



COSTITUZIONALISMO NUMERICO: GLI INDICATORI QUANTITATIVI  
TRA NORME, DIRITTI E POLITICHE PUBBLICHE  
24 GENNAIO 2025

Gli indicatori del bisogno di salute: tra  
appropriatezza, autonomia ed equità  
nel servizio sanitario nazionale

di Teresa Balduzzi

Dottoranda di ricerca in *Law & Social Change*  
Università degli Studi Roma Tre

# Gli indicatori del bisogno di salute: tra appropriatezza, autonomia ed equità nel servizio sanitario nazionale\*

**di Teresa Balduzzi**

Dottoranda di ricerca in *Law & Social Change*  
Università degli Studi Roma Tre

**Abstract [It]:** Il contributo evidenzia come le diverse scelte che circondano l'adozione degli indicatori del fabbisogno sanitario per stimare i bisogni di salute della popolazione e, conseguentemente, ripartire tra le varie Regioni le risorse necessarie a finanziare i Lea celino, sotto un manto di apparente neutralità, decisioni di carattere essenzialmente politico. Ciò, non solo perché gli stessi indicatori inverano un preciso bilanciamento tra i vari principi su cui si fonda il Ssn (eguaglianza sostanziale, appropriatezza organizzativa e autonomia regionale), ma anche perché le scelte in ordine a quali indicatori adottare, tra i molti proposti dagli studi statistici, e a quale peso debbano assumere nella formula di riparto sono assunte da organi politici avendo a mente i risultati allocativi finali.

**Title:** Indicators of health need: between appropriateness, autonomy and equity in the National Health Service

**Abstract [En]:** The paper suggests that decisions surrounding the adoption of indicators for population health needs, used to allocate resources among regions to fund the Essential Levels of Care (LEA), mask inherently political decisions behind a facade of neutrality. This is not only because the indicators themselves reflect a specific balance between the principles underlying the Italian National Health Service (SSN) — substantive equality, organizational appropriateness, and regional autonomy — but also because the selection of indicators from the many proposed by statistical studies, and the weight assigned to them in the allocation formula, are determined by political bodies with the final distributional outcomes in mind.

**Parole chiave:** Salute, Ssn, lea, appropriatezza, autonomia, equità

**Keywords:** Health, Italian National Health Service, Essential Levels of Care, appropriateness, autonomy, equity

**Sommario:** **1.** Gli indicatori del bisogno di salute: prime coordinate. **2.** I criteri di riparto della l. 662/1996 e la continuità della riforma del 2011. **3.** Una questione «tutt'altro che “tecnica”», tra principio di eguaglianza, appropriatezza organizzativa e autonomia regionale. **4.** I nuovi indicatori e pesi per il riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard. **5.** Gli indicatori mancati: tra ostacoli pratici e giuridici. **6.** Luci e ombre del decreto sui nuovi criteri di riparto. **7.** Ancora sulla ‘politicità’ della scelta degli indicatori del fabbisogno sanitario: la scelta “tabelle alla mano”. **8.** Indicatori e algoritmi: due maschere di neutralità a confronto.

## 1. Gli indicatori del bisogno di salute: prime coordinate

Sullo sfondo della crescente datificazione della realtà e del sempre più frequente ricorso a ‘indicatori’<sup>1</sup> per rappresentarla e descriverla, spesso in forma oltremodo semplificata, acquistano particolare rilievo le

---

\* Articolo sottoposto a referaggio.

<sup>1</sup> Come insegna la statistica, gli ‘indicatori’ sono misure (quantitative o qualitative) desumibili dall’osservazione di specifiche caratteristiche in un determinato ambito; gli ‘indici’, invece (come l’indice di deprivazione, sul quale v. *infra*), costituiscono il risultato dell’aggregazione – tramite uno o più operatori matematici – di più indicatori e sono, per questo, definiti anche ‘indici composti’. Cfr., ad es., M MAZZIOTTA, A. PARETO, *Methods for Constructing Composite Indices: One for All or All for One?*, in *Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica*, n. 2, 2013, pp. 67 ss.

misure, per lo più quantitative, volte a stimare il bisogno di salute della popolazione. Gli indicatori del bisogno di salute possono permettere alle istituzioni pubbliche non solo di allocare risorse finanziarie agli enti erogatori delle prestazioni sanitarie in misura adeguata rispetto alle necessità, ma anche di individuare quali servizi rispondano meglio alle peculiari esigenze delle comunità territoriali di riferimento, e con quali strutture e modalità sia meglio offrirli, al fine di assicurare la complessiva presa in carico della persona. La selezione e utilizzazione di tali misure di stima da parte del Servizio sanitario nazionale può, dunque, contribuire a realizzare quell'auspicato «rovesciamento tendenziale del rapporto tra servizio e bisogno», corollario del diritto alla salute nella sua veste sociale e obiettivo delle recenti riforme di riorganizzazione dei servizi sanitari<sup>2</sup>.

Il presente contributo prende in considerazione, in particolare, le misure di stima del bisogno di salute volte a calcolare il fabbisogno finanziario degli enti erogatori: in questo senso, dunque, si parlerà nel prosieguo di 'indicatori del fabbisogno sanitario', vale a dire di indicatori della quantità di risorse necessarie a erogare servizi sanitari corrispondenti all'effettivo bisogno di salute della popolazione.

Ora, se, a prima vista, può sembrare che l'adozione di tali indicatori si risolva in un'operazione di carattere puramente tecnico, l'indagine mostrerà come le numerose scelte che li riguardano implicino decisioni di carattere essenzialmente politico<sup>3</sup>.

Il fabbisogno sanitario, infatti, può essere approssimato come propensione a domandare cure e assistenza; pertanto, i consumi sanitari sono generalmente il punto di partenza per calcolarlo<sup>4</sup>. Su tali consumi, tuttavia, incidono una molteplicità di fattori: l'età, il sesso, la condizione sociale (ad esempio, reddito, istruzione, occupazione), nonché variabili ambientali e culturali (valori, stili di vita, attitudini).

