 162/2007, 203/2008, 271/2008, 40/2010, 207/2010). Sicuramente, invece, non vi rientrano standard strutturali, organizzativi e qualitativi dei servizi sociali (Corte cost., sentt. nn. 53/2020, 284/2016, 370/2003, 232/2011).

5. L'istituzione del Direttore assistenziale, alla luce di quanto finora detto, pare rientrare pienamente nella competenza legislativa regionale, in quanto:

- a) non incide su nessuna scelta fondamentale o livello essenziale posti dal legislatore statale;
- b) rappresenta un coerente sviluppo dei principi fondamentali in materia di organizzazione del SSR;
- c) la figura del Direttore assistenziale si aggiunge agli organi ritenuti necessari dal legislatore statale senza modificarne i connotati essenziali e

qualificanti, che nella legislazione statale sono molto ridotti e comunque in larga misura non espressi, in relazione alle funzioni ad essi spettanti in concreto, dal che l'ulteriore conferma dello spazio lasciato all'autonomia legislativa regionale sul punto.

A quest'ultimo proposito, leggendo il progetto di legge istitutivo della figura del Direttore assistenziale, si trae che ad esso viene attribuita una funzione già oggi vigente nell'ordinamento regionale, attribuita ad una struttura direttiva qualificata come «*Direzione Infermieristica e Tecnica (DIT)*» e, precisamente, «*la funzione di direzione del personale assistenziale e tecnico- sanitario*» consistente nel «*collaborare con i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali*».

La Regione Emilia Romagna, con la DGR n. 86/2006, avente per oggetto «*Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale*», ha, infatti, contemplato espressamente la «*Direzione Infermieristica e Tecnica*», con la funzione di collaborare «*con i direttori dei dipartimenti ospedalieri e territoriali allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali*», nonché di organizzare «*le risorse professionali di competenza, nel rispetto degli accordi sindacali e della necessità di integrazione multiprofessionale*» e gli «*aspetti relativi allo sviluppo professionale e alla programmazione, selezione, inserimento e valutazione delle risorse professionali di competenza, nonché allo sviluppo del sistema premiante e della produttività*».

Dal progetto di legge, si evince altresì che, proprio in concomitanza con l'emergenza sanitaria connessa alla pandemia da Covid-19, la DIT «*concorre più propriamente al perseguimento strategico della mission aziendale, garantendo il governo complessivo della funzione assistenziale (assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria della riabilitazione e di supporto) e assicurando la direzione e la gestione delle risorse professionali di competenza in modo funzionale agli obiettivi indicati dalla programmazione regionale ed aziendale,*

secondo i principi della autonomia e della integrazione multi-professionale, nonché promuovendo lo sviluppo e il mantenimento delle competenze».

Al contempo, a titolo esemplificativo, si può segnalare che l'Atto Aziendale di alcuni Enti² attribuiscono alla Direzione Infermieristica e Tecnica ampie funzioni volte al conseguimento degli obiettivi della Direzione strategica nonché di gestione e sviluppo del personale di competenza:

«La Direzione Infermieristica e Tecnica (DIT) dell'Azienda USL di Ferrara presiede la funzione di governo aziendale dell'assistenza infermieristica, tecnico-sanitaria, ostetrica, area degli assistenti sociali, riabilitativa e di base delle linee operative cui afferiscono tutte le figure professionali a vocazione assistenziale, tecnica, riabilitativa e preventiva afferenti ai diversi profili professionali. La Direzione Aziendale della DIT garantisce la conformità ed il conseguimento degli obiettivi della Direzione Strategica attraverso l'estensione di una responsabilità a livello distrettuale. La Responsabilità Distrettuale è di governance complessiva dei diversi processi e delle linee produttive, senza separatezze con una modalità multidisciplinare e multiprofessionale, in interrelazione con la Direzione di Distretto, la Direzione Medica di Presidio, la Direzione dei Dipartimenti Territoriali e la Direzione dei Dipartimenti Interaziendali ad Attività integrata (DAI).

