



ισηγορία

Collana di Scienze politiche e sociali

Carmine Viola, Marco Benvenuto

MANAGEMENT SANITARIO

Governance, organizzazione e innovazione

Carmine Viola, Marco Benvenuto
Management sanitario. Governance, organizzazione e innovazione
Copyright © 2025 Tangram Edizioni Scientifiche
via dei Casai, 6 – 38123 Trento
www.edizioni-tangram.it – info@edizioni-tangram.it

Seconda edizione: luglio 2025 – *Printed in Italy*
ISBN: 978-88-6458-283-2

In copertina: Leonardo da Vinci, *Uomo vitruviano*, Gallerie dell'Accademia, Venezia

Isegoria – *Collana di Scienze politiche e sociali* – NIC 24

Direzione: Mariano Longo, Gianpasquale Preite

Comitato scientifico editoriale

Alexandru Avram, Universitatea de Vest din Timișoara, Romania
Marco Benvenuto, Università del Salento, Italia
Giuseppe Cascione, Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”, Italia
Jorge Douglas Price, Universidad Nacional Comahue, Argentina
Alfredo Ferrara, Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”, Italia
Giuseppe Gioffredi, Università del Salento, Italia
Gema González Ferrera, Universidad de Cádiz, España
Donato A. Limone, già professore ordinario, Unitelma “La Sapienza”, Italia
Mariano Longo, Università del Salento, Italia
M.^a del Milagro Martín López, University of Seville, Spain
Carlos Padrós Reig, Universidad Autonoma de Barcelona, España
Stefano Petrucciani, Università “La Sapienza” Roma, Italia
Luigi Piper, Università del Salento, Italia
Fabio Pollice, Università del Salento, Italia
Gianpasquale Preite, Università del Salento, Italia
Salvatore Rizzello, Università del Salento, Italia
Maria Lucia Tarantino, Università del Salento, Italia
Pierre Teisserenc, Université Paris XXIII, France
Antonio Tucci, Università degli Studi di Salerno, Italia
Ughetta Vergari, Università del Salento, Italia
Marta Vignola, Università del Salento, Italia
Carmine Viola, Università del Salento, Italia

Comitato di redazione: Luca Antonazzo, Anna Di Bello, Roberto Franco Greco,
Michela Trinchese, Riccardo Zappatore, Matteo Zaterini (Responsabile)



L'etichetta FSC® garantisce che il materiale utilizzato per questo volume
proviene da fonti gestite in maniera responsabile e da altre fonti controllate

Collana peer review sottoposta a valutazione scientifica.

Il regolamento e la programmazione editoriale sono pubblicati sul sito dell'editore, all'indirizzo www.edizioni-tangram.it/isegoria

Pertinenza disciplinare e settori ERC (European Research Council):

La Collana pubblica opere pertinenti ai Settori ERC SH: *Social Sciences and Humanities*:

SH1 Individuals, Markets and Organisations

Economics, finance, management

SH1_3 Development economics political economics

SH1_9 Behavioural economics; experimental economics; neuro-economics

SH1_11 Innovation, research & development, entrepreneurship

SH1_12 Management; operations management, international management

SH1_13 Human resource management; organisational behaviour

SH1_14 Strategy, operation research

SH1_15 Marketing, consumer behaviour

SH2 Institutions, Governance and Legal Systems

Political science, international relations, law

SH2_1 Political systems, governance

SH2_2 Democratisation and social movements

SH2_3 Conflict resolution, war, peace building

SH2_4 Legal studies, comparative law, law and economics

SH2_5 Constitutions, human rights, international law

SH2_6 International relations, global and transnational governance

SH2_7 Humanitarian assistance and development

SH2_8 Political and legal philosophy

SH2_9 Digital approaches to political science and law

SH3 The Social World and Its Interactions

Sociology, social psychology, education sciences, communication studies

SH3_1 Social structure, social mobility, social innovation

SH3_2 Inequalities, discrimination, prejudice

SH3_3 Aggression and violence, antisocial behaviour, crime

SH3_4 Social integration, exclusion, prosocial behaviour

SH3_5 Social attitudes and beliefs

SH3_6 Social influence; power and group behaviour

SH3_7 Social policies, welfare, work and employment

SH3_10 Communication and information, networks, media

SH3_11 Digital social research

SH3_12 Social studies of science and technology

This work was funded by the European Climate, Infrastructure and Environment Executive Agency – European Commission – RemedialLife Action A2 - Project LIFE16 ENV/IT/000343.

PREFAZIONE	15
1. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: EVOLUZIONE E RIFORME	17
<i>Carmine Viola</i>	
1.1. Il diritto alla salute	17
1.2. Cenni storici sull'evoluzione della Sanità pubblica in Italia	21
1.3. Strumenti per il governo del Servizio Sanitario Nazionale	31
1.4. Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale	38
1.5. Il monitoraggio dei conti del Servizio Sanitario Nazionale	44
Bibliografia	46
2. L'AZIENDA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	51
<i>Carmine Viola</i>	
2.1. L'aziendalizzazione in sanità	51
2.2. L'Azienda Sanitaria Locale e la sua struttura	57
2.3. L'Azienda Ospedaliera, l'Azienda Ospedaliera Universitaria e gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico	61
2.4. L'integrazione dei sistemi di contabilità nell'Azienda Sanitaria	64
Bibliografia	76
3. L'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE	83
<i>Marco Benvenuto</i>	
3.1. Cenni sull'organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale	83
3.2. Il Distretto socio-sanitario	85
3.3. I Presidi Ospedalieri	88
3.4. I dipartimenti	91
3.5. Le Risorse Umane	92
Bibliografia	97
4. I SISTEMI CONTABILI	101
<i>Carmine Viola – Marco Benvenuto</i>	
4.1. L'evoluzione organizzativa e contabile delle Aziende Sanitarie Locali	101
4.2. Struttura e peculiarità del bilancio delle aziende sanitarie	103
4.3. La Certificabilità nei Bilanci del Servizio Sanitario	109
4.4. La revisione legale e le sue procedure	116
4.5. Aspetti peculiari delle nuove disposizioni contabili in materia di bilancio	123
Bibliografia	128

