



OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO
1 APRILE 2020

Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale

di **Giuliana Giuseppina Carboni**
Professore associato di Diritto pubblico comparato
Università degli studi di Sassari

Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale *

di Giuliana Giuseppina Carboni

Professore associato di Diritto pubblico comparato
Università degli studi di Sassari

Abstract [It]: Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito dalla legge del 1978, che afferma i principi di universalità globalità, solidarietà, rispetto della dignità umana. Poiché il SSN è organizzato su base regionale, le disuguaglianze territoriali costituiscono una preoccupazione di vecchia data. La disuguaglianza è aumentata nell'ultimo decennio a causa dell'emergenza economica. In risposta alla crisi il governo italiano ha adottato politiche di riduzione dei costi che hanno condotto a un ridimensionamento del sistema sanitario e a un aumento delle differenze nell'assistenza territoriale. Il Ministro della salute, che ha la responsabilità per il finanziamento e la supervisione di tutte le prestazioni del SSN, decide quanto sia ampia l'idea di assistenza sanitaria attraverso la definizione dei livelli essenziali. Le restrizioni imposte al SSN hanno limitato l'accesso alle cure sanitarie in varia misura in tutto lo Stato, ma alcune Regioni manifestano maggiori difficoltà nel garantire i livelli essenziali di assistenza. Nel dicembre 2019 il Governo e il Ministro della sanità hanno annunciato nuovi piani per migliorare l'efficienza e l'uguaglianza dei servizi. I piani rappresentano solo un primo passo del processo di miglioramento a lungo termine del Servizio sanitario nazionale.

Abstract [En]: The Italian National Health Service (*Servizio Sanitario Nazionale*) was set up in 1978, with universal coverage, solidarity, human dignity, and health needs as its fundamental principles. As the NHS is regionally based, interregional inequity is a long-standing concern. Inequity increased due to economic emergency. In response to the economic crisis, the Italian government has opted to enact cost-cutting policies that led to a retrenchment of the health care system. Restrictions imposed on the NHS led to curtailed access to healthcare to varying extents across the State. The Minister for Health has overall financial control and oversight of all NHS delivery and performance. The minister of health decides how expansive the idea of "comprehensive" health care is. Some Regions showed greater difficulties in guaranteeing essentials levels of assistance. In December 2019 the Government and the Minister for Health announced new plans to improve efficiency and equality of services. The plans represent just one part of a longer-term process of improvement in the NHS, rather than the final word on how services will change.

Sommario: 1. Il diritto alla salute e la sua attuazione. 2. Salute e Regioni. 3. Gli effetti della crisi economica. 4. Nuovi indirizzi per la sanità pubblica? 5. Considerazioni finali.

1. Il diritto alla salute e la sua attuazione

La disciplina costituzionale del diritto alla salute è contenuta nell'art. 32 della Carta repubblicana¹ e in una serie di norme, di principio e organizzative, che forniscono le indicazioni sui caratteri dell'apparato che dovrebbe realizzare il diritto medesimo². Il modo di concepire il diritto alla salute e le caratteristiche

* Articolo sottoposto a referaggio.

¹ B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, 1984, n. 1, pp. 21-60.

² Sulla connessione tra costruzione dei sistemi sanitari e diritto alla salute P. BIANCHI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari. Alcune osservazioni in prospettiva comparatistica*, in C. COLAPIETRO - M. ATRIPALDI - G. FARES - A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità*, Roma, 2018, pp. 3-24. È interessante l'osservazione per cui i sistemi di welfare che meglio garantiscono la tutela della salute non hanno necessariamente conosciuto la costituzionalizzazione del diritto.

organizzative del sistema sanitario sono strettamente correlati e si condizionano a vicenda, tanto da far considerare queste ultime «componenti, implicite ma assai significative, della stessa identità costituzionale di un ordinamento»³.

L'art. 32 è espressione dei principi di dignità, eguaglianza, solidarietà, e ambisce a garantire tutte le situazioni soggettive, individuali e collettive, collegate alla salute⁴. Spetta al legislatore il compito di individuare le situazioni meritevoli di tutela, il tipo di organizzazione sanitaria, i mezzi per sostenere i servizi di assistenza.

In attuazione del disegno costituzionale la legge del 1978⁵, istitutiva del servizio sanitario nazionale, ha assunto come principi di riferimento l'universalità e l'eguaglianza⁶, simboli della forma di Stato sociale, attento ai bisogni di tutta la popolazione⁷.

L'universalità⁸ del diritto consegue alla natura fondamentale dello stesso e al riconoscimento di un nucleo irriducibile⁹, che deve essere garantito anche agli stranieri, ad esempio¹⁰. L'eguaglianza¹¹ impegna le istituzioni repubblicane a garantire l'assistenza a soggetti e gruppi che altrimenti sarebbero penalizzati, per condizioni personali e sociali o per territorio¹². Per realizzare questi obiettivi la legge del 1978 ha attinto risorse dalla fiscalità generale, che è stata posta al servizio dei diritti sociali e incaricata di sostenere il sistema sanitario *nazionale*, ovvero unitario nei fini, nella struttura e nei servizi.

³ Sul rapporto tra sistemi sanitari e identità costituzionale C. CASONATO, *I Sistemi sanitari: note di comparazione*, in G.G. CARBONI (a cura di), *La salute negli Stati composti*, Torino, 2012, p. 10.

⁴ La tutela della salute si traduce in forme di protezione molto diverse, a seconda delle situazioni da tutelare: integrità fisica, trattamenti sanitari, autodeterminazione, benessere complessivo. C. CASONATO, *La salute e i suoi confini. Una prospettiva comparata*, in G. CERRINA FERONI - M. LIVI BACCI - A. PETRETTO (a cura di), *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Firenze, 2017, pp. 55-67.

⁵ Il difficile ruolo del legislatore nell'attuazione del diritto sociale alla salute è evidenziato da B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale*, in *Rivista di BioDiritto*, 2019, n. 2, pp. 121-125.

⁶ La legge del 1978 era intervenuta per superare la frammentarietà del sistema mutualistico precedente. M. D'ANGELOSANTE, *Sistemi universalistici e sistemi occupazionali a confronto*, in A. PIOGGIA - S. CIVITARESE MATTEUCCI - G. M. RACCA - M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, 2011, pp. 21-55.

⁷ Il diritto alla salute ha "valenza di diritto sociale, caratterizzante la forma di Stato sociale disegnata dalla Costituzione", così Corte costituzionale, sent. n. 37 del 1991.

⁸ Il sistema sanitario italiano appartiene al gruppo dei sistemi universalistici, ed è pertanto «rivolto al cittadino-persona, e dunque organizzato in termini tali da aspirare alla massima estensione soggettiva». C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 2016, n. 1, p. 66.

⁹ Lo ha affermato la Corte costituzionale con una giurisprudenza consolidata. Si vedano, tra le altre, le sentenze nn. 267 del 1998, 416 del 1995, 304 e 218 del 1994, 247 del 1992, 455 del 1990, 252 del 2001. A. MORRONE - F. MINNI, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2013, n. 9, pp. 1-12.

¹⁰ Sul rapporto tra salute e migranti si veda G. CERRINA FERONI (a cura di), *Sistemi sanitari e migrazioni. Percorsi di analisi comparata*, Torino, 2019.

¹¹ L. PALADIN, *Il principio costituzionale di eguaglianza*, Milano, 1965.

¹² N. DIRINDIN - E. CARUSO - C. RIVOIRO, *Universalismo e vincoli di bilancio nella tutela della salute: una questione politica, prima ancora che finanziaria*, in *Politiche sociali*, 2014, n. 3, pp. 387-402.

Sulla disciplina costituzionale del diritto alla salute sono intervenute, a partire dalla fine del secolo, trasformazioni che hanno interessato tanto i principi quanto le norme organizzative.

Una prima trasformazione è derivata dal processo di globalizzazione, che ha cambiato il rapporto tra Costituzione, economia e diritti sociali. Mentre nella seconda metà del XX secolo la Costituzione è stata posta a fondamento di politiche economiche funzionali alla garanzia dei diritti sociali, e quindi anche del diritto alla salute, nel Terzo millennio ha iniziato ad affermarsi una lettura economicistica della Costituzione, rafforzata dalla crisi globale, che ha posto a latere i diritti sociali e perseguito come prioritari lo sviluppo economico e il principio dell'equilibrio dei conti pubblici¹³.

Si colloca in questa cornice l'introduzione in Costituzione del principio del pareggio di bilancio¹⁴, e il rafforzamento del controllo dell'Unione europea sulle politiche di bilancio degli Stati, che limita la spesa e l'indebitamento, con evidenti ripercussioni sulle scelte relative alla quota di risorse da destinare al welfare¹⁵.

Le preoccupazioni per la crescita incontrollata della spesa sanitaria si erano manifestate in realtà ben prima della crisi globale, tanto che già agli inizi degli anni '90 il legislatore e la Corte costituzionale erano intervenuti a limitare l'accesso gratuito alle cure¹⁶ e a condizionare il diritto alla salute alla "determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione" decisa dalla legge¹⁷.

Negli anni successivi il legislatore ha accentuato il controllo della spesa sanitaria, intervenendo con misure tese a introdurre un sistema di standard e parametri in grado di "misurare" i costi delle prestazioni e la loro appropriatza, su base nazionale, con effetti non sempre coerenti con la necessità di tutelare le prestazioni sanitarie costituzionalmente necessarie¹⁸.

¹³ F. BALAGUER CALLEJÓN, *Costituzione economica e globalizzazione*, in *federalismi.it*, 2019, n. 5, numero speciale, pp. 1-13.

¹⁴ Legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, *Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale*. Sul complesso sistema di interazioni che ha dato vita ai vincoli europei sulle politiche di bilancio A. GIOVANNELLI, *Vincoli europei e decisione di bilancio*, in *Quaderni costituzionali*, 2013, n. 4, pp. 933-972.

¹⁵ Il tema è stato posto immediatamente dopo la modifica costituzionale del 2012. Si veda A. MORRONE, *Pareggio di bilancio e Stato costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2014, n. 1, pp. 1-14; E. JORIO, *Pareggio di bilancio: le ricadute (e le implicazioni) sui comuni e sul sistema sanitario*, in *federalismi.it*, 2012, n. 10, pp. 1-17.