La DIT partecipa ai processi di pianificazione, programmazione, gestione e sviluppo del personale di competenza perseguendo la valorizzazione delle competenze professionali e dell'efficienza operativa. Definisce a livello aziendale i meccanismi di gestione del personale infermieristico/ostetrico, tecnico sanitario, della riabilitazione e di supporto, favorendo la promozione dell'integrazione dei processi aziendali attraverso l'utilizzo di strumenti di governo clinico e di sviluppo professionale ed organizzativo delle funzioni tecnico-sanitarie, assistenziali e riabilitative. Sperimenta modelli innovativi al fine di sostenere la continuità assistenziale e l'integrazione multi professionale e interdisciplinare; sostiene la valutazione degli esiti di miglioramento delle condizioni di salute della

² Cfr. Atto aziendale dell'Azienda UsI di Ferrara 17.6.2019, in <https://www.ausl.fe.it/azienda/staff-direzionali/servizi-di-staff/atto-aziendale/atto-aziendale.pdf/view>

popolazione assistita, lo sviluppo, in collaborazione con gli Ordini professionali, delle politiche di orientamento dei giovani verso le professioni sanitarie, la promozione di progetti di ricerca e revisione della qualità e degli esiti nelle diverse attività sanitarie infermieristiche, tecnico-sanitarie e della riabilitazione, anche mediante definizione di protocolli validati e di indicatori di qualità specifici.

In sinergia con le scelte della Direzione Strategica Aziendale e le Politiche del Personale, la DIT concorre in aggiunta alla realizzazione di obiettivi coerenti con la mission aziendale allo scopo di:

- Organizzare e gestire il personale di riferimento, secondo i principi della responsabilizzazione diffusa e della partecipazione nel rispetto dei vincoli contrattuali e accordi aziendali;

- Programmare, selezionare (o reclutare), inserire e valutare la risorsa professionale di competenza;

- Assicurare il supporto nell'attuazione del programma di gestione del rischio e del processo di accreditamento;

- Curare lo sviluppo del sistema premiante e della produttività;

- Verificare l'efficacia e l'efficienza dei risultati nell'utilizzo delle risorse di riferimento.

- Collabora con le altre Direzioni Tecniche, gli Uffici di Staff e con i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali».

Da quanto precede trae forza, in buona sostanza, l'intenzione dei proponenti secondo cui l'istituzione di una Direzione assistenziale «*risponde essenzialmente alla necessità di consolidare un modello organizzativo che, fra l'altro, consenta al soggetto preposto di:*

- partecipare alla definizione della policy aziendale, con particolare riferimento alla valorizzazione delle professioni afferenti alla Direzione;*
- partecipare al processo di pianificazione strategica, collaborando in stretta sinergia con il Direttore Sanitario nella ricerca degli assetti organizzativi più adeguati alla evoluzione dei bisogni della popolazione, anche*

attraverso l'individuazione di modelli organizzativi innovativi ad elevata autonomia tecnico-gestionale;

- *agire in coerenza con le strategie complessive aziendali, secondo una logica di forte integrazione professionale e flessibilità organizzativa, con la creazione di sinergie e relazioni tese alla garanzia ed ottimizzazione della produzione di prestazioni, servizi, percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali;*
- *promuovere e adottare processi integrati di assistenza, volti al miglioramento della qualità dei servizi e alla appropriatezza clinico-organizzativa, alla partecipazione attiva alla progettazione e implementazione dei percorsi clinico-assistenziali, alle politiche di controllo dei costi e di gestione ottimale delle risorse a disposizione».*

A ciò si aggiunga che da una disamina del modello di *governance* di alcune Aziende del Servizio Sanitario Regionale, si evince che talune di esse contemplano già espressamente – all'interno del proprio atto aziendale - la figura del «Direttore assistenziale» quale componente della Direzione strategica ed in funzione coadiuvante il Direttore generale nell'esercizio delle proprie funzioni.

Tali atti aziendali, pertanto, declinano una direzione Aziendale composta da Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Assistenziale e, in relazione alle Aziende Usl, dal Direttore dell'Attività Socio-Sanitaria assegnando a ciascuna di tali figure – nominate dal Direttore Generale - specifiche e distinte attribuzioni di indirizzo e programmazione.

Al riguardo, ad esempio, l'atto aziendale dell'Ausl di Piacenza³ – sotto la rubrica «*Altri componenti della Direzione Strategica*» (6.2.) di cui al precedente «*Assetto e relazioni istituzionali dell'Azienda*» - prevede espressamente che:

³ Atto aziendale approvato con delibera del Direttore Generale n. 223 del 20/06/2019, in <http://www.ausl.pc.it/azienda/attoaziendale.pdf>.