Pertanto, le istituzioni pubbliche, una volta deciso di adottare una tecnica di stima del bisogno di salute, devono affrontare una serie di scelte in ordine a: *a) quali fra gli elementi sopra riportati tenere in considerazione (ad es., solo le condizioni socioeconomiche o anche quelle ambientali?)<sup>5</sup>; b) in che modo esprimere tali elementi, cioè quali specifici indicatori del fabbisogno adottare (ad es., per esprimere il fattore socioeconomico consideriamo solo il reddito o anche il tipo di professione, il livello di istruzione, la struttura del nucleo familiare? Quest'ultima la esprimiamo in termini di numerosità degli appartenenti al*

---

<sup>2</sup> V. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2, 2022, p. 470.

<sup>3</sup> Sul rapporto di reciproca contaminazione tra indicatori e politica v. C. CARUSO, M. MORVILLO (a cura di), *Il governo dei numeri. Indicatori economico-finanziari e decisione di bilancio, nello Stato costituzionale*, Il Mulino, Bologna, 2020, spec. pp. 11 ss.

<sup>4</sup> Il consumo sanitario può dunque essere letto come il primo indicatore del bisogno di salute. Una tale approssimazione, tuttavia, non tiene conto, fra le altre cose, dei bisogni sanitari inespressi, che sono spesso legati a fattori culturali ed economico-sociali, nonché alla stessa offerta di servizi sanitari: si pensi a come la difficoltà di accesso – ad esempio, per assenza di strutture adeguate *in loco* – influenzi la domanda di cure. Così, V. MAPELLI, *Dentro al Patto per la salute: riflessioni e proposte per definire la quota capitaria*, in *Monitor*, n. 36, 2014, p. 48 s.

<sup>5</sup> Non sarebbe invece concepibile una formula che tenesse conto di elementi strettamente personali come le attitudini dei singoli. In questo senso, *ibid.*, p. 47.

nucleo, di età degli stessi, di capacità lavorativa, *etc.*?); c) quanto tali indicatori debbano incidere sul calcolo del fabbisogno, cioè la loro portata correttiva rispetto al dato ‘grezzo’ corrispondente alla sola variabile ‘consumo’: in una parola, il loro ‘peso’ nella formula. Infine, cruciale è la scelta circa d) le *conseguenze* che l’ordinamento deve trarre a partire dalla rilevazione di un determinato livello di fabbisogno sanitario: nello specifico, come si vedrà, l’assegnazione di un riparto percentuale minore o maggiore delle risorse statali destinate alla garanzia dei Lea ai singoli servizi sanitari regionali.

Da tali brevi considerazioni già emerge il carattere essenzialmente politico delle scelte che circondano l’adozione degli indicatori del fabbisogno sanitario, che costituiscono un caso di studio particolarmente interessante a conferma dell’esistenza di una relazione circolare tra numeri e politica, in base alla quale, se i primi guidano o calibrano la seconda, è quest’ultima a determinare quali indicatori siano rilevanti per una data comunità<sup>6</sup>.

## 2. I criteri di riparto della l. 662/1996 e la continuità della riforma del 2011

Come accennato, la scelta degli indicatori del bisogno sanitario gioca un ruolo cruciale nella disciplina del riparto fra le regioni delle risorse che lo Stato destina al finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Per meglio comprendere il contesto in cui si colloca questa delicata decisione, occorre premettere qualche cenno sull’evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn)<sup>7</sup>.

Come noto, infatti, l’Ssn, istituito dalla l. 833 del 1978, è finanziato tramite un sistema fondato sulla fiscalità generale (c.d. sistema Beveridge)<sup>8</sup>. Lo strumento principale per destinare le risorse necessarie all’erogazione dei servizi sanitari era, in origine, il Fondo sanitario nazionale, la cui entità era determinata annualmente con l’approvazione del bilancio dello Stato. Profonde modificazioni hanno tuttavia inciso la disciplina negli anni Ottanta e Novanta. Queste rispondevano all’esigenza di dare attuazione alle istanze equitative consacrate, in particolare, nell’art. 51 della legge istitutiva dell’Ssn<sup>9</sup>, coniugandole, al contempo, sia alle ragioni di sostenibilità finanziaria (si pensi al problema di erogare alle regioni fondi sufficienti a

---

<sup>6</sup> C. CARUSO, M. MORVILLO, *Il governo dei numeri. Oggettività tecnica e discrezionalità politica nella decisione di bilancio euro-nazionale*, in IID (a cura di), *Il governo dei numeri. Indicatori*, cit., p. 12.

<sup>7</sup> Oltre alla bibliografia citata *infra*, v. anche N. VICECONTE, *L’evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale tra federalismo “promesso” ed esigenze di bilancio*, in *Italian Papers on Federalism*, nn. 1-2-3, 2012, pp. 1 ss. e ID, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013, pp. 371 ss.; G. FRANCE (a cura di), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali: quattro paesi, quattro approcci*, Giuffrè, Milano, 2001; S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2023, pp. 703 ss.

<sup>8</sup> V., ad esempio, I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal*, n. 2, 2019, p. 15, anche per ulteriore bibliografia.

<sup>9</sup> L’art. 51 l. 833/1978 stabilisce, infatti, che gli indici e standard in base ai quali ripartire il Fondo sanitario nazionale tra le regioni, tenuto conto delle indicazioni contenute nei Piani sanitari nazionali, «devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie [...] in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni».

mantenere le strutture già esistenti, specie nei territori più abbienti del Centro e del Nord), sia alle istanze di autonomia e differenziazione. L'ordinamento si è, dunque, mosso lungo almeno due direttrici di riforma, per molti versi antitetiche.