¹⁶ La Corte ha chiarito che la compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti non è incompatibile con l'art. 32 Cost. Si vedano le sent. nn. 203 del 2008, 187 del 2012.

¹⁷ Che il diritto alla salute sia "finanziariamente condizionato", dalla "limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario", è un principio consolidato della giurisprudenza costituzionale. Corte costituzionale, sent. nn. 455 del 1990, 111 del 2005, 203 del 2008, 248 del 2011, 203 del 2016. Per un commento critico all'uso del concetto di diritto finanziariamente condizionato si veda B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale*, cit. pp. 125-130.

¹⁸ L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, in *federalismi.it*, 2017, n. 22, pp. 1-11.

Una seconda trasformazione ha interessato l'organizzazione del sistema sanitario, che ha vissuto una fase di *rescaling* dei livelli di governo della sanità comune ad altri settori dell'amministrazione¹⁹. La revisione costituzionale del 2001, recependo gli sviluppi della legislazione ordinaria²⁰, ha posto al centro del sistema sanitario le Regioni, cui spetta, secondo l'art. 117, comma 3 Cost., la competenza concorrente per la «tutela della salute» (in luogo della precedente competenza per l'«assistenza sanitaria ed ospedaliera», prevista dal vecchio testo dell'art. 117)²¹. Inoltre, l'art. 116, comma 3, prevede la possibilità che le Regioni ordinarie possano accedere a forme particolari di autonomia, anche nella gestione della sanità, rendendo possibile un ulteriore differenziazione dei compiti regionali²².

Per evitare che dalla regionalizzazione della sanità derivi una diversa tutela dei diritti a seconda delle Regioni, lo stesso art. 117, al comma 2, lett. m, attribuisce allo Stato il compito di stabilire i limiti della differenziazione, individuando i livelli essenziali che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale per la tutela del diritto alla salute. La disposizione cerca di fornire un riferimento per comporre principi in tendenziale conflitto, come quello autonomistico (le Regioni sono chiamate a gestire la sanità, differenziando) e dell'eguaglianza (lo Stato deve garantire il diritto alla salute, uniformando)²³. La definizione costituzionale di un catalogo di prestazioni pone in capo al decisore pubblico la responsabilità della scelta riguardante la globalità dei servizi, secondo i principi indicati dalla Costituzione, ma anche il dovere di assicurarne il godimento su tutto il territorio nazionale superando le esistenti differenze regionali e impedendo che se ne creino di nuove²⁴.

¹⁹ Sulla modifica del ruolo e delle funzioni dei livelli di governo in Europa M. Keating, *Rescaling the European state. The making of territory and the rise of the meso*. Oxford, 2013. Il decentramento sanitario si è affermato nei sistemi sanitari europei (ma in realtà il decentramento è una caratteristica dei sistemi sanitari di tutte le democrazie sviluppate) con alterni risultati in termini di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia. J. FONT-COSTA - S.L. GREER (a cura di), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, Basingstoke, 2013.

²⁰ Oltre alla legge n. 502 del 1992, il riferimento è alla legge n. 229 del 1999, c.d. riforma *ter* del sistema sanitario. La riforma della sanità s'inseriva nel processo di riordino dell'amministrazione statale avviato agli inizi degli anni '70 col proposito di contribuire a realizzare il decentramento delle funzioni che la Costituzione aveva prefigurato all'art. 5

²¹ R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI - G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, p. 21. Il legislatore nel 1978 aveva assegnato alle unità sanitarie locali il compito di erogare i servizi e ai Comuni le funzioni amministrative, mentre alle Regioni e allo Stato, ognuno per le proprie competenze, spettavano compiti normativi e di programmazione.

²² Sul regionalismo differenziato, con particolare attenzione alla materia sanitaria si vedano R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2, pp. 1-15; F. ANGIOLINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *federalismi.it*, 2019, n. 15, pp. 1-22.

²³ Secondo M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m), della costituzione*, in *Politica del Diritto*, 2002, n. 3, pp. 352-353, il riferimento ai «livelli» essenziali non deve far pensare soltanto alla necessità di determinazione di livelli quantitativi, ma anche alla definizione della «struttura organizzativa» che assicura la garanzia dei diritti. Ciò comporta che lo Stato non si deve limitare a definire «quanto», ma anche a stabilire almeno i principi fondamentali del «come».

²⁴ C. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza*, in G. CERRINA FERONI - M. LIVI BACCI - G. PETRETTO (a cura di), *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, cit., pp. 90-92.

Per la gestione del sistema sanitario e l'erogazione dei servizi le Regioni possono ricorrere a strutture pubbliche e private, che adottano forme di organizzazione e di azione di tipo aziendale²⁵. Il principio del decentramento territoriale si coniuga così con l'introduzione di elementi privatistici nell'amministrazione di settori prima riservati al pubblico.

Questa notazione ci ammette alla terza trasformazione che ha riguardato il sistema sanitario e la tutela del diritto alla salute: l'introduzione di elementi competitivi e mercantilistici nella gestione della sanità. Hanno concorso a questo mutamento le modifiche normative decise dal legislatore a partire dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, con il quale per la prima volta è stata ammessa la competizione tra erogatori pubblici e privati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie²⁶ ed è stata avviata l'organizzazione aziendale dei servizi sanitari regionali²⁷. Modifiche sorrette da una teoria del governo delle amministrazioni pubbliche, denominata *New Public Management*, che guarda agli effetti positivi della competizione e della gestione aziendale per incrementare l'efficienza dell'attività pubblica²⁸.

In direzione di un'apertura al mercato si pongono poi le politiche dell'Unione europea a favore della mobilità dei pazienti, tutelata dalla giurisprudenza comunitaria e dalla dir. UE n. 24 del 9 marzo 2011 nell'ambito della libera circolazione dei servizi²⁹. Non va taciuto, d'altra parte, che, alla spinta della Corte di giustizia e del legislatore europeo a favore della mobilità transfrontaliera dei pazienti, ha fatto seguito l'enunciazione dei principi comuni per la protezione del diritto alla salute da parte della UE³⁰, sempre più impegnata a sostenere i sistemi sanitari nazionali³¹.

²⁵ L'aziendalizzazione prevede forme di organizzazione flessibili, responsabilità gestionali in capo ai vertici della struttura, monitoraggio dei costi, ecc. A. PIOGGIA, *La riforma sanitaria e l'introduzione di elementi aziendalistici nelle organizzazioni sanitarie pubbliche*, in A. PIOGGIA - S. CIVITARESE MATTEUCCI - G.M. RACCA - M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, cit., pp. 79-89.

²⁶ Competizione condizionata ad una serie di adempimenti, non del tutto assimilabile alle logiche del mercato, tanto da meritare la definizione di quasi-mercato. R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI - G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 13-88.

²⁷ A. PIOGGIA, *La riforma sanitaria e l'introduzione di elementi aziendalistici nelle organizzazioni sanitarie pubbliche*, cit., p. 82; F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, pp. 575-593.

²⁸ L. ANSELMINI, *Il percorso di trasformazione della pubblica amministrazione. Il "percorso aziendale"*, Torino, 1995.

²⁹ Sulla mobilità transfrontaliera e sui suoi problemi applicativi D. MORANA (a cura di), *L'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un welfare state europeo?*, Napoli, 2018; G. BOGGERO, *Gli ostacoli alla mobilità sanitaria transfrontaliera in Italia*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 2, pp. 377-412.

³⁰ Prova ne sia che la Carta dei diritti della UE sancisce il diritto all'accesso alla prevenzione sanitaria e alle cure mediche, e ai servizi sociali di interesse economico generale. C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, cit. p. 70.

³¹ Le competenze dell'Unione sono regolate *in primis* dall'art. 168 TFUE, che disegna una competenza di sostegno per la UE. J. MCHALE, *Fundamental Rights and Health Care*, in E. MOSSILOS - G. PERMANAND - R. BAETEN - T.K. HARVEY (a cura di) *Health Systems Governance in Europe*, Cambridge, 2010, pp. 282-314; U. NEERGAARD, *EU Health Care Law in a Constitutional Light: Distribution of Competences, Notions of 'Solidarity', and 'Social Europe'*, in J.W. VAN DE GRONDEN - E. SZYSZCZAK - U. NEERGAARD - M. KRAJEWSKI (a cura di), *Health Care and EU Law*, L'Aja, 2011, pp. 19-58; E. JORIO, *La salute e la Costituzione europea*, in *Sanità pubblica*, 2006, n. 4, pp. 5-19; L.S. ROSSI - C. BOTTARI (a cura di), *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, Rimini, 2013.

La sfida che oggi deve affrontare il sistema sanitario italiano, al pari di altri sistemi europei, è quella di coniugare le tensioni che scaturiscono dalla necessità di conciliare l'equilibrio dei conti pubblici con la tutela dei diritti sociali, di armonizzare l'azione di diversi livelli di governo della sanità, di coordinare intervento pubblico e privato, senza pregiudicare i caratteri essenziali dell'universalità, dell'eguaglianza e della omogeneità³².

A fronte del quadro costituzionale e normativo, che prospetta l'uniformità nazionale dei Livelli essenziali di assistenza, si pongono i dati che attestano l'impatto negativo della crisi sulla qualità dei servizi sanitari e la salute della popolazione³³, ma soprattutto una notevole differenza tra Regioni e aree del Paese.

Si tratta di differenze evidenziate dal più importante strumento istituzionale per la verifica della garanzia del diritto alla salute, la c.d. Griglia LEA, che misura gli adempimenti regionali per i Livelli essenziali di assistenza³⁴.

Benché il sistema introdotto dalla Griglia LEA abbia suscitato più di una critica, e sia in fase di aggiustamento, esso trova conferma, nella sostanza, nei dati sulla mobilità sanitaria³⁵, sulle liste di attesa³⁶, sui Piani di rientro³⁷, sulla rinuncia a fruire dell'assistenza da parte dei cittadini di alcune Regioni³⁸, che

³² Si vedano le conclusioni della COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO DELLA REPUBBLICA, *Sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*, relatori L. D'ambrosio Lettieri e N. Dirindin, Doc. XVII n. 13, 10 gennaio 2018, pp. 10-13.