«Fanno parte della direzione strategica e coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle proprie funzioni il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore dell'Attività Socio-Sanitaria e il Direttore assistenziale. Sono nominati dal Direttore Generale e possono essere confermati all'avvicinarsi del Direttore Generale entro tre mesi dalla nomina» (art. 6.2).

Più precisamente, in relazione al Direttore assistenziale è disposto che:
«fa parte della direzione strategica, ed è individuato con nomina del Direttore Generale. Partecipa al processo di pianificazione strategica e concorre con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale. Agisce in coerenza con le strategie complessive aziendali, secondo una logica di forte integrazione professionale e flessibilità organizzativa, con la creazione di sinergie e relazioni tese alla garanzia e ottimizzazione della produzione di prestazioni, servizi, percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali. Persegue lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, di cura e assistenza a supporto di una migliore presa in carico del paziente, secondo i seguenti principi:

- a) centralità del paziente;*
- b) appropriatezza della risposta in relazione al variare della domanda di salute dei cittadini;*
- c) sicurezza e innovazione dei processi di cura e assistenza;*
- d) flessibilità, efficienza e sostenibilità del sistema*
- e) Si relaziona con il Collegio di Direzione per le materie di competenza» (art. 6.2.4).*

Al contempo, l'atto aziendale dell'A.O.U. Sant'Orsola Malpighi di Bologna⁴ contempla una Direzione Aziendale composta anche dal Direttore Assistenziale:

«1. La Direzione Aziendale è composta dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Assistenziale.

⁴ Pubblicato in http://www.aosp.bo.it/files/atto_aziendale_0.pdf

2. La Direzione Aziendale opera collegialmente, perseguendo gli indirizzi di politica sanitaria del Ministero della Salute, della Regione e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana.

3. Alla Direzione Aziendale compete l'esercizio delle funzioni strategiche di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, le verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati, nonché l'adozione degli atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni.

4. Allo sviluppo delle suddette linee strategiche concorrono, oltre agli organi dell'Azienda, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore Assistenziale e le Direzioni tecniche aziendali.

5. La Direzione Aziendale, a supporto delle proprie funzioni strategiche e per sviluppare e sostenere alcune delle più importanti esigenze di coordinamento e di standardizzazione dei processi, si avvale di strutture in staff e in line, che sono parte integrante dell'organizzazione aziendale» (art. 20).

Contestualmente, al **Direttore Assistenziale** sono attribuite le seguenti funzioni (art. 23):

«1. Concorre al perseguimento della mission aziendale esercitando funzioni di coordinamento, gestione, organizzazione e sviluppo delle aree professionali direttamente gestite.

2. Assicura lo sviluppo dei processi assistenziali e l'integrazione multi professionale, coerentemente con le strategie aziendali e in sinergia con la Direzione Aziendale.

3. Cura lo sviluppo delle competenze professionali, la selezione, l'inserimento e la valutazione delle risorse di competenza».

Si può affermare, pertanto, che la proposta di legge regionale volta all'introduzione della figura del Direttore Assistenziale abbia recepito quello che

l'autonomia organizzativa di alcune Aziende del Servizio Sanitario Regionale⁵ ha già da tempo, nella pratica, previsto, disciplinato e sperimentato.

7. Appare evidente che, ferma restando la distinzione delle funzioni riconosciute al Direttore Assistenziale rispetto a quelle riconosciute agli altri componenti la Direzione strategica ed *in primis* al Direttore Sanitario, vi possa essere talvolta un concorso di responsabilità con alcuni di tali soggetti preposti al vertice della *governance* dell'Azienda.

A questo proposito, può essere utile ricordare che pressoché in tutti gli ambiti di responsabilità sanitaria – ed in particolare nell'ambito della responsabilità civile, amministrativa e penale - si fa sempre più riferimento ad una responsabilità organizzativa dell'Ente, con possibili ricadute sulle singole posizioni apicali, in ragione dell'organizzazione dell'Ente e dell'effettiva distribuzione delle funzioni ed in generale della ripartizione interna (con la delega di funzioni) ed istituzionale dei compiti.

Non va dimenticato che anche la stessa Relazione tecnica al progetto di legge regionale recante la proposta di modifica dell'art. 3, co. 5, della legge regionale 23.12.2004, n. 29 richiama tra le funzioni della Direzione Assistenziale «*una stretta sinergia con il Direttore Sanitario*».