Da un lato, si è ridotto il ruolo del Fondo sanitario nazionale, destinandolo al finanziamento dei (soli) Livelli essenziali di assistenza, mentre le risorse necessarie a garantire le prestazioni cd. *extra-Lea* venivano affidate all'autofinanziamento regionale<sup>10</sup>. Il problema della determinazione dei criteri allocativi permane, dunque, ma con esclusivo riferimento alle risorse che lo Stato destina alle regioni perché garantiscano i Lea<sup>11</sup>.

Dall'altro, si è preso atto delle debolezze del sistema di riparto inizialmente utilizzato, fondato sul criterio della c.d. spesa storica regionale, in base al quale le risorse da allocare erano calcolate tenendo conto di quanto una regione aveva speso in passato. Tale criterio produceva, com'è intuibile, effetti distorsivi a detrimento delle regioni meno abbienti, privilegiando quei territori, molto spesso del nord Italia, nei quali l'offerta di servizi sanitari (dunque la spesa pubblica per garantirli) risulta più ampia anche in ragione di fattori economico-sociali e culturali slegati dagli effettivi bisogni di salute della popolazione. Inoltre, la certezza della 'copertura' dell'eventuale disavanzo di bilancio regionale da parte dello Stato in sede di manovra di bilancio alimentava un circuito vizioso fonte di inefficienza e deresponsabilizzazione delle regioni.

Tali criticità avrebbero portato al passaggio da un sistema incentrato sulla spesa storica – dunque, sull'offerta – a uno incentrato sul bisogno – cioè, sulla domanda di salute. Perno del nuovo sistema era la c.d. quota capitaria: ad ogni Regione è assegnato un certo ammontare di risorse in proporzione alla numerosità della relativa popolazione residente. La quota capitaria rappresenta, infatti, quante risorse sono statisticamente necessarie per curare una persona in un anno, cioè la «*spesa attesa* di un individuo»<sup>12</sup>. Tale quota capitaria, tuttavia, per poter avvicinarsi al dato reale del bisogno di salute e conseguente fabbisogno finanziario, deve essere pesata o ponderata, cioè corretta, così da tener conto delle molte variabili che possono influenzare la domanda di cure, come visto in apertura del presente contributo. Gli indicatori del bisogno di salute hanno, dunque, trovato consacrazione legislativa nell'art. 1, co. 34, primo periodo, della legge n. 662 del 1996, e consistono, accanto alla frequenza dei consumi per età e per sesso, ne: i tassi di mortalità della popolazione, gli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti

<sup>10</sup> Si tratta delle riforme introdotte dal d.lgs. n. 502 del 1992 (modificato dal d.lgs. n. 517 del 1993) e dal d.lgs. n. 229 del 1999 (cd. riforme sanitarie *bis* e *ter*). Cfr. E. JORIO, *Diritto sanitario*, Giuffrè, Milano, 2006, pp. 25 ss.

<sup>11</sup> F. SPANDONARO, F.S. MENNINI, V. ATELLA, *Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*, in *Politiche sanitarie*, n. 1, 2004, p. 28.

<sup>12</sup> Così V. MAPELLI, *Dentro al patto*, *op. cit.*, p. 46. Nel 1982 il Ministero propose l'adozione di criteri di riparto in grado di accelerare il processo di riequilibrio interregionale, introducendo proprio il fattore "popolazione" tra i parametri del riparto. Cfr. F. SPANDONARO, F.S. MENNINI, V. ATELLA, *op.cit.*, p. 27.

utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni e gli indicatori epidemiologici territoriali. Tali elementi avrebbero poi dovuto trovare ulteriore specificazione in un decreto del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni<sup>13</sup>, che avrebbe altresì stabilito i «pesi» da attribuire a ciascun fattore. Questi determinano la portata correttiva dei diversi indicatori rispetto alla quota capitaria semplice – l'incisività, in altri termini, della ponderazione.

Accanto alla numerosità della popolazione, è, quindi, l'elemento anagrafico il primo indicatore scelto per stimare il fabbisogno sanitario, il che trova agevole spiegazione nel tendenziale aumento del bisogno di cura con l'avanzare dell'età. Si stima che l'età «possa spiegare almeno la metà della variabilità dei consumi sanitari e quindi dello stato di salute»<sup>14</sup>. Rimane, tuttavia, una *proxy* molto imprecisa, alla quale occorre affiancare una serie di altri fattori. Fra questi emerge il genere, sebbene nella letteratura economica si sia giunti a ritenere che le differenze del fabbisogno finanziario associabili a tale variabile (maggiore cronicità nelle donne, *surplus* di consumi femminili in età riproduttiva, *surplus* di consumi nei maschi in età avanzata) non siano particolarmente rilevanti<sup>15</sup>.

Per quanto attiene all'ampia formula degli «indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni», si ritiene essa comprenda il c.d. indice di deprivazione<sup>16</sup>. Quest'ultimo esprime una serie di fattori socioeconomici che incidono sul bisogno di salute, tra cui il livello di istruzione, le condizioni lavorative, la situazione abitativa e la struttura del nucleo familiare di appartenenza. Si stima che tale indice, che ha riscosso molto successo nella letteratura economica, possa essere, in ordine di importanza, la maggiore *proxy* del bisogno di salute, dopo l'età<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup> *Rectius*, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

<sup>14</sup> Così la relazione “Riflessione sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario” a cura di C. Cislighi con la collaborazione di E. Di Virgilio e G. Tavini, pubblicata da AGENAS il 30 aprile 2010, spec. pp. 30 s., reperibile al seguente URL: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2414339.pdf>.