³³ AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), *Andamento spesa sanitaria nazionale e regionale 2008-2014*, Roma, 2015, in www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/spesa-sanitaria/monitoraggio-della-spesasanmaria; K. VAN GOOL - M. PEARSON, *Health, Austerity and Economic Crisis*, in *Oecd Health Working Papers*, 2014, p. 76; S. SARTI - M.TERRANEO - M.T. BORDOGNA, *Poverty and Private Health Expenditures in Italian Households during the Recent Crisis*, in *Health Policy*, 2017, pp. 307-314.

³⁴ Gli indicatori utilizzati per la verifica LEA sono relativi alle forme di assistenza ospedaliera, distrettuale, negli ambienti di vita e di lavoro, e sono stati definiti una prima volta nel 2001 e aggiornati nel 2017. La Griglia è stata elaborata in attuazione dell'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 conclusa a sua volta in attuazione dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 5 giugno 2003, istitutiva di un Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA. La verifica degli adempimenti è prerequisite per accedere ai finanziamenti aggiuntivi (quota premiale) del SSN. Le Regioni sottoposte alla verifica di tali adempimenti sono quelle ordinarie e la Sicilia (sono escluse la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010). Nel 2017 risultano valutate positivamente ben 8 Regioni: Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Abruzzo, e Marche che raggiungono un punteggio superiore a 200 (mentre nel 2016 erano 4 le Regioni sopra i 200 punti). Sei Regioni si collocano con un punteggio compreso tra 200 e 160 (minimo livello accettabile): Liguria, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, la Provincia Autonoma di Trento, Lazio, Puglia, Molise e Sicilia. Le Regioni Campania, Valle D'Aosta, Sardegna, Calabria e la Provincia Autonoma di Bolzano si caratterizzano per i punteggi inferiori a 160 e presentano diverse criticità ascrivibili in particolare all'area della prevenzione (screening e coperture vaccinali) e all'area distrettuale (residenziali anziani e disabili). MINISTERO DELLA SALUTE, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA Metodologia e Risultati dell'anno 2017*, pubblicato nel mese di febbraio 2019. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf

³⁵ L. AIMONE GIGIO - D.ALAMPI - S. CAMUSSI - G. CIACCIO - P.GUATINI - M. LOZZI - A. L. MANCINI - E. PANICARA - M. PAOLICELLI, *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, Banca d'Italia, *Questioni di Economia e Finanza*, 2018, n. 427, pp. 35-42.

³⁶ CONSORZIO PER LA RICERCA ECONOMICA APPLICATA IN SANITÀ, *Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali*. I Report, in www.quotidianosanita.it/allegati, 21 dicembre 2018.

³⁷ I dati aggiornati si trovano sul sito del Ministero, <http://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro>

³⁸ I dati Istat, pur se risalenti al 2013, rivelano che vi sono Asl dove le rinunce sono inferiori al 3% e Asl dove superano il 21%. Si veda il dato riportato da COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO DELLA REPUBBLICA,

attestano tutti l'esistenza di una pluralità di livelli assistenziali nel territorio nazionale e, più in generale, una notevole differenza di efficienza ed efficacia tra sistemi sanitari regionali.

Le differenze tra sistemi sanitari regionali emerge inoltre dai dati relativi allo stato di salute della popolazione, monitorati dall'Istat con gli indicatori di Benessere e sostenibilità (BES). Si tratta di dati che entrano a pieno titolo nel Documento di finanza pubblica e che orientano l'azione di Governo e le decisioni di politica finanziaria e sanitaria.

In particolare, il BES 2018³⁹, che riporta l'indice composito di salute per territori, dice due cose: che si è fermata la crescita degli indicatori del dominio salute e che permane una notevole differenza tra Nord e Sud, mentre Centro e Sud sembrano tendere alla convergenza.

Ulteriori conferme del divario territoriale sono arrivati da altri documenti come ad esempio il Rapporto dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane per il 2015⁴⁰, che ha evidenziato il fatto che, per una serie di fattori, quali spesa per il personale e prevenzione, aspettative di vita e cause di morte, vi fossero gap crescenti tra Regioni del Nord, del Centro e del Sud⁴¹. La differenza di tre anni nelle aspettative di vita della popolazione del Mezzogiorno, la sopravvivenza al cancro, l'offerta di servizi notevolmente superiore al Centro-Nord, la percezione di salute, confermano la divisione territoriale⁴².

Da ultimo la Relazione CNEL 2019 al Parlamento e al Governo, sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche amministrazioni centrali e locali a imprese e cittadini, ha affermato che «L'Italia si colloca tra i Paesi più virtuosi anche se i risultati ottenuti in termini di salute e di efficienza sanitaria sono inficiati nel loro valore dal peso delle disparità che si registrano nell'offerta di servizi, nei tempi di attesa e nelle differenze territoriali»⁴³.

Il divario tra obiettivi costituzionali di tutela della salute e realtà territoriali può essere imputato essenzialmente allo squilibrio creatosi tra le esigenze dell'unità e quelle della differenziazione. I prossimi paragrafi tenteranno di chiarire i termini di questo rapporto, e di individuare gli elementi di debolezza, che derivano da fattori di natura istituzionale, da scelte politiche e da ragioni culturali.

Sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità, cit., p. 30.

³⁹ ISTAT, *Rapporto Bes 2018: il benessere equo e sostenibile in Italia*, 19 ss, in <https://www.istat.it>

⁴⁰ Con sede a Roma presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e diretto da Gualtiero Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità. L'ultimo Rapporto è riferito all'anno 2018, tutti i Rapporti sono consultabili al sito <https://www.osservatoriosullasalute.it/rapporto-osservasalute>.

⁴¹ L. VIOLINI, *Salute, sanità e Regioni: un quadro di crescente complessità tecnica, politica e finanziaria*, in *Le Regioni*, 2015, n. 5-6, pp. 1019-1030.

⁴² Ormai anche la dottrina pubblicistica che studia i sistemi sanitari si preoccupa di dati epidemiologici, essenziali per valutare le politiche pubbliche e preparare le scelte di politica legislativa. Con riferimento ai rapporti Bes e Istat 2018, C. COLLICELLI, *Salute e sanità nel Mezzogiorno: tendenze e criticità*, in *Le Regioni*, 2018, n. 3, pp. 703-724.

⁴³ La Relazione, consultabile sul sito del Cnel, è stata presentata nella sede dell'Istituto il 15 gennaio 2020.

2. Salute e Regioni

Il primo fattore di crisi dell'eguaglianza territoriale è dato dalla regionalizzazione della sanità. Il riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria, deciso dal legislatore ordinario e confermato dalla riforma costituzionale del 2001, s'inserisce in una più generale ridefinizione degli equilibri tra i due enti, che ha interessato in modo particolare la sanità e il coordinamento della finanza pubblica. Gli ordinamenti sanitari regionali, che avevano già manifestato le proprie peculiarità, si sono avvantaggiati da quel momento di strumenti normativi e amministrativi specifici per differenziare l'organizzazione e le scelte di politica sanitaria.

Lo Stato dispone a sua volta della competenza a stabilire uno standard minimo uniforme su tutto il territorio, in considerazione della crescente autonomia delle Regioni nello svolgimento delle funzioni normative e amministrative. Competenza esclusiva ma non escludente rispetto alle Regioni, anche per il fatto che essa non può essere disgiunta da quella delle risorse necessarie a garantire detti livelli e per la quale la collaborazione tra Stato e Regioni è indispensabile. Infatti, nel caso in cui le Regioni non riescano a garantire i livelli essenziali, mantenendo al contempo l'equilibrio dei conti, lo Stato deve intervenire a tutelare il raggiungimento di entrambi gli obiettivi (LEA e equilibrio finanziario).

A questo scopo il legislatore statale, come ha ripetutamente spiegato la Corte costituzionale, può spingersi a limitare i poteri legislativi regionali derivanti dalla "tutela della salute", che potranno esercitarsi sulla materia garantendo livelli anche superiori (ma non il contrario)⁴⁴.

La complessità del settore sanitario è così elevata che sarebbe semplicistico trarre dalla sola nomenclatura costituzionale un vademecum per definire quali ambiti sono di competenza della legislazione regionale⁴⁵.

⁴⁴ La Corte ha escluso, per esempio, che le Regioni possano legiferare sull'appropriatezza e il merito delle scelte terapeutiche per la terapia elettroconvulsivante (TEC). Sent. n. 282 del 2002, con commento di L. VIOLINI, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico-scientifica*, in *Le Regioni*, 2002, n. 6, pp. 1450-1460. La tesi che la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sia un tutt'uno con la definizione del contenuto essenziale del diritto è stata sostenuta fin da subito dalla giurisprudenza costituzionale. A. SIMONCINI, *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte le prime indicazioni su regolamenti del Governo e «livelli essenziali» nelle materie regionali*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, pp. 1209-1210.

⁴⁵ La legislazione concorrente in materia di «tutela della salute» ha una portata molto ampia e comprende ambiti come i trattamenti sanitari obbligatori, l'edilizia sanitaria, l'igiene pubblica, l'organizzazione dei servizi. A. ROVAGNATI, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute: un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m), II comma, art. 117 Cost.* in *Le Regioni*, 2003, n. 6, pp. 1141-1176. Sulla forza espansiva della materia M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI - G. CERRINA FERONI - M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, pp. 9-34. L'estensione della potestà residuale in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, il confine tra questa e la tutela della salute, saranno determinate dall'intervento dei legislatori e dall'interpretazione della Corte costituzionale. In questo senso è emblematica la sent. n. 510 del 20 novembre 2002, nella quale la Corte ha respinto alcuni ricorsi regionali verso il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, perché la riforma costituzionale intervenuta nel frattempo avrebbe fatto venire meno l'interesse dei ricorsi. M. BELLETTI, *Il difficile rapporto tra «tutela della salute» e «assistenza e organizzazione sanitaria». Percorsi di una «prevalenza» che diviene «cedevole»* in *Le Regioni*, 2006, n. 6, pp. 1176-1190. Allo stesso modo, il riparto tra disposizioni di principio e norme di dettaglio, che interessa la materia «tutela della salute», sarà il risultato della prassi legislativa e giurisprudenziale.

È stata la Corte, volta per volta, ad indicare quale titolo sia prevalente nel caso di norme relative alla dirigenza sanitaria, all'accreditamento⁴⁶, alla vendita dei farmaci, al blocco delle liste di attesa, ecc⁴⁷.