⁵ A titolo ulteriormente esemplificativo, si segnala, oltre alle Aziende sopra citate anche, l'Ausl di Modena, dal cui sito istituzionale risulta che la Direzione Assistenziale compone la Direzione strategica dell'Ente, con la seguente mission: “*Assicura la programmazione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali garantite dalle professioni sanitarie, dagli assistenti sociali e dagli operatori di supporto nelle diverse strutture aziendali secondo criteri uniformi modulati sulle diverse esigenze organizzative. La Direzione delle professioni sanitarie concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando efficacia, qualità ed efficienza tecnico-organizzativa al processo assistenziale in fase di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione*”.

In altre parole, non sempre potrà essere agevole separare – nonostante le previsioni degli atti aziendali nell’attribuire distinti compiti strategico organizzativi ai componenti della Direzione apicale – le singole condotte, con la conseguenza che potrà esservi, in talune ipotesi, non tanto una elisione di responsabilità quanto una concorrenza delle stesse.

Al contempo, si può rilevare che l’introduzione della figura del Direttore Assistenziale difficilmente può limitare la posizione di garanzia che viene riconosciuta ad altre figure tra cui, ovviamente, il Direttore sanitario, con tutte le conseguenze in punto di responsabilità – in primis penale, civile ed amministrativa - che ne derivano⁶.

In particolare, si può affermare che anche al Direttore Assistenziale potrebbe essere ascritta una posizione di garanzia che potrebbe evincersi dalla stessa Relazione tecnica al progetto di legge, allorchè si fa espresso riferimento – in relazione all’«*agire*» del Direttore Assistenziale - ad un’attività tesa alla «*garanzia ed ottimizzazione della produzione di prestazioni, servizi, percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali*».

Alcuni atti aziendali – che hanno già riconosciuto la figura del Direttore Assistenziale quale componente della Direzione Assistenziale – attribuiscono, inoltre, al predetto anche funzioni riguardanti direttamente lo sviluppo ed il controllo delle competenze professionali, le selezioni, l’inserimento e la valutazione delle risorse umane di competenza; tali funzioni potrebbero condurre a contestazioni di responsabilità derivanti da una posizione di garanzia sui processi di effettiva verifica dell’adeguatezza della formazione professionale dei singoli operatori di competenza, nonché della programmazione, realizzazione di

⁶ Di recente anche Cass., pen., 19 febbraio 2019, n. 32477, la quale pur riferendosi al Direttore sanitario di una struttura privata richiama anche Cass., pen. 8 novembre 2013, n. 7597, in tema di Direttore sanitario di struttura pubblica.

percorsi di sviluppo delle competenze professionali, della formazione permanente delle risorse⁷.

Più in generale, si può affermare che l'inserimento Direttore Assistenziale nella Direzione strategica può determinare la partecipazione dello stesso – in misura proporzionata al rispettivo effettivo ruolo ed alle proprie funzioni - alle eventuali responsabilità ascrivibili alla predetta Direzione apicale, in ipotesi di contestazioni di carenze strutturali ed organizzative dell'Ente.

A titolo esemplificativo, si ponga il caso del rischio infettivo – (che rappresenta «*in tutto il mondo un problema prioritario di salute pubblica per la loro frequenza e gravità... in termini di morbosità, mortalità e costi attribuibili*»)⁸ - ed in particolare all'ipotesi della mancata adozione di adeguati protocolli interni all'Ente volti a prevenire o comunque a sorvegliare e contenere il rischio della diffusione delle infezioni nosocomiali nel presidio sanitario.

In tale fattispecie, è innegabile che vi possa essere una evidente dicotomia fra la figura di chi ha uffici di carattere prettamente organizzativo e di controllo in ambito amministrativo (come il Direttore Generale ed il Direttore amministrativo) e di coloro che hanno funzioni di carattere organizzativo di controllo in ambito sanitario come *in primis* il Direttore sanitario, il quale assicura l'attuazione del sistema aziendale per la gestione del rischio. A questo riguardo, si può ricordare che si è già affermato che al Direttore sanitario dell'azienda ospedaliera, dirigendo i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, spettano poteri e doveri di vigilanza ed organizzazione tecnico-sanitaria, ivi compresi quelli relativi alla tutela dei lavoratori che svolgono la propria attività nei luoghi della struttura aziendale, anche con riguardo alle condizioni di salute del lavoratore

⁷ Sul dovere di verifica della formazione del personale infermieristico, Cass., pen., 21 gennaio 2016, n. 2541; nel giudizio di primo grado si era affermato che “*la responsabilità della formazione e della informazione del personale infermieristico è un compito che esula dalle prerogative dirigenziali del Direttore o Primario di reparto per essere affidato alla Autonomia Organizzativa del personale infermieristico*”.