<sup>15</sup> *Ivi*, pp. 31 ss. Occorre enfatizzare che il riferimento è esclusivamente al fabbisogno di risorse finanziarie e che gli studi sulle differenze di dispendio di risorse in ragione del sesso si basano sulle prestazioni ad oggi erogate dal Ssn, fotografando, cioè, l'esistente. Diverso e ben più complesso il tema della medicina di genere e del suo stentato cammino di riconoscimento quale componente essenziale della tutela della salute. Tale cammino ha portato, tra le altre cose, a una presa di consapevolezza attorno ai circuiti di discriminazione intersezionale, nonché alla previsione di prestazioni sanitarie specificamente dedicate alle donne: si pensi alla consulenza pre-concezionale; alla prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili; all'assistenza alle donne in stato di gravidanza; all'assistenza al puerperio; alla consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza, per problemi di sterilità e infertilità, per procreazione medicalmente assistita, per problemi correlati alla menopausa; all'assistenza in caso di violenza di genere; *etc.* Su questi profili v. F. RESCIGNO (a cura di), *One Earth-One Health, La costruzione giuridica del terzo millennio*, Giappichelli, Torino, 2023, spec. i contributi di F. Rescigno, di P. Boldrini, nonché il contributo a quattro mani di M.A. Sandulli e M. Interlandi.

<sup>16</sup> Sulla differenza tra indici e indicatori, cfr. *supra* nota 1.

<sup>17</sup> E dopo il genere secondo la già citata relazione di cui alla nota 12, spec. p. 5. Cfr. anche L. CUOCOLO, *I “costi standard” tra federalismo fiscale e centralismo*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2012, p. 112.

Ispirandosi nella determinazione dei criteri al *National health service britannico*<sup>18</sup>, dunque, il legislatore italiano del 1996 ha indicato la strada per realizzare un riparto delle risorse in base a una quota capitaria pesata in maniera tale da esprimere una *proxy* più attendibile dell'effettivo fabbisogno di salute della popolazione della singola regione.

Tale sistema di finanziamento e, dunque, l'importante ruolo assunto dagli indicatori e pesi del fabbisogno sanitario non sono mutati a seguito dell'entrata in vigore, per opera del d.lgs. n. 68 del 2011, del meccanismo di finanziamento e di riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard (FSN)<sup>19</sup> basato sul calcolo del 'costo regionale standard'<sup>20</sup>. È stato infatti dimostrato che l'introduzione del nuovo sistema non ha alterato, nel concreto, il meccanismo di riparto basato sulla quota capitaria pesata, dato che «[i]l finanziamento regionale determinato sulla base dei costi standard è esattamente uguale a quello determinato con il criterio di riparto a popolazione pesata per cui, dato l'approccio definito, il risultato allocativo rimane legato unicamente alla determinazione dei pesi utilizzati per la stima della popolazione pesata»<sup>21</sup>.

L'importanza della scelta dei fattori e dei pesi per correggere la quota capitaria nel procedimento tutt'oggi in vigore è evidente anche sotto un altro punto di vista: nella scelta delle tre regioni *benchmark* protagoniste della procedura di determinazione del costo standard<sup>22</sup>. Queste, infatti, ritenute le più virtuose in base a criteri di qualità dei servizi erogati, nonché di appropriatezza ed efficienza nel garantire i Lea, rimanendo

---

<sup>18</sup> F. SPANDONARO, F.S. MENNINI, V. ATELLA, *op. cit.*, pp. 27 ss.

<sup>19</sup> Il fabbisogno sanitario nazionale standard rappresenta la somma dei fabbisogni regionali ed è definito all'art. 25 l. 68/2011 come «l'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza». Tale componente è determinata *ex ante* «compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e degli obblighi in sede comunitaria» in sede di intesa Stato-Regioni (art. 26, d.lgs. 68/2011): si tratta dunque di una variabile esogena rispetto al successivo calcolo del riparto (cfr. E. CARUSO, N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, in *Quaderni del Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica*, n. 100, 2011, p. 49). Il FSN comprende, fra le sue diverse componenti, una di ammontare molto più consistente delle altre (più di 100 miliardi a fronte di 1-2 miliardi) sulla quale viene calcolata la «quota di accesso» di ciascuna regione: è il cosiddetto finanziamento indistinto, al quale si affiancano il Fondo farmaci innovativi, alcuni fondi vincolati destinati a Regioni e Province autonome e ad altri enti (Istituti zooprofilattici sperimentali, Croce Rossa italiana, le Università) e, infine una quota c.d. premiale, spesso distribuita, in base ad accordi conclusi in sede di Conferenza delle Regioni e Province autonome, in ottica compensativa di situazioni di particolare svantaggio che hanno interessato qualche Regione. Cfr., oltre alla bibliografia citata *supra* in questa nota e in nota 7, il *focus* dell'Ufficio parlamentare di bilancio, «Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute», pubblicato il 27 marzo 2024.

<sup>20</sup> Si tratta della spesa *pro capite* standard calcolata sulla media di alcune Regioni considerate più virtuose e dunque intesa come spesa efficiente e appropriata. Il costo standard è a sua volta applicato alla popolazione pesata delle singole regioni così da ottenere il fabbisogno standard regionale. La quota di risorse da destinare alla singola regione è data, dunque, dal rapporto tra il fabbisogno della regione stessa e il fabbisogno sanitario nazionale standard.

<sup>21</sup> La citazione è da C. ABBAFATI, F. SPANDONARO, *Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Politiche sanitarie*, n. 2, 2011, p. 48. Sul punto la letteratura economica converge: cfr. G. PISAURO, *I fabbisogni standard nel settore sanitario: commento allo schema di decreto legislativo*, in [www.nens.it](http://www.nens.it), 10 ottobre 2010 (ultima consultazione 17/04/2024); E. CARUSO, N. DIRINDIN, *op. cit.*, p. 21; V. MAPELLI, *op. cit.*, pp. 48 s.