Se il riparto di competenze ha creato fin da subito problemi di coordinamento, altri due elementi hanno concorso a far aumentare il divario tra le Regioni: l'insufficienza delle risorse dovuta alla crisi e il ricorso alle politiche sanitarie come politiche identitarie. Sul primo punto ci soffermeremo nel prossimo paragrafo, mentre qui conviene approfondire il secondo.

La caratterizzazione identitaria dei sistemi sanitari regionali trae la sua ragion d'essere dall'esistenza di opposte concezioni del regionalismo e dell'organizzazione della sanità. Quanto alle prime, agli inizi del XXI secolo, e ancor più dopo la crisi iniziata nel 2008, vi è stata una riscoperta degli elementi culturali e del senso di appartenenza dei cittadini al territorio regionale. Attraverso le politiche pubbliche (sanità, cultura, turismo, ecc.) le Regioni hanno rafforzato il senso di appartenenza della propria comunità alle istituzioni del territorio, proponendosi come interpreti di un'identità politica diversa da quella statale e delle altre Regioni⁴⁸. Sul piano organizzativo, la regionalizzazione sanitaria, unita al decentramento politico, ha determinato differenze nei fini dell'azione pubblica, che riflette la cultura, e i principi di convivenza della comunità territoriale. Dal legame tra la sanità e l'identità regionale sono scaturiti diversi modelli. Da quello basato sull'organizzazione distrettuale e sull'integrazione nella programmazione dell'attività sanitaria universitaria e degli Istituti di ricovero e cura (Emilia Romagna), a quello che punta alla separazione tra funzione di produzione e funzione di acquisto dei servizi, attribuendo alle Asl il compito di programmazione, acquisto e controllo (Lombardia); per continuare con il modello basato sul ruolo degli enti locali, che hanno il compito di gestire con le Asl le Società della salute, organizzazioni pubbliche complesse di erogazione di servizi (Toscana). Ulteriori differenze sono derivate dal modo in cui le Regioni hanno adattato l'organizzazione delle Asl alle caratteristiche dei rispettivi territori, per regolare in modo più o meno accentrato il rapporto tra livello regionale ed aziendale nonché i rapporti tra aziende e quelli tra i servizi ospedalieri e distrettuali⁴⁹. I sistemi sanitari delle Regioni speciali hanno

⁴⁶ Particolarmente delicata è per esempio la disciplina dell'accreditamento, che viene declinata in modo diverso da Regione a Regione e la fissazione dei tetti di spesa per le prestazioni. G. CERRINA FERONI, *Pubblico e privato nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Italia, Germania, Svizzera a confronto*, in G.G. CARBONI (a cura di), *La salute negli Stati composti*, cit., pp. 71-112.

⁴⁷ Per l'approfondimento di questi aspetti G. CARPANI - D. MORANA, *La competenza legislativa in materia di "tutela della salute"*, in R. BALDUZZI - G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit. pp. 89-149.

⁴⁸ Si tratta di politiche che oltre a perseguire obiettivi di eguaglianza, di tutela della dignità umana e di sviluppo economico, contribuiscono a formare l'identità costituzionale: le c.d. *flag policies*. Una parte consistente di queste politiche si sono spostate dal centro alla periferia, con conseguenze importanti per l'identità nazionale e per quella delle comunità territoriali, che stanno perseguendo la differenziazione come obiettivo del decentramento. G.G. CARBONI, *Il regionalismo identitario*, Padova, 2019, pp. 1-16.

⁴⁹ Dopo la riforma del Titolo V, nove Regioni hanno approvato un'apposita legge per la disciplina del riordino del proprio servizio sanitario: Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Marche, Toscana, Molise, Sardegna, Puglia, Liguria. D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle*

adottato un modello che tende a integrare sanità e assistenza, a causa dei maggiori poteri regionali in materia di enti locali, responsabili per i servizi di assistenza sociale⁵⁰.

Una volta ammessa la possibilità che ogni Regione svolga autonomamente i compiti di programmazione (con i piani sanitari regionali), di organizzazione (delle strutture centrali e periferiche) e di amministrazione dei servizi, la differenziazione ha prevalso sull'uniformità.

A quel punto era prevedibile la richiesta, formulata allo Stato dalle Regioni dotate di sistemi più efficienti, di graduare il finanziamento in modo da assecondare la competizione, invece di perseguire logiche di solidarietà e cooperazione⁵¹.

Un discorso parzialmente diverso deve farsi in riferimento alle politiche regionali relative al contenuto del diritto alla salute, che si definiscono principalmente attraverso la legislazione statale di principio. Le politiche legislative regionali sono limitate da una normativa statale che si spinge a disciplinare, ad esempio, i profili procedurali e organizzativi del consenso informato⁵², o dell'appropriatezza delle pratiche terapeutiche⁵³.

Non pare esserci alcun margine per politiche regionali volte ad ampliare o estendere il contenuto del diritto alla salute e per legiferare seguendo indirizzi diversi da quello statale o anche individuando un indirizzo regionale in assenza di quello statale. Così, la possibilità di una Regione (Friuli Venezia Giulia⁵⁴), di legiferare in materia di disposizioni anticipate di trattamento in mancanza di una legge dello Stato è stata considerata illegittima dalla Corte costituzionale⁵⁵.

Una vicenda simile ha riguardato la regione Lombardia, che aveva deliberato di sostenere economicamente l'accesso delle coppie alla fecondazione assistita eterologa prima che fosse rinnovato

competenze e attuazione del principio di sussidiarietà, in *Le Regioni*, 2007, n. 6, pp. 983-1024. Si vedano le descrizioni dei modelli adottati in Lazio, Liguria, Toscana, Lombardia, riportati in E. CATELANI - G.CERRINA FERONI - M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione* cit. 113 ss.

⁵⁰ A. PIOGGIA, *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione privata delle aziende sanitarie*, in E. CATELANI - G.CERRINA FERONI - M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione* cit. pp. 57-74; E. GRIGLIO, *L'organizzazione istituzionale per la tutela della salute in ambito regionale*, in R. BALDUZZI - G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 217-227.

⁵¹ Sulle ragioni finanziarie delle richieste di differenziazione si veda F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *federalismi.it*, 2019, n. 15, pp. 1-22.

⁵² In tema di trattamenti volontari, si veda Corte cost., sent. n. 438 del 2008.

⁵³ Sent. n. 282 del 2002. E recentemente n. 169 del 2017, dove si afferma che è di competenza statale la possibilità di «stabilire il confine tra terapie ammesse e terapie non ammesse, sulla base delle acquisizioni scientifiche», con commento di P. GIANGASPERO, *Ancora una variazione sul tema di tecnica, scienza e diritto: indicazioni di erogabilità e appropriatezza terapeutica, diritto alla salute, prescrizioni mediche "in scienza e coscienza" e vincoli alle Regioni*, in *Le Regioni*, 2018, n. 1, pp. 133-144.

⁵⁴ Legge n. 4 del 13 marzo 2015.

⁵⁵ Corte cost. sent. 262 del 2016, C. MAGNANI, *Sul testamento biologico altro scontro tra Stato e Regioni. Il Titolo V fa male alla salute?* in *Forum di Quaderni Costituzionali* (16 dicembre 2016).

l'elenco dei LEA nel gennaio 2017⁵⁶. Allo stesso modo sono state bloccate le iniziative di alcune amministrazioni tese a porre in essere politiche di contrasto alla crisi in materia di tutela della salute e capaci di ampliare l'offerta dei servizi sanitari⁵⁷.

Un'altra nota sentenza della Corte ha precluso alle Regioni la possibilità di prevedere interventi volti a stabilire limiti alle immissioni elettromagnetiche più rigorosi di quelli statali⁵⁸.

Emblematica è la possibilità (negata) delle Regioni di differenziare la disciplina antifumo. Posto che tale divieto è stabilito dalle leggi statali, è preclusa alla legislazione regionale anche la facoltà di disciplinare il procedimento di accertamento delle infrazioni⁵⁹.

L'esito finale delle scelte organizzative e di politica sanitaria compiute dallo Stato e dalle Regioni è un mosaico assistenziale che suscita preoccupazione, almeno per i dati che emergono dal Ministero della salute. Le Regioni sono state in grado di ridefinire il welfare in risposta alle esigenze del proprio territorio e della disponibilità di risorse, a scapito dell'omogeneità dei servizi e della forza unificante delle politiche di welfare dello Stato. Lo Stato conserva poteri di coordinamento e controllo che gli derivano soprattutto dai vincoli europei alle finanze pubbliche, ma ha perso il potere di indirizzo delle politiche di settore, che le Regioni pretendono di esercitare in autonomia e in competizione tra loro.

Il timore per l'impatto della differenziazione sui diritti e le risorse⁶⁰, e una generale tendenza dello Stato a ri-centralizzare le funzioni di indirizzo relative ai diritti sociali, hanno prodotto negli ultimi anni una rivalutazione delle esigenze di uniformità, che si è tradotta in un nuovo attivismo legislativo statale, dettato dall'esigenza di contenimento della spesa, ma non solo, e nella ricerca di una più intensa concertazione delle scelte tra Stato e Regioni⁶¹.

⁵⁶ La delibera della Giunta lombarda è stata recepita dalla Conferenza delle Regioni, *Definizione tariffa unica convenzionale per le prestazioni di fecondazione eterologa*, del 25 settembre 2014. Il Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 23 giugno – 20 luglio 2016, n. 3297, in dirittoeggiustizia.it, ha in via definitiva dichiarato l'illegittimità della Delibera, assumendo la disparità di trattamento con la fecondazione omologa.

⁵⁷ M. DE ANGELIS, *Crisi e sanità: effetti su politiche e diritti. Il caso della Regione Marche*, in *Le Regioni*, 2015, n. 2, pp. 357-407; e Rapporto 2013 della Regione Toscana su «*Crisi, stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Toscana*», in <https://www.ars.toscana.it/>

⁵⁸ Corte cost. sent. n. 307 del 2003.

⁵⁹ Corte cost., sent. n. 63 del 2006.