5. IL CONTROLLO DI GESTIONE E L'EVOLUZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) NELLE RETI CLINICHE: UNA VISIONE INTEGRATA	131
<i>Carmine Viola – Marco Benvenuto</i>	
5.1. I costi in sanità	131
5.2. Il controllo di gestione	133
5.3. Il controllo di gestione e i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA)	137
5.4. L'analisi dei costi in un'azienda sanitaria e la valutazione con l'Activity Based Costing	148
5.5. La scomposizione in fasi del Processo DRG	152
5.6. Criteri per la classificazione dei costi	157
Bibliografia	162
6. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)	165
<i>Marco Benvenuto</i>	
6.1. Introduzione e definizione dei LEA	165
6.2. Aspetti normativi	168
6.3. Aspetti Economico-Finanziari dei LEA	171
6.4. Strumenti di misurazione	174
Bibliografia	180
7. PERFORMANCE MANAGEMENT IN SANITÀ	183
<i>Carmine Viola</i>	
7.1. Performance, misurazione e valutazione nelle Pubbliche Amministrazioni	183
7.2. Pianificazione, programmazione e controllo nella Pubblica Amministrazione	194
7.3. Il <i>Performance management</i> e il ciclo delle <i>performance</i> nell'ambito sanitario	202
Bibliografia	212
8. STRUMENTI DI PERFORMANCE MEASUREMENT	217
<i>Carmine Viola</i>	
8.1. Ruolo degli Indicatori Chiave di Prestazione (Key Performance Indicator – KPI)	217
8.2. La Balanced Scorecard	237
8.3. Il Piano delle performance	244
Bibliografia	262

9. LA VALUTAZIONE DEGLI INVESTIMENTI PUBBLICI IN SANITÀ	267
<i>Carmine Viola – Marco Benvenuto</i>	
9.1. Gli investimenti pubblici	267
9.2. Il valore salute	270
9.3. Approcci economici alle valutazioni in sanità	273
Bibliografia	280
10. TRASFORMAZIONI E PROSPETTIVE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE	281
<i>Carmine Viola – Marco Benvenuto</i>	
10.1. Gli effetti della pandemia e il PNRR	281
10.2. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e le sue implicazioni organizzative	289
10.3. La telemedicina	291
10.4. One Health	293
10.5. L'Intelligenza Artificiale e il futuro della sanità	296
Bibliografia	300
11. I SISTEMI SANITARI DELL'UNIONE EUROPEA	303
<i>Carmine Viola</i>	
11.1. I sistemi di assistenza dei principali Paesi dell'Unione Europea	303
11.2. La politica sanitaria dell'Unione Europea	323
11.3. Verso il sistema federale sanitario europeo	325
Bibliografia	328
RINGRAZIAMENTI	331

*ai miei cari genitori, Giuseppe e Nicolina,
con profonda gratitudine e amore.
Carminè*



MANAGEMENT SANITARIO

Governance, organizzazione e innovazione



In un contesto in cui le politiche sanitarie sono al centro del dibattito pubblico, è fondamentale disporre di testi che non solo informino, ma che incoraggino anche una riflessione critica sulle implicazioni delle scelte politiche e gestionali. Questo lavoro si propone di essere un contributo di analisi per studenti, ricercatori e professionisti del settore, necessario a formare una base solida di conoscenze e competenze per affrontare le sfide del futuro.

L'importanza del SSN non può essere sottovalutata, poiché esso rappresenta un pilastro fondamentale del *welfare state* italiano e un diritto costituzionale garantito a tutti i cittadini. Il sistema sanitario è oggetto di continue trasformazioni, influenzate da fattori economici, politici, sociali e tecnologici. Pertanto, è essenziale analizzare le sue evoluzioni storiche, le riforme attuate e le sfide attuali, utilizzando un approccio scientifico che integri diverse prospettive disciplinari, tra cui la salute pubblica, l'economia aziendale, la gestione delle risorse e le scienze sociali.

Il lavoro si propone di offrire un'analisi strutturata del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano. Questa scelta metodologica è motivata da un duplice obiettivo: da un lato, fornire un'informazione dettagliata e basata su evidenze; dall'altro, facilitare l'apprendimento e la comprensione critiche delle dinamiche complesse che caratterizzano la sanità pubblica in Italia.

La struttura del testo ha l'obiettivo di facilitare la fruibilità del contenuto consentendo di esplorare in modo sistematico le varie dimensioni del SSN, promuovendo anche un'interconnessione delle informazioni che riflette la complessità del sistema sanitario.

Ogni capitolo è dedicato a un aspetto particolare il diritto alla salute, la *governance* del sistema, l'aziendalizzazione, i sistemi contabili, il controllo di gestione e i livelli essenziali di assistenza.

L'approccio didattico adottato si traduce in un linguaggio chiaro e accessibile, supportato da riferimenti normativi e bibliografici pertinenti, che consentono al lettore di approfondire ulteriormente le tematiche trattate. L'uso di esempi pratici e casi studio è una base utile per facilitare un pensiero critico e analitico.

Quod est necessarium, est facile (Seneca).

Carmine Viola



1.1. IL DIRITTO ALLA SALUTE

La Costituzione Italiana, all'articolo 32, sancisce in maniera inequivocabile il principio fondamentale secondo cui la salute non è solo un diritto inviolabile di ogni persona, ma anche un interesse primario per tutta la collettività; lo Stato si assume il compito di tutelare la salute di tutti e di garantire cure gratuite a chi non può permetterselo. Questo principio si lega a doppio filo con il riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo, sia come individuo che all'interno delle formazioni sociali dove la sua personalità si sviluppa, attraverso l'articolo 2 della stessa Carta costituzionale. La salute per la Repubblica Italiana è un diritto talmente importante da essere considerato "inviolabile". L'articolo 32 va tuttavia oltre tale inviolabilità, definendo il diritto alla salute come "fondamentale" (non tutti i diritti sono riconosciuti tali) e allargandone la prospettiva oltre il singolo individuo e includendo la collettività come parte integrante di questo diritto. Un punto cruciale, sottolineato dal comma 1 dell'articolo 32, è poi la garanzia di cure gratuite per gli indigenti, che vincola ogni livello istituzionale al dovere di creare le condizioni affinché tutti, a prescindere dalle proprie condizioni economiche, abbiano accesso alle cure necessarie. Tale punto costituisce il pilastro su cui si fonda il principio di equità e solidarietà che permea tutto il nostro sistema sanitario. Il comma 2 fa poi seguire e introduce un altro concetto fondamentale: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana", con cui si pone l'accento sul diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale, in linea con quanto sancito