<sup>22</sup> Si precisa, peraltro, che per gli anni 2021, 2022, 2023 e 2024 sono state designate come regioni di riferimento tutte le cinque regioni indicate dal Ministro della salute fra le quali, in base alla procedura standard dell'art. 5, d.lgs. 68/2011 erano scelte in sede Conferenza Stato-Regioni le tre regioni *benchmark*.

in equilibrio di bilancio<sup>23</sup>, sono scelte sulla base della spesa ponderata. L'art. 27, co. 7 del d.lgs. 68/2011 prevede infatti che i pesi da applicare durante la procedura di individuazione delle regioni in equilibrio economico siano stabiliti tenendo conto proprio dei «criteri previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662». La scelta degli indicatori e dei pesi è, dunque, cruciale, sia per quanto attiene alla portata perequativa della formula di riparto, sia per quanto attiene ad un aspetto della procedura di finanziamento volto a innescare processi di efficientamento del sistema sanitario, cioè la scelta delle Regioni *benchmark*<sup>24</sup>.

### **3. Una questione «tutt'altro che “tecnica”»: tra principio di eguaglianza, appropriatezza organizzativa e autonomia regionale**

Emerge dunque con chiarezza quanto affermato nelle prime battute del presente contributo: la scelta degli indicatori del fabbisogno sanitario nazionale standard, pur potendo sembrare, a prima vista, una questione 'tecnica', costituisce un punto nodale – sebbene, come si vedrà, non l'unico – delle decisioni politiche su cui poggia l'intero processo di riallocazione delle risorse<sup>25</sup>. La scelta degli indicatori del fabbisogno sanitario contribuisce, infatti, a inverare un preciso bilanciamento tra principi e interessi contrapposti, rispondendo, da un lato, alle esigenze di equità di accesso e uniformità su tutto il territorio nazionale e attuando, dall'altro, virtuosi processi di efficienza che evitino sprechi di risorse.

Più precisamente, la scelta dei pesi si colloca al crocevia fra il principio costituzionale di eguaglianza, nel suo fondamentale corollario che impone di allocare le risorse e organizzare i servizi in base ai bisogni, per garantire equità di accesso e presa in carico a tutti gli utenti del Ssn<sup>26</sup>; principio di appropriatezza<sup>27</sup> nella sua veste 'organizzativa', che impone di adottare il regime di erogazione della prestazione più efficace, ma che implichi al tempo stesso il minor consumo di risorse<sup>28</sup>; e principio di autonomia e

<sup>23</sup> Cfr. art. 27, co. 5, d.lgs. 68/2011.

<sup>24</sup> Così, C. ABBAFATI, F. SPANDONARO, *op. cit.*, p. 48.

<sup>25</sup> Riferendosi più in generale al sistema dei costi standard, già G. RIVOSECCHI, *La determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali: un elemento di incertezza nella via italiana al federalismo fiscale*, in G. CAMPANELLI (a cura di), *Quali prospettive per il federalismo fiscale? L'attuazione della legge delega tra analisi del procedimento e valutazione dei contenuti*, Torino, 2011, p. 176 s.

<sup>26</sup> V. il “Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale” del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “V. Bachelet” della Libera Università di studi sociali - Luiss “Guido Carli”, p. 25.

<sup>27</sup> Così, sostanzialmente, L. ANTONINI, *L'autonomia finanziaria delle regioni tra riforme tentate, crisi economica e prospettive*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2014, p. 10 s.

<sup>28</sup> Il termine 'appropriatezza' è entrato esplicitamente nel nostro ordinamento nel 1997 con l'art. 32, comma 9, lettera a) della l. 449/1997 (collegato alla legge finanziaria per il 1998). Sulle origini, l'evoluzione e l'utilizzazione non sempre coerente del termine da parte del legislatore (o normatore), R. BALDUZZI, *L'appropriatezza in sanità: il quadro di riferimento legislativo*, in N. FALCITELLI, M. TRABUCCHI e F. VANARA (a cura di), *Rapporto Sanità 2004*, Il Mulino, Bologna, 2004, pp. 73 ss., e, più recentemente, ID, *Le nuove frontiere dell'appropriatezza clinica e organizzativa, tra individualizzazione del trattamento e superamento di modelli tratlatizi*, in F. RESCIGNO (a cura di), *One Earth-One Health, La costruzione giuridica del terzo millennio*, Giappichelli, Torino, 2023, pp. 93 ss. Il concetto di appropriatezza ricomprende, almeno, una dimensione 'clinica' e una 'organizzativa'. Inappropriate dal punto di vista clinico sono le prestazioni dell'Ssn «da cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili» o relative a «soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle

differenziazione, che in quest'ambito impone, tra le altre cose, alla Repubblica di erogare le prestazioni in maniera più rispondente alle peculiarità geografiche, socioeconomiche e politico-culturali del territorio (regionale), attribuendo agli enti esponentziali di tali comunità autonomia di organizzazione e di spesa<sup>29</sup>. Se, a prima vista, le tre istanze possono apparire in ineliminabile tensione<sup>30</sup>, ad un'analisi più attenta le interrelazioni fra questi principi risultano più complesse. Si pensi, ad esempio, alla strumentalità del principio di appropriatezza organizzativa rispetto al principio di eguaglianza, posto che «l'erogazione di prestazioni in regimi economicamente più costosi impedisce la finalizzazione delle risorse verso le aree di maggior bisogno»<sup>31</sup>. O, ancora, si consideri che un certo grado di autonomia regionale può favorire l'appropriatezza, dal momento che l'autonomia finanziaria rappresenta «una modalità istituzionale diretta a favorire l'*accountability* e quindi il controllo democratico degli elettori sui compromessi attraverso cui il sistema politico decide sulla destinazione delle risorse», così favorendo l'utilizzazione efficiente delle risorse a disposizione dell'ente<sup>32</sup>. Si intuiscono, pertanto, le potenzialità di un circuito virtuoso che porti dall'autonomia all'appropriatezza e da quest'ultima all'uguaglianza. In questo senso (e, forse, esclusivamente in questo senso) è possibile aderire all'opinione secondo la quale il rapporto tra principio autonomistico ed eguaglianza non sarebbe necessariamente «inversamente proporzionale», dipendendo, al contrario, «dalle forme assunte dall'ordinamento giuridico»<sup>33</sup>.