⁶⁰ R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., pp. 1-15; F. PALLANTE, *Nel merito del regionalismo differenziato*, in federalismi.it, 2019, n. 6, p. 5. Tra le materie oggetto degli accordi sottoscritti da Veneto, Lombardia e Emilia Romagna a febbraio 2018, quella sanitaria era considerata nel terzo allegato, intitolato "Salute", nel quale si prevedeva una «maggiore autonomia» in tema di: gestione del personale (in ordine alla rimozione di vincoli specifici di spesa e di attività libero-professionale); formazione del personale medico specializzato (in particolare, attraverso appositi accordi con le università) e previsione di un nuovo inquadramento professionale, quello dei medici assunti con contratto a tempo determinato di "specializzazione-lavoro"; determinazione del sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione; sistema di *governance* delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale; istituzione e gestione di fondi sanitari in-tegrativi.

⁶¹ G. CARPANI, *Accordi e intese tra Governo e regioni nella più recente evoluzione del Ssn: spunti ricostruttivi*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, pp. 35-50.

3. Gli effetti della crisi economica

Le differenze tra sistemi sanitari regionali sono state amplificate dalla crisi economica, che si protrae da circa dieci anni, e che costituisce il secondo fattore di incrinatura dell'equità territoriale. La crisi ha prodotto effetti diretti sullo stato di salute delle popolazioni coinvolte, sulla cui entità il dibattito è aperto⁶², ed effetti indiretti, e diversi, sull'offerta sanitaria delle Regioni.

Quanto ai primi, Regioni come la Calabria, la Sicilia e la Campania mostrano un peggioramento rilevante degli indici di salute. Variazioni positive sono state registrate, in particolare, in TAA, Piemonte e Veneto⁶³.

Quanto agli effetti indiretti, il primo e più importante è la riduzione di risorse destinate ai sistemi sanitari regionali, decisa dal legislatore italiano (al pari di molti colleghi europei⁶⁴) accompagnata da misure di responsabilizzazione delle Regioni nella gestione e nel finanziamento della sanità⁶⁵.

Per controllare la spesa sanitaria il d. lgs. n. 68 del 2011 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province nonché di determinazione dei [costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario](#), approvato in attuazione della legge delega n. 42 del 2009) ha previsto un sistema di calcolo del finanziamento della sanità basato su costi e fabbisogni standard, che avrebbe dovuto garantire l'integrale finanziamento dei LEA. Salutata come passaggio essenziale verso la finanza sanitaria virtuosa, e l'abbandono della spesa storica, il nuovo sistema è stato fortemente limitato dalla determinazione unilaterale del fondo sanitario da parte dello Stato, in considerazione delle esigenze di riduzione della spesa pubblica e del debito. Non è dunque il fabbisogno di spesa, calcolato sulla base dei costi standard ottimali, a determinare l'entità delle risorse da destinare alle Regioni, ma sono le risorse disponibili a dover essere attribuite a prescindere dalle necessità di spesa e persino dagli accordi stretti tra Stato e Regioni⁶⁶.

⁶² S. CECCHI, *La salute dei poveri. Le conseguenze della recessione economica sull'accesso alle cure sanitarie in 15 Stati europei*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2018, n. 3, pp. 501-520; A. MARESSO ET AL. (a cura di), *Economic crisis, health systems and health in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series, WHO, 2015, n. 41. Il tema del sotto finanziamento del sistema sanitario, con conseguenze negative sulle prestazioni e la tutela della salute è stato recentemente dibattuto nel Regno Unito, che sta avviando alcuni importanti riforme di sistema per garantire sostenibilità e qualità. M. CERIONI, *Il diritto alla salute tra universalismo e sostenibilità pubblica. Un'analisi a due voci: Italia e Inghilterra*, in C. COLAPIETRO - M. ATRIPALDI - G. FARES - A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità*, cit., pp. 135-156.

⁶³ S. SARTI, *Salute e crisi: convergenze e divergenze nei sistemi regionali italiani tra il 2005 e il 2013*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2017, n. 2, pp. 239-256.

⁶⁴ Si veda la sintesi proposta da C. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza*, cit. pp. 93-95

⁶⁵ Sul defianziamento pubblico la nota critica del Rapporto della FONDAZIONE GIMBE, *Sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale*, presentato l'11 giugno 2019, in www.rapportogimbe.it, pp. 64-70.

⁶⁶ La legge statale è arrivata a rideterminare verso il basso il fondo sanitario nazionale, suscitando i ricorsi delle Regioni. La Corte cost. nella sent. 103 del 2018, pur affermando l'importanza del principio di leale collaborazione non ne ha tratto la conclusione dell'invalidità della legge. Merita segnalare che nell'occasione le Regioni speciali (Valle D'Aosta, Friuli e Sardegna) sono state stigmatizzate per non aver attivato le intese.

La Corte costituzionale ha evidenziato il malfunzionamento del sistema di calcolo del fondo nella sent. n. 169 del 2017, dalla quale emerge una legislazione disattenta ai diritti e ai meccanismi costituzionali di finanziamento. La transitorietà della crisi sarebbe diventata, secondo i giudici, permanenza dei metodi (distorsivi) di calcolo della spesa costituzionalmente necessaria per garantire i LEA⁶⁷.

Venendo al ruolo delle Regioni, le politiche di austerità hanno prodotto conseguenze rilevanti nelle Regioni più povere e assistite, dove, a causa di una serie di fattori, tra cui la maggiore dipendenza di queste aree dalla spesa pubblica e la contrazione dei trasferimenti perequativi statali, la crisi ha significato indebolimento del welfare⁶⁸. Per contro, le Regioni più ricche, dotate di maggiori capacità amministrative ed economiche, hanno fatto ricorso a proprie risorse per contrastare la crisi del welfare statale, e per questo hanno cessato di considerare come essenziale il vincolo di solidarietà con le altre Regioni.

Dopo una fase (1999-2004) nella quale lo Stato interveniva con misure di ripiano del disavanzo ad aiutare le Regioni in difficoltà, la legge finanziaria per il 2005 (legge 30 dicembre 2004, n. 311) ha introdotto nel nostro ordinamento condizioni per l'accesso alle risorse sanitarie e percorsi di risanamento per le Regioni in forte disavanzo⁶⁹.

I percorsi di risanamento, denominati Piani di rientro, sono accordi stipulati tra enti regionali e Stato in sede di Conferenza Stato-Regioni al fine di ripristinare l'equilibrio finanziario perduto e i livelli essenziali delle prestazioni⁷⁰. L'incentivo a sottoscrivere le Intese è dato dalla leva finanziaria⁷¹. In sostanza le Regioni consentono alla limitazione della loro autonomia normativa e amministrativa per conseguire un

⁶⁷ L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, cit., pp. 1-11.

⁶⁸ Sulla differenza della spesa sanitaria tra Regioni G. PITRUZZELLA, *Sanità e Regioni*, in *Le Regioni*, 2009, n. 6, pp. 1177-1184. Il primo tentativo di regionalizzare la spesa e le risorse fu compiuto con il d.lgs. n. 52 del 2000. Per tutti gli anni '80 la Corte costituzionale bocciò i tentativi del legislatore di adossare alle Regioni i costi del disavanzo provocato dal diverso costo delle prestazioni sui territori. Si veda, tra le molte, la sent. n. 245 del 1984.

⁶⁹ La loro sottoscrizione rappresenta un obbligo nel caso di disavanzi superiori a una specifica soglia del finanziamento complessivo, inizialmente posta al 7 per cento e poi abbassata al 5 per cento a partire dal 2010. L. AIMONE GIGIO - D. ALAMPI - S. CAMUSSI - G. CIACCIO - P. GUATINI - M. LOZZI - A. L. MANCINI - E. PANICARA - M. PAOLICELLI, *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, cit., pp. 7-9.

⁷⁰ I Piani di Rientro sono disciplinati normativamente dalla legge finanziaria per il 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296). Il meccanismo dei piani di rientro è stato attivato, in ordine di tempo, per Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia e Sardegna. È stato poi esteso a Calabria (2009), Piemonte e Puglia (2010). Tutte queste Regioni sono tuttora in piano di rientro, ad eccezione della Liguria, rientrata abbastanza rapidamente dallo stato di disavanzo eccessivo e della Sardegna, che ne è uscita subito, pur in stato di inadempienza, perché dallo stesso 2007 provvede al finanziamento del suo SSR senza alcun apporto da parte dello Stato (l. 296/2006). Campania, Lazio, Molise e Calabria sono commissariate; l'Abruzzo lo è stato ma è uscita dallo stato di commissariamento nel 2015. Nel complesso dal 2005 al 2017 sono state coinvolte nel meccanismo del piano di rientro tutte le Regioni centro-meridionali esclusa la Basilicata e due Regioni del Nord che però non sono state commissariate.

⁷¹ La legge di bilancio per il 2019 ha previsto due miliardi di risorse aggiuntive per il 2020 e 1 miliardo e mezzo nel 2021 a condizione che venisse sottoscritto il Patto 2019-2021, come è in effetti avvenuto.

fine che difficilmente potrebbero raggiungere senza un vincolo esterno alle decisioni⁷². Inoltre, una quota del finanziamento ha carattere premiale ed è subordinata ad una serie di adempimenti e alla copertura del disavanzo con i Piani di rientro.

Per garantire la sostenibilità del sistema si è scelto di irrigidire il controllo centrale sui SSR, con sanzioni che hanno determinato il rientro dei disavanzi, a prezzo di alcuni effetti destinati a produrre nel tempo un problema di sostenibilità dei servizi, come la carenza di personale e di formazione⁷³. Allo stesso tempo è diventato più rigoroso il monitoraggio della spesa⁷⁴ e dei LEA, con i meccanismi descritti in precedenza. L'effetto complessivo delle misure e dei pacchetti che si sono susseguiti dal 2007 è stato di una diminuzione dei livelli di spesa, decisi sulla base della definizione statale del budget⁷⁵. La spesa sanitaria italiana, secondo dati OECD, è stata di circa l'8,9% del Pil nel 2018, inferiore a quella dei grandi Paesi europei (Spagna, Regno Unito, Francia, Germania, Paesi nordici), mentre è in crescita la spesa privata⁷⁶. Le ricadute sulla qualità e l'equità dei servizi sanitari sono state registrate da un recente rapporto della Commissione Igiene e sanità del Senato: «Il SSN è stato sottoposto negli ultimi anni a notevoli restrizioni (finanziarie, di personale, tecnologiche e strutturali), soprattutto nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro, che hanno contribuito a contenere la spesa ma che stanno producendo effetti preoccupanti sulla capacità di erogare i servizi e sul funzionamento stesso contribuendo ad alimentare le importanti disomogeneità presenti tra le varie Regioni e di conseguenza l'equità del sistema»⁷⁷.