dall'articolo 13. La *ratio* congiunta di questi disposti fondamentali è chiara: ognuno è libero di scegliere per la propria salute, ma con il chiaro limite per cui il proprio diritto non può mai andare contro valori e principi costituzionali che tutelano la salute e la dignità altrui. In questo contesto, per esempio, si inseriscono i Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), quelle procedure cliniche che possono essere attuate anche senza il consenso della persona, a tutela della libertà e della salute altrui e sempre nel pieno rispetto della persona umana. Da sottolineare nel caso la sottile differenza che il legislatore ha inteso poi introdurre tra “trattamenti coattivi” e “trattamenti obbligatori” per cui i primi vengono eseguiti, se necessario, anche con l’uso della forza, per il bene dell’individuo (pensiamo ai casi di alcune malattie psichiatriche), mentre i secondi sono provvedimenti che, se non adottati, possono portare a sanzioni indirette, come il divieto di accedere a certi luoghi o lavori.

Tabella 1.1 – Punti chiave Art. 32 Cost. italiana

COMMA	CONCETTO PRINCIPALE	DETTAGLIO E IMPLICAZIONI
Comma 1	Diritto fondamentale individuale e interesse collettivo	La salute è un diritto irrinunciabile per ogni persona e un bene per la società. Lo Stato è tenuto a proteggerla.
	Cure gratuite agli indigenti	Il diritto alle cure è universale; chi non ha mezzi economici deve comunque riceverle. Tutti i livelli istituzionali devono garantire le condizioni per questo diritto.
Comma 2	Libertà di scelta sul trattamento sanitario	Nessuno può essere costretto a un trattamento medico se non per legge. Questo tutela l'autodeterminazione dell'individuo.
	Limiti al trattamento obbligatorio	Anche se la legge prevede un trattamento obbligatorio (TSO), questo non può mai violare il rispetto della persona umana e la sua dignità.

È importante infine osservare e considerare che, dal punto di vista economico, il diritto alla salute ha tuttavia una natura «limitata». Sebbene sia garantito a ogni individuo, il suo riconoscimento è sempre bilanciato dal legislatore con altri diritti e interessi tutelati dalla Costituzione e, naturalmente, con le risorse finanziarie disponibili. Nonostante l'importanza del diritto, non possiamo ignorare la realtà delle risorse limitate.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), fin dal 1948, ha ampliato la definizione di salute, non limitandola alla semplice as-

senza di malattia o infermità, ma definendola come “lo stato completo di benessere fisico, mentale e sociale”. La Corte costituzionale italiana ha ulteriormente rafforzato questo principio, affermando che “la tutela della salute riguarda la generale e comune pretesa dell’individuo a condizioni di vita, di ambiente e di lavoro che non pongono a rischio questa base essenziale”¹.

Tabella 1.2 – Definizione di salute a confronto

FORNITORE	DEFINIZIONE DI SALUTE	ASPETTI CHIAVE EVIDENZIATI
Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)	“Lo stato completo di benessere fisico, mentale e sociale e non solamente l’assenza di malattia o di inabilità.” (1948)	Multidimensionalità: Fisico, mentale, sociale. Visione olistica dell’individuo.
Corte costituzionale (Italia)	“La tutela della salute riguarda la generale e comune pretesa dell’individuo a condizioni di vita, di ambiente e di lavoro che non pongono a rischio questa base essenziale.”	Estensione del concetto: Include condizioni di vita, ambiente e lavoro salubri. Implica responsabilità individuali e istituzionali.

Da entrambe le definizioni emerge chiaramente il principio chiave della multidimensionalità del concetto di salute: non è solo il corpo che deve essere mantenuto in salute, ma anche la sfera psichica e la sfera sociale, interconnettendo queste tre dimensioni come fondamento per una vita piena e soddisfacente.

La definizione della Corte costituzionale estende dunque il concetto di tutela della salute anche alle condizioni di vita e di lavoro. Un ambiente salubre e non nocivo è cruciale per il benessere fisico e mentale. Questo significa che la tutela della salute non può e non deve fermarsi alla sola prevenzione e cura delle malattie, ma deve puntare a garantire uno stato di benessere completo, che includa la salute fisica, mentale e sociale dell’individuo. Il diritto alla salute implica anche la responsabilità, sia per i singoli che per le istituzioni, di creare e mantenere condizioni di vita e di lavoro sicure e salubri.

Anche a livello europeo, la salute è riconosciuta come un diritto fondamentale. L’articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione

¹ Corte costituzionale, 20 dicembre 1996, n. 399 – La salute come bene primario dell’individuo.

Europea² stabilisce chiaramente: “Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali.” Inoltre, l’articolo aggiunge che “Nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche e attività dell’Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.”

Questi principi sottolineano due aspetti importanti: il diritto individuale alla salute e l’obbligo istituzionale dell’Unione Europea di riconoscerlo e proteggerlo. Ogni persona ha diritto alla prevenzione sanitaria – pensiamo a vaccinazioni, screening medici, educazione alla salute – e a ricevere cure mediche secondo le regole del Paese in cui si trova. Questo diritto vale per tutti, indipendentemente dalla cittadinanza o dallo status giuridico, sebbene sia condizionato dal sistema sanitario nazionale di ciascun Paese.

Tabella 1.3 – Normative europee sulla salute: carta dei diritti fondamentali e TFUE

NORMA EUROPEA	PRINCIPIO FONDAMENTALE	IMPLICAZIONI E DETTAGLI
Art. 35 Carta dei diritti Fondamentali dell’UE	Diritto individuale all’accesso e alla protezione	Ogni persona ha diritto alla prevenzione sanitaria e alle cure mediche secondo le normative nazionali. Garantito un alto livello di protezione in tutte le politiche dell’Unione.
Art. 168 Trattato sul funzionamento dell’UE (TFUE)	Base operativa e ruolo dell’Unione	La salute è al centro di tutte le politiche UE. L’Unione migliora la sanità pubblica, previene malattie e contrasta minacce transfrontaliere (ricerca, cooperazione, sicurezza farmaci).
	Competenza nazionale prevalente	L’assistenza sanitaria resta primariamente competenza degli Stati membri; l’UE ha ruolo di sostegno e coordinamento.