---

indicazioni raccomandate», mentre risultano inappropriate dal punto di vista organizzativo quelle forme di assistenza le quali «pur rispondendo al principio dell'efficacia clinica, risultano (...) sproporzionate nei tempi, nelle modalità di erogazione o nella quantità di prestazioni fornite nonché gli interventi e le prestazioni comunque, sostituibili da altre con un rapporto costo-efficacia più soddisfacente». Così il Piano sanitario 1998-2000 (d.p.r. 23 luglio 1998, in G.U. 10 dicembre 1998, s. o. n. 201). L'organizzazione sanitaria comprende, dunque, sia la scelta della quantità delle risorse da destinare sia il modo in cui vengono utilizzate. L'appropriatezza dell'organizzazione sanitaria, in quest'ottica, dovrebbe considerarsi un corollario dei principi costituzionali di cui all'art. 32 Cost., guidando l'azione della Repubblica nell'assolvimento del compito di tutelare il diritto alle cure. In questi termini si è espresso D. Chinni in occasione della relazione dal titolo «Effettività del diritto alla salute e appropriatezza della cura nella prospettiva costituzionalistica», presentata nell'ambito del XXI Convegno nazionale di Diritto sanitario sul tema «Appropriatezza della cura e tutela della salute. Profili sistematici e applicativi» tenutosi presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi Roma Tre il 12 ottobre 2023.

<sup>29</sup> Sulle specificità dell'attuazione del principio autonomistico nell'ordinamento italiano cfr., oltre alla bibliografia di cui *infra*, L. ANTONINI, *Federalismo all'italiana. Dietro le quinte della grande incompiuta*, Marsilio, Venezia, 2013; A. D'ATENA, *Diritto regionale*, Giappichelli, Torino, 4<sup>o</sup> ed., 2019.

<sup>30</sup> Specialmente – salvo quanto si dirà appresso e spec. in nota 33 – autonomia ed eguaglianza, considerato che «il principio di territorialità (...) opera in senso contrario al [principio di eguaglianza], ostacolando proprio quella redistribuzione della ricchezza che è alla base di ogni progetto di Stato sociale» (F. PALLANTE, *I diritti sociali tra federalismo e principio di eguaglianza sostanziale*, in *Diritto pubblico*, n. 1, 2011, p. 263). Più di recente, v. S. GAMBINO, *Stato regionale, principio di eguaglianza, diritti sociali. Problematiche di effettività con particolare riguardo alla tutela della salute*, in *DPCEonline*, n. 2, 2021, pp. 2461 ss.

<sup>31</sup> Cfr. ancora il «Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale» di cui a nota 24, p. 25.

<sup>32</sup> Cfr. L. ANTONINI, *op. cit.*, p. 4.

<sup>33</sup> La citazione è di R. BIFULCO, *Art. 5*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario della Costituzione*, I, UTET, Milano, 2006, p. 137, ripresa più di recente da D. MONE, *Autonomia, eguaglianza, livelli essenziali*, in M. COSULICH (a cura di), *Il regionalismo italiano alla prova delle differenziazioni*, Atti del Convegno annuale dell'Associazione «Gruppo di Pisa», Trento, 18-19 settembre 2020, Napoli, 2021, pp. 59 ss. Cfr. anche G. RIVOCSECHI, secondo il quale, il principio autonomistico costituzionalmente garantito sarebbe volto, ferma restando l'eguaglianza del nucleo essenziale dei diritti, ad una loro migliore tutela attraverso la differenziazione degli enti (G. RIVOCSECHI, *La decentralizzazione*

In tale intricato sistema di rapporti, il principio di uguaglianza sostanziale continua a giocare un ruolo cruciale. Esso permea e tende a conformare a sé ogni aspetto della tutela della salute nel nostro ordinamento<sup>34</sup>, in un movimento dinamico che dal generale scende via via fino alla disciplina tecnica e di più minuzioso dettaglio. La tensione all'equità è, in primo luogo, consustanziale al concetto stesso di diritto alla salute come diritto sociale, che, nella sintesi tra libertà ed eguaglianza, raccorda il primo comma al secondo comma dell'art. 3<sup>35</sup>. Caratterizza, poi, le specifiche modalità con le quali il diritto alla salute è stato implementato nel nostro ordinamento attraverso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, fondato, appunto, sui principi di universalità delle cure, uguaglianza ed equità. Si estende, inoltre, al meccanismo di finanziamento prescelto, cioè il cd. sistema Beveridge, fondato sulla fiscalità generale. In bilanciamento con il principio di autonomia regionale, impone la garanzia su tutto il territorio nazionale dei Livelli essenziali di assistenza, quali «misura economica dell'eguaglianza»<sup>36</sup>. Ispira, infine, la scelta dei