⁷² G. CARPANI, *Cogestire un servizio sanitario regionalizzato. Gli strumenti in campo: dai LEA ai piani di rientro*, cit., pp. 231-235; C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?* in *Le Regioni*, 2019, 1, pp. 307-322.

⁷³ Uno dei settori più colpiti dalla crisi è quello della riduzione del personale, concentrata nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, la cui spesa è calata di 2 miliardi tra il 2010 e il 2018. La legge finanziaria per il 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296) aveva introdotto norme applicabili a tutte le Regioni per il contenimento della spesa del personale. La legge finanziaria per il 2010 (legge 23 dicembre 2009, n. 191) che è stato introdotto nel nostro ordinamento il blocco automatico del turnover, limitatamente alle Regioni in Piano di rientro e solo nel caso di mancato o parziale rispetto degli impegni assunti nel Piano stesso. Tale blocco, di durata almeno triennale, è stato soggetto a un allentamento a partire dal 2011. e dei posti letto (Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015 ha stabilito da ultimo 3,7 posti letto per 1000 abitanti), inferiori alla media europea. parallelamente, non sono stati rinforzati i servizi territoriali e si è incoraggiata la spesa privata. Le Regioni a statuto speciale non hanno sottoscritto l'accordo sul contributo previsto dalla legge di stabilità per il 2016, andato pertanto a carico delle altre Regioni. UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Lo stato della sanità in Italia*, Focus tematico n. 6, 2 dicembre 2019, p. 2.

⁷⁴ RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2017), *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Rapporto n. 4.

⁷⁵ Il meccanismo dei Piani di rientro è risultato molto efficace nel garantire una riduzione dei debiti sanitari delle Regioni. Tra il 2009 e il 2014, il disavanzo delle Regioni interessate è passato da 3,5 miliardi di euro a 275 milioni. Il successo è stato tale da spingere il Governo ad introdurre un meccanismo di controllo dei disavanzi delle singole Asl, imperniato sulla presentazione di Piani di rientro, con la legge di stabilità per il 2016 (l. 208/2015).

⁷⁶ OECD, *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*, in <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

⁷⁷ Si veda l'analisi della COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO DELLA REPUBBLICA, *Sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*, p. 8. La Commissione ha denunciato fenomeni di «povertà sanitaria»: ambulatori sociali un tempo rivolti solo agli stranieri (in particolare nelle grandi metropoli), ambulatori che offrono prestazioni a prezzi scontatissimi, competizione sui prezzi nel mercato delle prestazioni odontoiatriche, e simili.

Una conferma dell'analisi è giunta dal profilo della sanità italiana stilato dalla OECD⁷⁸, nel quale si rileva la preoccupazione che alcune Regioni, in particolare quelle sottoposte a Piani di rientro, non riescano a garantire livelli di assistenza adeguati rispetto alla buona media nazionale.

In casi di particolare gravità del dissesto entrambi i termini del rapporto da cui ha avuto inizio il commissariamento, esigenze finanziarie e adeguate prestazioni sanitarie, risultano compromessi⁷⁹. In situazioni di malfunzionamento del SSR accade purtroppo che a costi elevati non corrispondono servizi adeguati nelle Regioni con Piani di rientro, mentre nelle Regioni in equilibrio addirittura si risparmia⁸⁰.

Un caso recente di Regione soggetta a Piano di rientro e non in grado di garantire i LEA è quello della Calabria. Il Governo Conte I è intervenuto con decreto legge per dettagliare l'attività di gestione e direzione delle strutture regionali⁸¹. Il tema della tutela dei LEA nelle Regioni soggette a Piani di rientro è stato esplorato dalla dottrina pubblicistica, che ha ben evidenziato la natura più che eccezionale dei poteri riconosciuti al commissario ad acta⁸², con inevitabile compressione dell'autonomia politica regionale⁸³.

In Calabria l'emergenza dura dal 2009, e i provvedimenti assunti dal Governo non hanno sortito i risultati sperati⁸⁴. Nel Rapporto della Corte dei conti del 2019 si rileva come «Nell'ambito delle Regioni impegnate nei Piani di rientro, o nella loro prosecuzione in programmi operativi, la Calabria ha registrato il valore più basso di soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza» che sono ascrivibili alla bassa qualità

⁷⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italy: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*, OECD, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283428-en>

⁷⁹ S. VILLAMENA, *Il Commissariamento della sanità regionale. Conflittualità ed approdi recenti anche con riferimento al c.d. decreto Calabria*, in *federalismi.it, Osservatorio di diritto sanitario*, 25 settembre 2019.

⁸⁰ CORTE DEI CONTI, Rapporto approvato il 22 maggio 2019 dall'Adunanza delle Sezioni Riunite in sede di controllo.

⁸¹ B. BRANCATI, *Tensione nei rapporti tra Stato e Regioni sul tema della sanità (a margine del decreto-legge n. 35/2019)*, in *Osservatorio costituzionale*, 2019, n. 5, pp. 1-13.

⁸² Il commissariamento, comportando il ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera, delle spese di personale, e di quella farmaceutica convenzionata, rende molto difficile la garanzia delle prestazioni sanitarie che devono essere erogate, anche se vengono registrati dei miglioramenti da questo punto di vista. Forti, poi, sono le ricadute sull'autonomia regionale. E. GRIGLIO, *Il legislatore dimezzato: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, 2012, n. 3, pp. 455-502.

⁸³ Nella giurisprudenza costituzionale, il Piano di rientro è stato considerato un limite per la previsione, da parte di una legge regionale, di livelli di assistenza supplementari in contrasto con gli obiettivi di risanamento dello stesso piano di rientro (vedi, ad esempio, la sent. n. 104/2013, C. cost., e il commento di M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore». L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, nn. 5-6, pp. 1078-1097. Sui limiti del legislatore regionale nel decidere in autonomia anche su temi collaterali con gli accordi tra Asl e Università, D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 2014, nn. 1-2, pp. 203-226; E. GRIGLIO, *Il legislatore dimezzato: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, cit. pp. 455-466.

⁸⁴ Il primo accordo tra Stato e Regioni risale al 17 dicembre 2009. Il decreto-legge n. 78 del 2009, aveva previsto un meccanismo atto ad assicurare l'elaborazione in tempi piuttosto brevi di un Piano di rientro per il Servizio sanitario calabrese. Il successivo commissariamento è intervenuto nel luglio 2010, ed è stato prorogato ripetutamente fino alla nomina nel 2018 del generale Cotticelli.

dell'«assistenza ospedaliera»; alla «elevata mobilità passiva extraregionale che nel corso degli anni ha contribuito ad aumentare l'entità del disavanzo sanitario»; ai «ritardi nella riorganizzazione della rete ospedaliera»; ed infine alle «carenze e/o criticità nella trasmissione dei *report* (...) in tutte le aziende del SSR».

Un altro caso rilevante è stato fatto registrare dalla Regione Molise, dove è stata dichiarata illegittima una legge sugli interventi per disturbi acustici, a causa delle interferenze con l'attività programmatica e finanziaria del commissario ad acta⁸⁵.

Questi esempi sono parte di un processo di centralizzazione delle scelte relative alla spesa sanitaria, operato attraverso la figura commissariale e la conseguente limitazione dell'autonomia legislativa della Regione. Gli esiti, per i diritti dei cittadini sono stati alquanto problematici in alcune aree del Paese, e hanno sollecitati nuove politiche.

4. Nuovi indirizzi per la sanità pubblica?

Nelle ultime legislature il problema della sostenibilità del sistema sanitario è stato affrontato avendo presente sia l'obiettivo dell'equilibrio finanziario e sia quello dell'effettività dei Livelli essenziali delle prestazioni. Agli obiettivi di rafforzamento delle prestazioni è stata data attenzione soprattutto a partire dal triennio 2010-12, dopo che si era diffuso l'allarme sui rischi di peggioramento della qualità dei servizi come effetto collaterale dell'applicazione dei piani di rientro, caratterizzati da un forte orientamento al ripristino degli equilibri finanziari⁸⁶.

Gli interventi statali più recenti sono indirizzati a promuovere la capacità delle Regioni di attuare la riqualificazione dei servizi laddove questi avevano mostrato limiti quantitativi e qualitativi.

In questo campo si segnalano iniziative mirate a superare le difficoltà di accesso, legate a forme di razionamento e presenza di liste di attesa (accesso fisico) e a livelli elevati delle compartecipazioni (accesso economico)⁸⁷.

⁸⁵ Corte cost. sent. n. 247 del 2018. C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?* cit., pp. 307-322.

⁸⁶ L. AIMONE GIGIO - D. ALAMPI - S. CAMUSSI - G. CIACCIO - P. GUATINI - M. LOZZI - A. L. MANCINI - E. PANICARA - M. PAOLICELLI, *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, cit., p. 7.

⁸⁷ La rinuncia a visite o accertamenti specialistici per problemi di liste di attesa complessivamente riguarda circa 2 milioni di persone (3,3% dell'intera popolazione), mentre sono oltre 4 milioni le persone che vi rinunciano per motivi economici (6,8%). Sono forti le differenze territoriali tra Nord e Centro-Sud. La percentuale più bassa si rileva infatti nel Nord-est (2,2%) e la più elevata nelle Isole (4,3%). Queste situazioni rappresentano un segnale di vulnerabilità nell'accesso alle cure che riguarda in particolare i meno abbienti. Dati ISTAT relativi all'accesso ai servizi sanitari nell'anno 2017, diffusi durante l'audizione in Commissione Bilancio (12 novembre 2018) e contenuti nel documento "Attività conoscitiva preliminare all'esame del disegno di legge recante bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", p. 16.

Tra gli interventi approvati nel 2019, il nuovo Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa (PINGLA), che prevede la rapida definizione dei Piani regionali (tuttavia esso non contempla l'allocatione di nuove risorse)⁸⁸, il Nuovo sistema di garanzia LEA, l'abolizione del c.d. superticket, l'Intesa sul Patto per la salute 2019-2021 e le misure contenute nella manovra di bilancio 2020.