L’articolo 35, oltre a sancire dei diritti, impone anche degli obblighi all’Unione Europea: tutte le sue politiche (trasporti, ambiente, lavoro ecc.) devono essere delineate e attuate in maniera tale da non danneggiare la salute delle persone, ma anzi concorrendo a migliorarne le condizioni. Da ciò si evince che l’Unione Europea non punta a creare un

² La Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, anche nota come Carta di Nizza, è il documento che elenca i diritti, le libertà e i principi fondamentali riconosciuti a tutti i cittadini dell’Unione Europea.

sistema sanitario unico ma stabilisce dei punti fermi comuni a cui tutti gli Stati membri devono attenersi e dei principi cardine che tutti gli Stati membri devono seguire.

All'articolo 35, con cui si coordina, fa seguito l'articolo 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE)³, che gli fornisce una base operativa e giuridica più solida. L'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali è dunque l'enunciazione del diritto, mentre l'articolo 168 TFUE indica gli strumenti per attuarlo. L'articolo 168 esplicita poi chiaramente il fatto che "in tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana", ribadendo la centralità della salute in ogni politica europea, anche quelle che non riguardano direttamente la sanità.

L'azione dell'Unione volta a migliorare la sanità pubblica, prevenire le malattie e contrastare le minacce sanitarie transfrontaliere, si declina poi in attività di promozione della prevenzione, di gestione di malattie cliniche gravi, di incoraggiamento della cooperazione tra Stati membri, di supporto alla ricerca scientifica in ambito medico e nella garanzia della sicurezza nella circolazione e nell'utilizzo di medicinali e prodotti sanitari.

È evidente che, pur con un forte coordinamento europeo, l'assistenza sanitaria rimane principalmente una competenza nazionale, con l'Unione Europea che svolge un ruolo di supporto e coordinamento.

1.2. CENNI STORICI SULL'EVOLUZIONE DELLA SANITÀ PUBBLICA IN ITALIA

In Italia, la *governance* sanitaria ha subito una profonda trasformazione dall'Ottocento fino alla fine degli anni '70, riflettendo i cambiamenti sociali, economici e politici del Paese. Nel XIX secolo, il panorama era frammentato e prevalentemente caritatevole, con l'assistenza sa-

³ Il Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) è uno dei due trattati fondamentali dell'UE, insieme al trattato sull'Unione Europea (TUE). Forma la base del diritto dell'Unione Europea definendo i principi e gli obiettivi dell'Unione e l'ambito d'azione all'interno dei settori d'intervento. Stabilisce inoltre i dettagli organizzativi e di funzionamento delle istituzioni dell'UE.

nitaria erogata da enti religiosi, opere pie e, in misura limitata, da mutue di carattere volontario e locale (Gazzini, M., 2012). Queste ultime rappresentavano il primo embrione di mutualismo, offrendo supporto ai lavoratori in caso di malattia, ma senza una copertura universale o un coordinamento centrale. Un passo importante verso una maggiore regolamentazione e unificazione fu la promulgazione del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265). Questo testo, pur mantenendo un impianto autoritario e igienista, riordinava la legislazione sanitaria preesistente, definendo le competenze dello Stato in materia di sanità pubblica, vigilanza igienica e controllo delle malattie, pur non prevedendo un sistema di assistenza universale.

Con l'avvento del Novecento, si ebbe il consolidamento del sistema mutualistico obbligatorio. Questo modello, sviluppato nel periodo fascista con la creazione di numerosi enti mutualistici – come l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM) – per i lavoratori dipendenti privati, e altri enti per specifiche categorie professionali, garantiva l'accesso alle cure in base al rapporto di lavoro e al versamento di contributi, segnando il superamento del sistema delle casse mutue volontarie a favore di un approccio più strutturato ma ancora frammentato per categorie. La nascita degli ospedali moderni in Italia, pur affondando le radici in strutture assistenziali medievali (gli xenodochi e gli "ospedali" nel senso di luoghi di ospitalità e carità), conobbe una significativa evoluzione tra l'Ottocento e il Novecento. Inizialmente gestiti da enti religiosi o da istituzioni locali con scopi principalmente caritativi e assistenziali, gli ospedali acquisirono progressivamente una funzione sempre più curativa e scientifica. Le normative preunitarie e poi quelle del Regno d'Italia iniziarono a regolare le "opere pie" e gli istituti di ricovero.

Nel corso del XX secolo, con l'avanzamento della medicina e della chirurgia, gli ospedali si trasformarono in centri di alta specializzazione, ma la loro gestione rimase spesso disomogenea e scoordinata. Erano finanziati e amministrati da una miriade di enti, tra cui Enti Comunali di Assistenza (ECA), Province, mutue e a volte direttamente da enti religiosi, rendendo difficile una pianificazione uniforme e un accesso equo su tutto il territorio nazionale. Questa eterogeneità, unita alla crescente domanda di cure complesse, mise in luce la necessità

di una riorganizzazione profonda per superare la frammentazione e garantire *standard* di qualità e accessibilità omogenea.

Il dopoguerra vide emergere l'esigenza di una sanità più equa e accessibile; esigenza che, come visto, fin dai primi passi della nostra storia repubblicana ha guidato l'individuazione dei principi cardine per un sistema che potesse dare concretezza al dettato costituzionale, realizzando il diritto all'assistenza per tutti i cittadini e ispirandosi ai principi consolidati di prevenzione, cura e riabilitazione.