⁸ Al riguardo, Documento Strategico per la Sicurezza delle Cure e di programmazione delle attività regionali 2019-2020, della Regione Emilia-Romagna, giugno 2019.

che venga destinato ad uno specifico incarico per rapporto alle mansioni in concreto esercitate⁹.

E' indubbio, però, che funzioni di carattere organizzativo e di controllo possono essere ascritte anche al Direttore Assistenziale, il quale dovrebbe *«agire... con la creazione di sinergie e relazioni tese alla garanzia ed ottimizzazione della produzione di prestazioni, servizi, percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali»*, nonché dovrebbe *«promuovere ed adottare processi integrati di assistenza, volti al miglioramento della qualità dei servizi e alla appropriatezza clinico organizzativa...»*.

In altre parole, appare difficilmente contestabile che anche il Direttore Assistenziale sia chiamato all'attuazione del programma di gestione del rischio, attraverso la promozione e coordinamento di attività volte ad assicurare adeguate condizioni di sicurezza nell'assistenza, attraverso l'adozione di scelte organizzative che riducano il rischio di eventi avversi e il costante monitoraggio della loro adeguatezza e del rispetto delle buone prassi, in collaborazione con le funzioni aziendali dedicate.

È comunque evidente che le sfere di rispettive responsabilità tra i soggetti partecipanti alla Direzione strategica, nonché tra i vari componenti della struttura dell'Azienda potranno essere meglio valutate alla luce delle scelte compiute nei singoli atti aziendali in ragione delle rispettive attribuzioni comprese quelle di controllo.

8. In conclusione, nel ribadire che l'istituzione della figura del direttore assistenziale pare rientrare pienamente nella competenza legislative regionale,

⁹ Cass. pen., 16 dicembre 2004, n. 7663, in Banca dati Pluris.

si evidenzia – e non è precisazione di poco conto ai nostri fini – che la previsione del Direttore assistenziale costituisce non una prescrizione obbligatoria, ma una mera disposizione facoltizzante, la cui concreta istituzione è lasciata, cioè, all'autonomia organizzativa della singola azienda sanitaria.

Alla luce dei suddetti rilievi pare confermato che la (parzialmente) nuova e comunque eventuale (perché rimessa in concreto all'autonomia aziendale), figura del Direttore assistenziale non solo si aggiunge ma non si sovrappone neppure alle figure esistenti, sottraendo loro competenze che il legislatore statale ha ritenuto espressione di un principio fondamentale inderogabile, svolgendo una funzione di collaborazione e di promozione di iniziative all'interno della complessiva governance dell'azienda sanitaria e per la migliore organizzazione della stessa.

Ciò che, in definitiva, rende ulteriormente la figura del Direttore assistenziale pienamente coerente con strutture amministrative complesse, la cui organizzazione in concreto non può che spettare alla regione quale ente territoriale di governo, sulla base dei principi di sussidiarietà, adeguatezza e differenziazione (art. 118 Cost.), quale «parte integrante della competenza [...] regionale in materia della tutela della salute di cui al terzo comma del citato art. 117 Cost.», che «inerisce [...] ai metodi ed alle prassi di razionale ed efficiente utilizzazione delle risorse umane, finanziarie e materiali destinate a rendere possibile l'erogazione del servizio» (Corte cost., sent. n. 259/2019).

Appare inoltre coerente con la natura meramente facoltizzante della disposizione, recante la previsione del Direttore assistenziale, la scelta di demandare prevalentemente agli atti aziendali – espressione dell'autonomia organizzativa dei singoli Enti – la determinazione anche più analitica delle funzioni e delle attività della nuova figura anche in relazione agli altri componenti della Direzione strategica.

Nella speranza di aver risposto adeguatamente al quesito posto e nel rimanere a disposizione per qualsiasi ulteriore evenienza, si porgono cordiali saluti.

Bologna, 2 marzo 2021.

Prof. Giovanni Facci

Prof. Andrea Morrone

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Morrone', written in a cursive style.