Il PNGLA 2019-2021 si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa e a tal fine introduce l'obbligo, per le Regioni e le Province Autonome, di adottare un Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) in cui vengano fissati i tempi massimi di attesa, per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio; impone, tra l'altro, l'acquisto di eventuali prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati⁸⁹.

Il nuovo sistema di garanzia dei LEA scaturisce dalla bassa significatività dei risultati della Griglia LEA 2016, che aveva individuato due sole Regioni inadempienti, a fronte di un quadro ben più allarmante fotografato dalle indagini nazionali e internazionali⁹⁰. Di conseguenza, il 13 dicembre 2018 la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha raggiunto l'Intesa sullo schema di decreto interministeriale che prevede un nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, la cui applicazione ha avuto inizio il 1 gennaio del 2020⁹¹. Nel frattempo il Ministero, su richiesta delle Regioni, ha condotto una verifica sperimentale per testare la validità del sistema di garanzia e introdurre eventuali modifiche.

La sperimentazione ha rivelato un quadro ben più allarmante di quello mostrato dalla Griglia LEA⁹², con ben 12 Regioni sotto la soglia, soprattutto nei servizi di assistenza distrettuale (mentre quelli ospedalieri vantano risultati più confortanti). Un dato del quale occorre tenere conto nel processo di attuazione del regionalismo differenziato, per evitare che quest'ultimo diventi un fattore di allontanamento ulteriore tra Regioni virtuose e non.

⁸⁸ Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021 rafforza il precedente, indicando i tempi massimi di attesa e le classi di priorità per alcune prestazioni.

⁸⁹ Le spese devono essere sostenute economicamente dall'azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo; il Piano introduce il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei, finalizzati a rendere il più possibile uniformi i comportamenti di prescrizione-prenotazione-erogazione fra le diverse Regioni e Province Autonome.

⁹⁰ I risultati della Griglia LEA sono stati considerati superati e troppo "appiattiti". Inoltre, il metodo dell'autocertificazione e l'uso di indicatori inadeguati e non aggiornati impediscono al sistema di valutazione di essere efficace. FONDAZIONE GIMBE, *Sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 79-81.

⁹¹ La finalità prioritaria è di mettere in relazione i LEA erogati con una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza (sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza), tramite 88 indicatori. I Macro-livelli di assistenza sottoposti a monitoraggio sono: prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16); assistenza distrettuale (n. 33), assistenza ospedaliera (n. 24); Monitoraggio di PDTA (n. 10); Contesto per la stima del bisogno sanitario (n. 4); Equità sociale (n. 1).

⁹² CORTE DEI CONTI, *Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica*. Roma, 29 maggio 2019: pp. 221-222. La sperimentazione si è basata sull'anno 2016 e ha preso in esame 3 distinte aree di assistenza: ospedaliera, distrettuale e prevenzione. Ogni area è poi stata suddivisa secondo degli indicatori precisi e per la sperimentazione ne è stato utilizzato un sottoinsieme di 6 per l'area della prevenzione, otto sono invece gli indicatori test per l'attività distrettuale e 7 infine gli indicatori test per l'attività ospedaliera.

Il nuovo sistema di garanzia dei LEA opportunamente tiene conto delle diseguaglianze di accesso nella salute, e in particolare include un indicatore relativo alla rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche, anche con riferimento a gruppi in situazione socio-economica sfavorevole. Saranno inoltre utilizzati specifici indicatori sentinella per rilevare le eventuali difficoltà di accesso a percorsi assistenziali da parte di soggetti appartenenti a questi stessi gruppi.

Il legislatore ha così aderito, almeno in parte, all'idea che la realizzazione dell'equità nei servizi sanitari sia strumento fondamentale per realizzare l'equità in sanità, come da tempo auspicato dalla dottrina⁹³.

Le azioni volte a garantire maggiore qualità dei servizi vengono sostenute da un indirizzo finanziario che vuole essere in controtendenza rispetto al passato, e sostituisce al definanziamento pubblico gli interventi mirati alla sostenibilità.

L'attuale Governo (Conte II) ha dichiarato di voler inaugurare una nuova stagione di collaborazione politica tra Governo e Regioni e un radicale cambio di rotta per ridurre diseguaglianze e mobilità sanitaria, così da garantire il diritto alla tutela della salute in tutto il territorio.

In questa cornice s'inserisce l'intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute 2019-2021, concluso il 18 dicembre 2019⁹⁴, nel quale sono state decise alcune azioni. Confermate le risorse per il prossimo biennio con un aumento previsto di 2 miliardi per il 2020 e 1,5 miliardi per il 2021⁹⁵. Governo e Regioni si impegnano entro 180 giorni a riesaminare la procedura di nomina dei commissari ad acta, anche alla luce delle ultime sentenze della Corte Costituzionale⁹⁶, e a stabilire nuove regole per l'uscita dal commissariamento. Inoltre, viene introdotto un nuovo meccanismo di affiancamento dello Stato alla Regione che non raggiunge gli obiettivi di erogazione dei LEA⁹⁷, mentre diventa eccezionale il commissariamento.

Dall'anno 2020 per il monitoraggio dell'erogazione dei livelli di assistenza a livello regionale e sub-regionale, il Comitato LEA effettuerà annualmente la valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia, inerente la qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità

⁹³ Sul punto V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come "veicolo" di eguaglianza*, in *Rivista di BioDiritto*, 2019, n. 2, p. 38.

⁹⁴ Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021, consultabile in <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1732438.pdf>

⁹⁵ Scheda 1 del Patto.

⁹⁶ Corte cost. sent. n. 247 del 2019, con la quale viene dichiarato illegittimo l'art. 25-septies del decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119, che prevedeva un meccanismo di incompatibilità tra la carica di commissario ad acta rispetto all'affidamento o alla prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione commissariata.

⁹⁷ Scheda 2 del Patto.

eventualmente presenti con riferimento all'erogazione dei LEA⁹⁸. Ove si rilevino gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza, il Comitato LEA invita la Regione a presentare, entro un termine congruo in relazione alla criticità e comunque non superiore a 30 giorni, un piano di risoluzione delle predette criticità che riporti gli interventi da porre in essere in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere⁹⁹.

Sono previste nuove assunzioni del personale, un settore particolarmente colpito dai tagli¹⁰⁰, e nuovi investimenti infrastrutturali. Sul tema della mobilità dei pazienti, che rende le Regioni del Mezzogiorno dipendenti da quelle del Nord, si è stabilito un generico programma di accordi, ma senza azioni precise che possano ridurre immediatamente i flussi migratori¹⁰¹. Lo stesso dicasi per le azioni di riorganizzazione delle cure primarie, specialmente nell'ambito dell'assistenza distrettuale¹⁰².

Uno dei primi atti conseguenti ai nuovi indirizzi è l'adozione dei decreti attuativi dei nuovi LEA. A quasi tre anni dalla pubblicazione del DPCM sui nuovi LEA, gran parte delle prestazioni ambulatoriali e protesiche non è ancora esigibile perché la loro reale disponibilità sull'intero territorio nazionale è soggetta alla revisione delle tariffe non ancora approvate dal MEF; tali prestazioni al momento possono solo essere erogate dalle Regioni non in Piano di rientro in regime extra-LEA. In altri termini, senza l'approvazione del "decreto tariffe" rimangono in vigore i nomenclatori ante-DPCM 12 gennaio 2017, che risalgono al 1996 per la specialistica ambulatoriale e al 1999 per l'assistenza protesica.

Il Ministro della salute ha reso noto a dicembre 2019 che il decreto tariffe sarebbe in dirittura di arrivo, pronto per essere inviato alla Conferenza Stato-Regioni.

5. Considerazioni finali

La sostenibilità del Sistema sanitario è un problema politico prima che finanziario. Come ha avuto modo di affermare Roy Romanow nelle conclusioni della *Commission on the Future of Health Care* in Canada: «Il

⁹⁸ Il monitoraggio dovrà effettuarsi entro il 31 maggio dell'anno successivo.

⁹⁹ Tale piano, denominato "Intervento di potenziamento dei Lea", è valutato nei successivi 30 giorni dal Comitato LEA in ordine alla coerenza degli interventi proposti, ai modi e ai tempi previsti. In caso di mancata presentazione del piano da parte della Regione o di non adeguatezza dello stesso sulla base delle valutazioni del Comitato Lea, il Ministro della salute, anche avvalendosi degli Enti vigilati, previa diffida ad adempiere alla Regione entro i successivi 15 giorni e ove persista l'inadempimento, provvede entro i successivi 30 giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all'approvazione del Comitato Lea. La valutazione da parte del Comitato LEA deve in ogni caso avvenire entro il termine utile a consentire la chiusura della valutazione complessiva degli adempimenti annuali entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento.

¹⁰⁰ Nel triennio 2020-2022 è previsto che la percentuale di incremento della spesa di personale- fissata in misura pari al 5 per cento salga al 10 per cento. Scheda 3 del Patto.

¹⁰¹ Scheda 4 del Patto.

¹⁰² Scheda 8 del Patto.

sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia»¹⁰³. Le risorse che un Paese decide di investire in sanità sono espressione della sua cultura, della sua identità e del suo sviluppo. La Costituzione italiana ha sintetizzato questi principi nell'art. 32, che garantisce l'universalità del diritto, un livello minimo di prestazioni agli indigenti (e ovviamente ulteriori livelli con la contribuzione dei cittadini-pazienti), l'interesse collettivo a promuovere la salute in tutti i contesti di vita.

La legge del 1978 ha sviluppato questi principi introducendo «Un sistema nazionale di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale (progressiva, cioè equa)». Questo sistema «ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le disuguaglianze territoriali e le conseguenze di disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle»¹⁰⁴

Nonostante l'intento legislativo, il sistema sanitario italiano sta manifestando una crescente difficoltà ad assicurare l'uniformità dell'assistenza, come dimostra la diversa qualità dei servizi erogati nelle Regioni.