Data l'universalità dell'azione pubblica sancita dalla Costituzione e il compito attribuito allo Stato di provvedervi, la realizzazione di questi principi ha incontrato, come è facile immaginare data l'estrema complessità dell'argomento, numerose difficoltà di natura etica, politica ed economica. Il percorso della macchina normativa e organizzativa dello Stato, avviato nell'immediato dopoguerra, ha visto tra le prime tappe l'istituzione, nel 1958, del Ministero della Sanità (Legge n. 296), ma è solo nel 1978, che il Parlamento, a larga maggioranza, voterà la Legge n. 833, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che rappresentò una svolta epocale nella *governance* sanitaria italiana, superando il frammentato sistema mutualistico. I suoi principi fondamentali sono chiari: universalità delle cure, solidarietà (con finanziamento esteso a tutta la popolazione tramite la fiscalità generale) ed equità e generalità di accesso al servizio. In origine, il SSN individuava le Unità Sanitarie Locali (USL) come le organizzazioni deputate a perseguire le finalità istituzionali. Erano enti locali, legittimati a gestire e coordinare tutte le attività sanitarie nei loro territori di competenza, con la supervisione dei Comuni. Lo Stato centrale interveniva solo per definire i "bisogni" generali di salute, pianificando le misure necessarie e finanziando le prestazioni tramite la fiscalità generale (Taroni, F., Gualano, M.R., 2017; Baggiani, M., Marsilio, M., 2010).

Tale modello mostrò presto tuttavia delle grosse criticità. Il principale problema risiedeva nella potenziale illimitatezza della domanda di servizi sanitari, a fronte di un'offerta e di una gestione non efficace e di risorse economiche limitate (Petrini, C., 2011). A ciò si aggiungevano meccanismi di controllo dell'offerta e della spesa, da parte delle amministrazioni centrali, totalmente inadeguati e inefficaci, che portavano inevitabilmente alla necessità di ripianare continui disavanzi economici.

Tali criticità divennero insostenibili quando l'Italia dovette allinearsi ai parametri imposti dal Trattato di Maastricht per l'adozione della moneta unica europea. Questo obbligò lo Stato ad avviare una serie di riforme che coinvolsero i settori pubblici a maggiore spesa, tra cui, inevitabilmente, il Servizio Sanitario Nazionale. Diventò quindi urgente la necessità, alimentata anche da spinte politiche più orientate a un approccio manageriale, di riordinare il sistema sanitario italiano, cercando di eliminare le criticità emerse con l'obiettivo di razionalizzare la spesa.

Tabella 1.4 – Le fasi chiave delle riforme del SSN in Italia

ANNO / LEGGE	RIFORMA PRINCIPALE	PUNTI DI FORZA / NOVITÀ	CRITICITÀ INDIRIZZATE / IMPATTO
1978 (Legge n. 833)	Istituzione del SSN	Principi di universalità, solidarietà, equità di accesso. Creazione delle USL (Unità Sanitarie Locali).	Difficoltà nella gestione economica, domanda illimitata, controlli inefficaci.
1992 (D. Lgs. n. 502/1992)	Aziendalizzazione del SSN	Introduce principi manageriali, crea ASL (Aziende Sanitarie Locali) con autonomia. Definizione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).	Mira a razionalizzare la spesa e aumentare l'efficienza. Introduce concetti di qualità e responsabilità manageriale.
1999 (D. Lgs. n. 229, Decreto Bindi)	Completamento aziendalizzazione	ASL come centri di autonomia imprenditoriale. Acquisizione piena disponibilità del patrimonio, obbligo di pareggio di bilancio.	Maggior funzionalità e flessibilità nell'erogazione dei servizi. Enfasi sui risultati e la responsabilità.
2001 (Riforma Titolo V Cost.)	Riforma costituzionale	Modifica Art. 117 Cost.: sanità materia a legislazione concorrente. Ruolo rafforzato delle Regioni nella tutela della salute.	Stato definisce LEA nazionali, Regioni forniscono materialmente i servizi e li programmano con autonomia.

I primi tentativi di aziendalizzare il SSN si ebbero alla fine del 1991, con la Legge n. 412 del 30 dicembre, con la quale si iniziarono a introdurre elementi di organizzazione e funzionamento manageriali. In particolare, venne affidata al Governo la responsabilità di determinare i livelli di assistenza sanitaria, con l'obiettivo di assicurare condizioni uniformi su tutto il territorio nazionale. Contemporaneamente, vennero avviati i primi meccanismi di devoluzione verso le Regioni, specialmente per quanto riguardava la ristrutturazione della rete ospedaliera e la loro

partecipazione diretta, tramite la fiscalità regionale, alla copertura delle spese che eccedevano quanto stabilito a livello centrale con i livelli obbligatori di assistenza. Verso la fine del 1992, con la legge di bilancio, venne approvata la legge delega n. 421, che prevedeva il riordino della disciplina in materia di sanità. A seguire, il 30 dicembre 1992, fu adottato il relativo D. Lgs. n. 502/1992, che diede il via a una revisione totale della precedente legge di riforma n. 833/1978, introducendo formalmente il principio di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Queste riforme, pur senza mettere in discussione i principi fondamentali di universalità del diritto alla salute sanciti in Costituzione, introdussero una serie di norme volte a razionalizzare il funzionamento del sistema sanitario, andando a riordinare e riorganizzare profondamente l'intero impianto giuridico, territoriale, funzionale, organizzativo ed economico delle originarie USL (Costa, G., & Vannoni, F., 2013; Petrini, C., 2011).

In particolare, le principali modifiche apportate alla struttura generale del Sistema Sanitario riguardavano innanzitutto l'attribuzione e la distribuzione dei diversi compiti programmatori e funzionali, e delle relative responsabilità, tra Stato centrale e Regioni:

- Allo Stato centrale fu affidato il compito di pianificare l'intera materia sanitaria, con cadenza triennale, attraverso il Piano Sanitario Nazionale (PSN). Nel PSN vengono definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che il SSN è tenuto obbligatoriamente a garantire. I LEA dovevano assicurare equità nell'accesso al servizio, qualità delle cure e appropriatezza alle specifiche esigenze, il tutto con un utilizzo ottimale delle risorse. Allo stesso tempo, lo Stato centrale definisce l'ammontare complessivo delle risorse attribuite alle singole Regioni per l'adempimento di tali livelli, sulla base di un nuovo sistema di finanziamento che coinvolge le Regioni stesse: da un lato nello stabilire le tariffe di remunerazione delle proprie prestazioni; dall'altro nell'accollarsi tutto ciò che eccede quanto definito in fase programmatica, ricorrendo alla fiscalità regionale.
- Alle Regioni furono attribuite funzioni sia di programmazione sanitaria, attraverso l'adozione, all'interno dei propri Piani Sanitari Regionali (PSR), dei dettami del PSN, sia di governo e di controllo delle attività sanitarie.