---

*territoriale nelle "crisi" e l'incerta sorte delle autonomie costituzionalmente garantite*, in A. LO CALZO, G. SERGES, C. SICCARDI (a cura di), *Autonomie territoriali e forme di differenziazione. Ordinamenti a confronto*, Atti del seminario telematico di Milano, 12 giugno 2020 in memoria di Paolo Carrozza, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 2, 2020, p. 666). Il tema è tornato alla ribalta a seguito della presentazione del disegno di legge in attuazione dell'art. 116, co. 3 Cost. (cfr., ad esempio, gli atti del Seminario della rivista "Diritti regionali", svoltosi a Roma, il 26 aprile 2023, sul tema "Il disegno di legge recante 'Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario'", pubblicati nel fascicolo n. 1 della rivista medesima). La Corte costituzionale, pronunciandosi sulla l. 86/2024 di attuazione dell'autonomia differenziata (sent. 192/2024), da un lato, rileva l'esistenza di «un trade-off tra autonomia regionale e eguaglianza nel godimento dei diritti, rispetto al quale deve essere trovato un ragionevole punto di equilibrio» (punto 4.2.2. del *Considerato in diritto*); dall'altro lato, riconosce che una «maggiore aderenza alle esigenze delle popolazioni interessate e quindi una differenziazione territoriale delle regole e dell'attività amministrativa in relazione a tali esigenze, può essere vista dai cittadini direttamente interessati come la soluzione più equa, perché garantisce i loro diritti nel modo da essi ritenuto migliore». In ultima analisi tutto dipende, secondo la Corte, dal «modo diverso di intendere [l'equità]» (punto 4.2.2. *Considerato in diritto*). Nonostante quest'ultima consapevolezza, nella sentenza sembra prevalere la necessità di trovare un "luogo" di sintesi tra istanze di eguaglianza e differenziazione, che la Corte rinviene nel principio di sussidiarietà. Quest'ultimo richiede, infatti, che sia scelto, per ogni specifica funzione, «il livello territoriale più adeguato, in relazione alla natura della funzione, al contesto locale e anche a quello più generale in cui avviene la sua allocazione», laddove tale "adeguatezza" andrebbe valutata sia con riguardo «[al]l'efficacia e [al]l'efficienza nell'allocazione delle funzioni e delle relative risorse», sia con riguardo «[al]l'equità che la loro distribuzione deve assicurare» (punto 4.2. *Considerato in diritto*). In ultima analisi, è, dunque, all'interno del principio di sussidiarietà che le istanze di differenziazione e uguaglianza sostanziale troverebbero composizione.

<sup>34</sup> Ciò può essere affermato anche senza necessariamente intendere l'art. 3, co. 2 Cost. come una sorta di «supernorma» (così G.P. DOLSO, *art. 3*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di) *Commentario breve alla Costituzione*, CEDAM, Padova, p. 33). Ma v. anche le riflessioni del Romagnoli sulla «sincerità» della Costituzione (U. ROMAGNOLI, *Art. 3*, in G. BRANCA (a cura di) *Commentario della Costituzione, Principi Fondamentali*, Zanichelli, Bologna-Roma, pp. 162 ss.). V. anche, in particolare per uno sguardo al contesto europeo e internazionale, A. GIORGIS, *Art. 3, 2° co., Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, UTET, Milano, pp. 109 ss.

<sup>35</sup> Cfr. M. MAZZIOTTI DI CELSO, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia del Diritto*, XII, Giuffrè, Milano, 1964, 805. Sul volto sociale del diritto alla salute v. almeno D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, 4° ed., Giappichelli, Torino, 2021, spec. pp. 87 ss.; M. LUCIANI, *A proposito del «diritto alla salute»*, in *Diritto e società*, 1979, pp. 410 ss. Sui diritti sociali in genere, il riconoscimento come diritti inviolabili e il loro bilanciamento con le esigenze di bilancio cfr. C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza costituzionale nella crisi dello stato sociale*, CEDAM, Padova, 1996, 351 ss.

<sup>36</sup> Così, riferendosi in generale ai Livelli essenziali delle prestazioni (LEP), F. SAITTO, *La legge delega sul "federalismo fiscale": I livelli essenziali delle prestazioni come misura economica dell'eguaglianza*, in *Giur cost.*, n. 5, 2010, pp. 2827 ss. Cfr. anche M. BELLETTI, *I "livelli essenziali delle prestazioni" alla prova del "coordinamento della finanza pubblica". Alla ricerca della "perequazione" perduta*, in M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli Editore, Rimini, 2014, pp. 101 ss. In generale, sui Lea, cfr., almeno, M. LUCIANI, *I*

criteri allocativi delle risorse per finanziare tali Livelli essenziali di assistenza, imponendo il passaggio dal criterio della spesa storica a quello della spesa media *pro capite* pesata e segnando la direzione per la determinazione di indicatori e pesi del fabbisogno sanitario più rispondenti ai bisogni effettivi della popolazione di riferimento.

Tale principio sembra, tuttavia, aver subito una progressiva «torsione» a fronte, da un lato, delle esigenze di sostenibilità economica e di equilibrio di bilancio e, dall'altro, delle istanze del regionalismo e della differenziazione. Sotto il primo aspetto, infatti, già negli anni Settanta, mentre si diffondevano la teoria dei diritti condizionati e della *Vorbehalt des Möglichen* del Tribunale federale tedesco<sup>37</sup>, la Corte costituzionale inaugurava la propria giurisprudenza sull'attuazione graduale dei diritti sociali. Lungo il percorso segnato, fra l'altro, dall'introduzione nel 2012 del principio dell'equilibrio di bilancio in Costituzione<sup>38</sup> e dalla storica sentenza n. 275/2016<sup>39</sup>, vi è chi è giunto a scorgere con preoccupazione una tendenza «decostituente» che mette in dubbio i principi fondativi del Ssn<sup>40</sup>. Sotto il secondo aspetto, il settore sanitario, mentre sembra dover ancora trovare la strada di un federalismo fiscale veramente cooperativo e solidale<sup>41</sup>, è oggetto di proposte di attuazione dell'art. 116, co. 3, Cost. che rischiano di superare i limiti invalicabili che i principi ispiratori del Ssn pongono alla «previsione di *generalizzate e generiche* differenziazioni tra Servizi sanitari regionali»<sup>42</sup>.

In questo complesso quadro, la scelta degli indicatori del fabbisogno sanitario si colloca come uno degli strumenti attraverso i quali si può realizzare un sistema più equo, efficiente e rispondente agli effettivi bisogni di salute della comunità.