L'uniformità è un carattere originario del servizio sanitario nazionale ed era, nella legge istitutiva (art. 2 comma 2¹⁰⁵), un obiettivo del SSN (non delle prestazioni) da perseguire stabilendo regole uniformi di settore, un'organizzazione amministrativa omogenea e capillare (le USL), il finanziamento di un unico fondo sanitario. Successivamente l'uniformità è stata riferita all'erogazione dei servizi e ai livelli delle prestazioni (d.lgs. 502/1992), come contrappeso alla c.d. regionalizzazione. La legge n. 449 del 1997 ha aggiunto l'essenzialità ai livelli di assistenza, che è stata costituzionalizzata nel 2001, a differenza dell'uniformità (già assente nel decreto del 2001 sui LEA)¹⁰⁶.

Crisi economica e restrizioni alla sanità pubblica stanno pregiudicando le condizioni di accesso ai servizi sanitari, soprattutto fra le categorie più deboli e nelle Regioni più in difficoltà, aggravando le già importanti disuguaglianze sociali e territoriali esistenti nel Paese

¹⁰³ COMMISSION ON THE FUTURE OF HEALTH CARE IN CANADA (Romanow Commission), *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, in <https://www.canada.ca/health-care-system/strategy>

¹⁰⁴ R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., pp. 1-15.

¹⁰⁵ L'art. 3 comma 2 attribuiva al legislatore il compito di fissare i livelli delle prestazioni che devono comunque essere garantiti a tutti i cittadini. V. ANTONELLI, *La garanzia dei LEA e l'uniformità territoriale*, in C. COLAPIETRO - M. ATRIPALDI - G. FARES - A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità*, cit., pp. 243-266.

¹⁰⁶ La nozione di livelli essenziali delle prestazioni è il prodotto dello sforzo legislativo di attuazione del contenuto oggettivo del diritto alla salute, ben antecedente alla costituzionalizzazione voluta con la riforma del Titolo V. È stata introdotta nell'ordinamento per la prima volta, grazie al d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, che disciplina il funzionamento del servizio sanitario nazionale. Poi con interventi successivi, tra i quali si segnala l'art. 22 della l. n. 328 del 2000, volto a definire i livelli essenziali delle «prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo. A. D'ALLOIA, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali: uno snodo decisivo nella configurazione del nuovo disegno autonomistico*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2003, nn.3-4, pp. 613-646; E. BALBONI, *Il concetto di «livelli essenziali ed uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2001, n. 6, pp. 1103-1111; G. SCACCIA, *Legge e diritti fondamentali nel nuovo art. 117 della Costituzione*, in *Quaderni costituzionali* 2003, n. 3, pp. 531-550.

Nel frattempo, sembrano essere mutati i valori di fondo e le priorità del Paese per le politiche che interessano il servizio sanitario. Accanto a fattori di tipo politico vi sono stati fattori culturali che hanno concorso all'idea che il sistema sanitario dovesse coniugare l'universalità alla sostenibilità, riservando priorità alla seconda¹⁰⁷.

Rimane l'obiettivo costituzionale dell'egaglianza, ma questo ha cessato di essere un elemento intrinseco alla struttura e alle attività del sistema sanitario. È diventato un parametro che insieme ad altri conforma la materia sanitaria, primo fra tutti l'esigenza di contenimento della spesa sociale, per cui anche all'interno dello Stato l'universalità non coincide con la sua gratuità¹⁰⁸.

In questo scenario va ridefinendosi il ruolo delle Regioni, che pur accogliendo i principi fondamentali del sistema sanitario nazionale tendono a declinarlo secondo il proprio particolare interesse. L'assetto istituzionale dimostra i suoi limiti, rappresentati dall'insufficienza dei meccanismi di raccordo Stato-Regioni, dalla debolezza dei parametri di uniformità (LEA) e dal grande equivoco del federalismo fiscale. Lo Stato regionale in Italia non ha mai aderito a un sistema di tipo federale, che comporterebbe oltre all'autonomia di spesa, una qualche autonomia fiscale delle Regioni per il reperimento delle risorse, o almeno la certezza delle entrate¹⁰⁹. La dipendenza delle Regioni dal finanziamento basato su entrate definite dallo Stato con una scelta legislativa, e perciò annualmente rivalutabile, le ha costrette a un ridimensionamento dei servizi, tanto più grave quanto più debole è il contesto economico e amministrativo. Gli eccessi del "federalismo fiscale di spesa"¹¹⁰ hanno impedito lo sviluppo di strumenti adeguati di perequazione e redistribuzione territoriale delle risorse, per cui la regionalizzazione ha consentito l'ampliarsi delle differenze, tra Regioni ordinarie e Regioni speciali¹¹¹, tra Regioni con conti in equilibrio e Regioni sottoposte a Piani di rientro¹¹².

La recente vicenda dei negoziati sulla differenziazione, nei quali alcune Regioni hanno rivendicato spazi legislativi e amministrativi inediti in materia sanitaria, ha posto il problema dei limiti alla regionalizzazione sanitaria. A tutela della unitarietà del sistema e della uniformità dei servizi si pone l'azione dello Stato, al

¹⁰⁷ E. JORIO, *Pareggio di bilancio: le ricadute (e le implicazioni) sui comuni e sul sistema sanitario*, cit., p. 2; I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *Rivista di BioDiritto*, 2019, n. 2, pp. 17.

¹⁰⁸ Il ritrarsi del servizio pubblico ha fatto emergere i servizi privati, tanto che la spesa privata nel 2017 ha raggiunto il 27,0% della spesa e di questa l'86,1% era out-of pocket. FONDAZIONE GIMBE, *Sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 15.

¹⁰⁹ L'autonomia fiscale si realizza in ordinamenti del tipo di quello statunitense e canadese. In Germania la Federazione ha il potere legislativo in materia fiscale, ma le quote della tassazione destinate ai Lander sono definite in Costituzione. G.G. CARBONI, *Federalismo fiscale comparato*, Napoli, 2013, pp. 1-20.

¹¹⁰ *Ibidem*, p. 18.

¹¹¹ Si veda R. BALDUZZI-D. PARIS, *La specialità che c'è ma non si vede. La sanità nelle regioni a statuto speciale*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 1, pp. 155-180.

¹¹² M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore». L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, cit., pp. 1078-1097.

quale spetta di interpretare con coerenza il rapporto tra organizzazione dei servizi e garanzia del diritto alla salute, ricordando che, come ha detto la Corte costituzionale, la prima è ricompresa nel secondo, e non viceversa¹¹³. Con ciò non s'intende ignorare che la libertà e i diritti dipendono anche dalle risorse (o dalle tasse) di cui un Paese dispone¹¹⁴, che le politiche sanitarie devono fare i conti con lo sviluppo della tecnologia e la diffusione di standard organizzativi e di efficienza, divenute patrimonio comune dei sistemi sanitari dei Paesi sviluppati (si pensi alle 5 regole auree del Canadian Health Act (Public administration, Comprehensiveness, Universality, Portability, and Accessibility), e delle organizzazioni sovranazionali (World Health Organization: Availability, Accessibility, Acceptability, Quality). Tuttavia, alcune azioni sono necessarie per garantire il nucleo essenziale del diritto alla salute, al quale anche la Corte costituzionale ha fatto riferimento.

È possibile immaginare una ripresa del carattere nazionale del Servizio sanitario solo a condizione che vi sia un impegno in tal senso delle istituzioni e delle forze politiche, e che il Parlamento contribuisca a formare l'indirizzo politico di un settore divenuto monopolio dell'esecutivo.

Negli ultimi anni le azioni per riformare e migliorare l'organizzazione del sistema, nonché il funzionamento degli standard si sono intensificate. L'attuale Governo ha accolto alcune proposte per la difesa del SSN avanzate da organizzazioni no-profit e attori istituzionali¹¹⁵; ha affermato di voler mettere la salute al centro di tutte le politiche pubbliche; ha abolito (da settembre 2020) il superticket; ha rilanciato gli investimenti e arrestato alcuni fenomeni di defianziamento come i tagli al personale; ha aumentato il controllo centrale sulle Regioni.

Il punto critico delle politiche sanitarie, in Italia come in altri Paesi europei¹¹⁶, è la mancanza di strategie di lungo periodo, causate da un eccessivo protagonismo dei Governi a scapito dei Parlamenti¹¹⁷, dall'affievolirsi del dibattito e del controllo pubblico su quello che rimane uno dei pilastri dello Stato sociale.

Nel momento più grave della crisi le Regioni hanno continuato a gestire la sanità pubblica, secondo le proprie capacità e risorse, con il risultato di differenziare ulteriormente i sistemi regionali e le garanzie di

¹¹³ Corte cost. Sent. n. 371 del 2008; e sent. nn. 54 del 2015, 231 del 2017.

¹¹⁴ S. HOLMES - C. R. SUNSTEIN, *Il costo dei diritti*, Bologna, 2000.

¹¹⁵ FONDAZIONE GIMBE, *Sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale*, cit., 139 ss e Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, *Sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*, cit., 10 ss.

¹¹⁶ In ambito europeo già nel 2013 il Consiglio dell'Unione europea, aveva avviato un Processo di riflessione su sistemi sanitari moderni, adeguati e sostenibili, elaborando un Pacchetto di strumenti per investimenti efficaci di fondi strutturali nel campo della salute 2014-2020.

¹¹⁷ Sul Patto per la salute 2014-2016 la Commissione Igiene e Sanità del Senato ha lamentato l'esclusione del Parlamento da ogni momento di dibattito, o anche solo di informazione di merito sui temi oggetto del confronto fra il Governo e le Regioni. COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO DELLA REPUBBLICA, *Sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*, cit., p. 33.



tutela dei cittadini. Alla differenziazione di fatto alcune Regioni vorrebbero far seguire una differenziazione di diritto, che pone l'esigenza di una seria riflessione sulla tenuta del sistema sia sotto il profilo finanziario sia sotto il profilo della qualità dei servizi.

Per evitare che da future modifiche del quadro ordinamentali derivi un aumento delle diseguaglianze territoriali il finanziamento del sistema e il riparto del Fondo sanitario dovrebbero utilizzare standard nazionali, ma prevedere altresì una quota vincolata agli adempimenti LEA, misurata con indicatori qualitativi oltre che quantitativi. In questa direzione sembrano andare i provvedimenti più recenti, sempre che perduri l'attuale indirizzo politico, sul quale ricadranno gli effetti dell'emergenza "Coronavirus", che ha drammaticamente evidenziato i problemi e i limiti del nostro regionalismo differenziato.