Elemento centrale di questo nuovo sistema, dal punto di vista organizzativo, furono le Aziende Sanitarie Locali (ASL), che sostituirono le USL, ampliando la loro operatività dai vecchi ambiti locali (comune o associazione di comuni) a interi ambiti regionali. L'obiettivo era introdurre logiche manageriali nel settore pubblico, separando le funzioni di committenza (della Regione) da quelle di erogazione (dell'ASL). La gestione economica delle ASL divenne centrale, con l'introduzione di strumenti di bilancio e contabilità economica per monitorare costi e *performance*, in un'ottica di contenimento della spesa e miglioramento dell'efficienza.

Anche dal punto di vista giuridico e amministrativo, le differenze tra vecchie USL e nuove ASL furono notevoli; queste ultime si configurano infatti come vere e proprie aziende a carattere regionale, dotate di propria personalità giuridica e di autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale. Rispetto alle USL, le ASL hanno mantenuto l'obbligo di garantire le prestazioni sociosanitarie ricomprese nei livelli uniformi di assistenza, mentre le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono rimaste di competenza dei Comuni o Regioni (Burioni, R., & Mezzetti, G., 2019).

Tabella 1.5 – Ruoli e responsabilità nel sistema sanitario post-riforme

ENTE	RUOLI E COMPITI PRINCIPALI
Stato centrale	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione sanitaria generale (PSN triennale). • Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). • Determinazione delle risorse complessive per le Regioni. • Linee guida per la legislazione concorrente in sanità (dopo 2001).
Regioni	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione sanitaria regionale (PSR) in linea con il PSN. • Controllo e governo delle attività sanitarie. • Definizione delle tariffe e copertura delle spese eccedenti con fiscalità regionale. • Fornitura materiale dei servizi (Assistenza Sanitaria e Ospedaliera). • Vigilanza e finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali (ASL).
Aziende Sanitarie Locali (ASL)	<ul style="list-style-type: none"> • Erogazione delle prestazioni sociosanitarie incluse nei LEA. • Gestione “manageriale” (Direttore Generale). • Obbligo di pareggio di bilancio e gestione secondo principi economico-aziendali. • Rapporti con strutture private accreditate. • Misurazione e valutazione della qualità dei servizi (indicatori di qualità).
Regioni/Comuni	<ul style="list-style-type: none"> • Competenza sulle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Il punto cardine dell'intero impianto del nuovo SSN, essenzialmente volto a rendere più efficiente la gestione delle risorse, è senza dubbio rappresentato dall'aziendalizzazione delle USL, trasformate appunto in Aziende Sanitarie, e alle quali il Legislatore ha riconosciuto personalità giuridica pubblica. Queste, tuttavia, proprio in virtù dei processi di aziendalizzazione che stavano investendo l'intera amministrazione pubblica, dovevano essere amministrate secondo gli schemi tipici che caratterizzano l'azienda privata, attenendosi per la loro gestione ai principi economico-aziendali. Da ciò, diventava di fondamentale importanza, anche per la Sanità, porre l'attenzione su concetti quali competitività, concorrenza e monitoraggio dei risultati (Costa, G., 2015; Baraldi, M. 2009).

Le nuove Aziende Sanitarie furono così affidate alla gestione "manageriale" di un Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale con mandato quinquennale. Attraverso questo incarico, il Direttore si impegna a raggiungere quanto concordato e fissato tramite il Piano Sanitario Regionale e definito in termini di obiettivi per l'Azienda Sanitaria che dirige. Compiti e responsabilità del Direttore Generale sono dunque stabiliti "contrattualmente" e regolati secondo le norme di diritto privato. A sua volta, è nelle competenze del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria la nomina dei responsabili delle strutture amministrative, cioè del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo. Di supporto al Direttore Generale vi sono infine il Consiglio dei Sanitari, organo con funzione tecnico-consultiva, e il Collegio Sindacale, organo competente a vigilare sull'economicità dell'azienda e sul rispetto delle leggi.

Inoltre, dal punto di vista territoriale, il D. Lgs. n. 502/1992 ha apportato importanti modifiche al precedente ordinamento della sanità regionale: le ASL possono coprire un territorio corrispondente a quello di una Provincia, articolandosi su questo in Distretti Sanitari, spesso coincidenti con gli ambiti territoriali delle vecchie USL. Anche i Distretti Sanitari sono stati dotati di autonomia organizzativa e gestionale nell'erogazione dei servizi sanitari di primo livello, nella valutazione locale della domanda sanitaria e nell'integrazione della componente socioassistenziale con l'offerta sanitaria stessa.

Altri aspetti di innovazione introdotti dal D. Lgs. n. 502/1992 hanno riguardato poi tutto l'ambito delle "convenzioni" e del loro istituto,

occorrenza resasi necessaria dall'espandersi del fenomeno relativo alla sanità privata e all'accreditamento delle relative strutture. Le ASL intrattengono con queste strutture rapporti basati sul possesso di espliciti requisiti minimi (strutturali, tecnologici e organizzativi) ritenuti dalla Regione imprescindibili per consentire al privato di esercitare attività sanitarie equiparandole alle strutture pubbliche. Le strutture private, una volta accreditate, sono soggette a verifiche periodiche da parte Delle ASL e della Regione in merito al mantenimento degli standard di qualità delle prestazioni erogate e di conformità delle attività svolte, con relativa corresponsione di una tariffa predeterminata dalla ASL stessa. La presenza di una componente sanitaria privata, accreditata con il SSN, ha consentito di rendere effettivo il diritto per il cittadino di scegliere liberamente la struttura (pubblica o privata) e il professionista sanitario ai quali rivolgere le proprie richieste per il soddisfacimento dei propri bisogni.

A partire dalla riforma del 1992, proprio sulla base delle spinte aziendalistiche che hanno investito la pubblica amministrazione, si è andato man mano delineando all'interno della sanità pubblica un elemento estremamente importante e innovativo: il concetto di Valore Pubblico del servizio sanitario, concetto strettamente legato ai presupposti di qualità nell'erogazione delle prestazioni per il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. L'Art. 14 del decreto ha infatti indotto disposizioni il cui fine è "garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie ai bisogni dei cittadini utenti del SSN", prevedendo così implicitamente l'introduzione di indicatori di qualità atti a misurare e valutare le prestazioni sanitarie erogate. Si intravede l'inizio di un percorso di Valore Pubblico della sanità che vede anche il coinvolgimento dei cittadini-utenti, attraverso attività di confronto con gli stessi e con le organizzazioni di rappresentanza, in un'ottica di miglioramento dell'offerta e dell'erogazione dei servizi. Tale coinvolgimento degli utenti si esplicita attraverso la raccolta, misurazione e valutazione di quanto percepito da parte dei cittadini stessi in termini di qualità, efficacia ed efficienza organizzativa dei servizi, delle prestazioni erogate, delle modalità di accesso e delle tariffe.

Tali innovazioni, così come la nuova Conferenza dei Servizi, convocata annualmente dai Direttori Generali e aperta al confronto con l'in-

tera popolazione, sono andate integrandosi e sviluppandosi nel processo di miglioramento continuo e di verifica del raggiungimento degli obiettivi che l'Azienda Sanitaria fissa per il proprio orizzonte strategico.

È dunque indubbio che la riforma del 1992 ha consentito di muovere passi decisivi verso l'introduzione di un nuovo approccio manageriale alla gestione della sanità in Italia. Il legislatore ha voluto introdurre nell'ambito sanitario pubblico dei meccanismi e dei termini tali da favorire l'aumento dei livelli di efficienza delle prestazioni, attraverso la definizione di chiare responsabilità e la definizione di ruoli all'interno della gestione delle Aziende Sanitarie. Con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si è cercato di dare per la prima volta indicazioni sulle soglie minime da garantire nello svolgimento dei processi assistenziali essenziali, introducendo nell'occasione, i nuovi concetti di appropriatezza prescrittiva (l'attività giusta, per il caso giusto e al momento giusto) delle attività sanitarie e di efficacia clinica delle cure e dei percorsi di diagnosi e terapia; basando il tutto sull'evidenza clinica e scientifica (*evidence based medicine*) e su attente valutazioni dei rapporti tra costi sostenuti ed efficacia delle cure erogate. L'obbligo di assicurare i livelli uniformi di assistenza ha imposto alle Aziende Sanitarie di programmare le attività in funzione della domanda dei bisogni sanitari nel territorio di loro competenza, e di promuovere l'adozione di sistemi che consentano l'erogazione di un servizio di qualità che sia anche misurabile in termini di efficacia e di efficienza.

Nel 1999, con il Decreto legislativo n. 229, conosciuto anche come Decreto Bindi (dal nome del Ministro che lo ha emanato), è stato dato finalmente corpo alle principali norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, avviando una terza fase del percorso riformatore, con la quale si è completato il processo di aziendalizzazione già avviato con la riforma del 1992. Per la prima volta, è stata fornita una differente nozione del Servizio Sanitario Nazionale, che viene definito come il «Complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali.»

L'articolo 3 del nuovo Decreto ha attribuito ancora maggiore impulso al processo di aziendalizzazione, configurando le Aziende Sanitarie come Centri di imputazione di autonomia imprenditoriale. Que-

sto significa che le Aziende Sanitarie, pur rimanendo sempre dei soggetti pubblici, nel garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria sono tenute ad applicare principi di funzionamento dei sistemi aziendali.

Sono state apportate variazioni anche alle modalità operative e agli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie, che ora si costituiscono attraverso la stipula di un atto privato e instaurano rapporti con soggetti terzi sempre utilizzando strumenti di contrattazione privatistici, con l'unica eccezione per i contratti di fornitura di beni e servizi superiori a un determinato valore limite stabilito dalla Comunità Europea.

Rispetto al passato, dunque, le Aziende Sanitarie hanno acquisito la piena disponibilità del patrimonio loro conferito dallo Stato e sono pertanto tenute al vincolo di pareggio di bilancio adottando un proprio sistema di contabilità per monitorare costi e ricavi che si generano dalla loro gestione, responsabilizzando ulteriormente in tal modo i diversi attori operanti nei vari livelli di governo aziendale.

Anche se la terza riforma ha attribuito maggiore funzionalità e flessibilità all'erogazione dei servizi, tutelando gli interessi della collettività e quelli economici delle Aziende Sanitarie e definendo più nel dettaglio il nuovo assetto organizzativo del sistema, non è entrata tuttavia nel merito del finanziamento del Servizio Sanitario. Solo nel 2000, con il D. Lgs. n. 56/2000, è stato ripreso quest'ultimo tema ed è stato previsto un nuovo meccanismo di finanziamento del Servizio Sanitario in grado di garantire maggiore autonomia decisionale e maggiore responsabilizzazione rispetto ai risultati a livello di governo decentrato.

Ulteriori modifiche all'assetto del Sistema Sanitario Nazionale sono state poi apportate dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001: tra le più importanti e decisive in tal senso è da segnalare il cambiamento del disposto dell'articolo 117 della Costituzione, con il quale si prevede una differente attribuzione della potestà legislativa tra Stato e Regioni. Il nuovo articolo definisce le materie che rientrano nella potestà legislativa esclusiva dello Stato e quelle invece a legislazione concorrente (tra le quali la sanità è senza dubbio la più rilevante), per le quali le Regioni hanno competenza a legiferare in coerenza con le leggi dello Stato. La sanità passò da una competenza concorrente a una dove le Regioni acquisirono una potestà legislativa esclusiva su molti aspetti dell'organizzazione mentre lo Stato mantenne la potestà legi-

slativa esclusiva in materia di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Questa ripartizione ha generato un sistema a forte connotazione regionale, con differenze significative nelle prestazioni e nella gestione dei servizi tra le varie regioni, ponendo nuove sfide in termini di equità e omogeneità nell’accesso alle cure.

In precedenza, le Regioni potevano infatti legiferare solo in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera; dopo la riforma costituzionale del 2001 a esse è stata riconosciuta la potestà legislativa concorrente insieme allo Stato in materia di tutela della salute. In base a tale riforma, dunque, lo Stato definisce i livelli minimi di prestazioni, riguardanti i diritti civili e sociali, ritenute essenziali su tutto il territorio nazionale; mentre le Regioni devono fornire materialmente i servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera svolgendo attività di programmazione, organizzazione, vigilanza e finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali e ripartendo tra esse le risorse confluite nel Fondo Sanitario Regionale.

Le Regioni stabiliscono, per ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera, i principi di organizzazione sanitaria, i criteri di finanziamento e le attività di supporto dei sistemi di controllo, gestione e valutazione dei risultati conseguiti. Redigono, inoltre, il Piano Sanitario Regionale che, conformemente agli obiettivi configurati in quello nazionale, delinea le linee d’azione per il raggiungimento degli obiettivi fissati per il triennio di riferimento.

1.3. STRUMENTI PER IL GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L’attuale configurazione del sistema di *governance* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come visto nei paragrafi precedenti, ha avuto la sua genesi fondamentale nel 2001, un anno che ha marcato una transizione epocale nel panorama istituzionale e normativo italiano, introducendo con la riforma del Titolo V della Costituzione un modello di federalismo fiscale e amministrativo e ponendo la cruciale materia della “tutela della salute” sotto la legislazione concorrente.

Contestualmente a questa profonda revisione costituzionale, il nuovo assetto si iscrive coerentemente nella cornice finanziaria delinea-

ta dal Decreto Legislativo n. 56/2000, che ha provveduto a una rivisitazione dei meccanismi di finanziamento della sanità regionale e dei relativi sistemi negoziali (Conferenza Stato-Regioni/Patti per la Salute). In questo mutato e complesso contesto normativo e istituzionale, le competenze tra i distinti livelli di governo sono state definite con maggiore accuratezza e precisione, mirando a conseguire un delicato equilibrio tra l'ineludibile esigenza di unitarietà e omogeneità dei servizi a livello nazionale e la riconosciuta autonomia organizzativa e gestionale delle Regioni (Giorgi, C., 2022; Taroni, F., 2019).

Tabella 1.6 – Attori e compiti nel governo del SSN

ATTORE	COMPITI PRINCIPALI NEL GOVERNO DEL SSN
Lo Stato	<ul style="list-style-type: none"> • Definisce e provvede all'aggiornamento periodico dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), i quali rappresentano l'insieme delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie che il SSN è obbligato a garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Questa definizione assicura un <i>minimum</i> di esigibilità del diritto alla salute. • Monitora e verifica l'effettiva erogazione dei LEA, valutandone la conformità agli standard prescritti e la qualità su base regionale, tramite strumenti di <i>performance management</i>. • Garantisce la provvista delle risorse finanziarie necessarie per l'erogazione dei LEA, perseguendo al contempo condizioni di efficienza gestionale e appropriatezza nell'utilizzo di tali risorse, sempre nel rigoroso rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli equilibri di bilancio nazionale, in un quadro di sostenibilità macroeconomica.
Le Regioni	<ul style="list-style-type: none"> • Sono le titolari della responsabilità di organizzazione e programmazione dei rispettivi servizi sanitari regionali, operando nell'ambito delle direttive e dei principi fondamentali stabiliti a livello nazionale, che fungono da quadro di riferimento. • Detengono il compito materiale e la responsabilità diretta di assicurare che le prestazioni sanitarie comprese nei LEA siano effettivamente erogate alla popolazione sul proprio territorio, avvalendosi delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), delle Aziende Ospedaliere e delle altre strutture convenzionate o accreditate, in un'ottica di integrazione dell'offerta sanitaria.

A partire dal 2001, con l'instaurarsi di questa nuova dialettica tra i due livelli di governo in materia sanitaria che bilancia le prerogative legislative e amministrative, gli strumenti privilegiati per la sintesi decisionale e il coordinamento delle politiche sanitarie diventano gli Accordi e le Intese in materia sanitaria. Questi strumenti, qualificabili come atti di *soft law* nella loro genesi, pur non possedendo la forza di legge ordinaria *ex se* al momento della loro stipula, una volta raggiunti tra il Governo e le Regioni in seno alla Conferenza Stato-Regioni, vengono successivamente recepiti a livello legislativo (tipicamente tramite leg-



ιστηγορία

Collana di Politica, Economia e Diritto

1. M. Mancarella (ed.), *Profili negoziali e organizzativi dell'amministrazione digitale*
2. A. Mancarella, *Evoluzionismo, darwinismo e marxismo*
3. U. Vergari, *Governare la vita tra biopotere e biopolitica*
4. M. Mancarella (ed.), *eJustice amministrativa in Europa*
5. G. Preite, *Welfare State. Storie, Politiche, Istituzioni*
6. G. Gioffredi, *Globalizzazione, nuove guerre e diritto internazionale*
7. F. Saponaro, *Scambio di informazioni fiscali nell'Unione Europea*
8. M. Mazzotta (ed.), *Lo stato del benessere nella società della conoscenza*
9. M. Mancarella, *eVoting e nuove dimensioni della democrazia*
10. A. Mancarella (ed.), *Filosofia e Politica. Scritti in memoria di Laura Lippolis*
11. G. Preite, *Politica e biometria. Nuove prospettive filosofiche delle scienze sociali*
12. M. Giannotta, *Diritti fondamentali e nuovi diritti nelle democrazie dell'Est europeo*
13. M. de Cillis, *Diritto, Economia e Bioetica ambientale nel rapporto con le generazioni future*
14. M. Mancarella, *Lineamenti di informatica giuridica*
15. M. Mazzotta, G. Spatafora, *Fiducia Valore Networking*
16. C. Punzi, *La memoria ostinata*
17. G. Preite, *Politica dell'emergenza*
18. M.L. Tarantino, *La Ragion di Stato tra Cinque e Seicento in Italia*
19. M. Mancarella, *Informatica giuridica per le imprese*
20. E. Bevilacqua, V. Cremonesini, C. Punzi, M. Vignola (eds.), *Michel Foucault. Teorie, convergenze, pratiche*
21. M. Mancarella (a cura di), *Lineamenti di informatica giuridica*
22. G. Preite, M.L. Tarantino, U. Vergari (eds.), *Filosofia, politica, scienza. Scritti in memoria di Angelo Mancarella*
23. M. Trinchese, *Clima, migrazioni e diritti umani*