---

*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, Giappichelli, 2011; F. PIZZETTI, *La ricerca del giusto equilibrio tra uniformità e differenza: il problematico rapporto tra il progetto originario della Costituzione del 1948 e il progetto ispiratore della riforma costituzionale del 2001*, in *Le Regioni*, n. 4, 2003, pp. 599 ss.; L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *La Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 3, 2012, pp. 1 ss.

<sup>37</sup> Per una ricostruzione, cfr. L. MUNARETTO, *Der Vorbehalt des Möglichen*, Mohr Siebeck, Tübingen, 2022, spec. pp. 27 ss.

<sup>38</sup> Su questi profili e, più in generale, sull'attuazione del principio di eguaglianza attraverso il Servizio sanitario nazionale, I. CIOLLI, *op. cit.*, pp. 13 ss.

<sup>39</sup> Che ha sancito il principio per il quale «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

<sup>40</sup> T. CASADEI, *Diritti sociali e «processo deconstituente»*, in *Region pratica*, n. 2, 2016, pp. 503 ss.

<sup>41</sup> In cui, cioè, lo Stato eserciti un ruolo di effettivo coordinamento, così da evitare che si acuiscano le «disfunzioni dell'attuale policentrismo anarchico», cfr. L. ANTONINI, *Il cosiddetto federalismo fiscale. Un giudizio d'insieme su una riforma complessa*, in *Le Regioni*, nn. 1-2, 2014, p. 18.

<sup>42</sup> Principi quali, di nuovo, «l'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», così R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2019, p. 8.

#### 4. I nuovi indicatori e pesi per il riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard

Eppure, nonostante la strada indicata dalla l. 62 del 1996 delineasse le coordinate per una stima del bisogno di salute fondata su una molteplicità di indicatori, anche socioeconomici, la disposizione di cui si discorre è rimasta in larga parte e per lungo tempo lettera morta.

Il sistema di riparto effettivamente adottato dalla seconda metà degli anni '90 fino al 2005 utilizzava, accanto alla numerosità della popolazione, solamente tre fattori di correzione del fabbisogno regionale, cioè l'età, la mortalità infantile e perinatale e la densità della popolazione<sup>43</sup>. Dopodiché, la formula adottata dal 2006 ha eliminato i fattori legati alla mortalità e alla densità della popolazione, riducendo anche il ruolo dell'elemento anagrafico e potenziando, dunque, il criterio della quota capitaria secca (non ponderata)<sup>44</sup>.

Dal 2006 e fino al 2022, dunque, la quantità di risorse destinate alla singola regione è stata calcolata in base alle sole variabili della numerosità e anzianità della popolazione residente. Ciò anche a seguito, come si è visto *supra*, delle modifiche procedurali introdotte dal d.lgs. 68/2011: difatti l'art. 27, co. 7, modificato a più riprese, prevedeva che, a partire dal 2015, un decreto del Ministero della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, definisse i pesi sulla base dei criteri del già citato art. 1, co. 34, l. 662/1996. Tale decreto, tuttavia, è stato adottato solo a dicembre 2022, prevenendosi nel frattempo una serie di regimi transitori che utilizzavano come correttivi della numerosità della popolazione solamente il dato anagrafico<sup>45</sup>.

Il richiamato decreto del Ministero della Salute del 30 dicembre 2022, n. 61, emanato a seguito di lunghe negoziazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni<sup>46</sup>, ha dunque definito i nuovi criteri e i pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard. Passando in rassegna i criteri dell'art. 34, l. 662/1996, a partire dal 2023, il 98,5 per cento delle risorse da ripartire è distribuito sulla base della numerosità della popolazione e della frequenza dei consumi per età, mentre uno 0,75 per cento è

---

<sup>43</sup> Il primo fattore era applicato al 77% della spesa, il secondo al 5% e il terzo ad una quota di spesa inferiore all'1%. Su questi profili, cfr. E. CARUSO, N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard*, *op. cit.*, 8.

<sup>44</sup> Sulle ragioni politiche di tale scelta, cfr. *infra* § 7.

<sup>45</sup> In particolare, circa il 60 per cento del finanziamento era distribuito in base a una quota capitaria semplice, cioè non pesata; il restante 40 per cento in base a quella pesata per età. Uno speciale regime transitorio ha riguardato i due anni immediatamente antecedenti all'applicazione del decreto. Nel 2021 e nel 2022, infatti, l'85 per cento delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno standard nazionale sono state ripartite secondo il criterio della spesa *pro capite* pesata per età, mentre il restante 15 per cento sulla base della popolazione residente. (cfr. art. 27, co. 7 d.lgs. 68/2011 e successive modifiche e il *focus* dell'Ufficio parlamentare di bilancio di cui alla nota 19). Nel frattempo, la Campania ha proposto ricorso al TAR denunciando la mancata attuazione degli altri criteri di riparto. Su tale vicenda, che sottolineerebbe il crescente ruolo surrogatorio delle regioni come enti politici esponenziali, cfr. V.P. GROSSI, *L'aggiornamento dei criteri di riparto del c.d. fondo sanitario nazionale e il (possibile?) ruolo della Campania*, in *Le Regioni*, nn. 2-3, 2023, pp. 267 ss.

<sup>46</sup> L'Intesa, ufficialmente raggiunta in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022, traduceva l'Accordo Politico sul Riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2022, che la Conferenza delle Regioni aveva sancito il 2 dicembre. Cfr. L. FASSARI, *Fondo sanitario. Stato e Regioni trovano l'accordo. Approvato in Conferenza il riparto 2022 da 125,9 miliardi*, in *quotidianosanità.it*, 21 dicembre 2022.

assegnato in base al tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni e il residuale 0,75 per cento in base a un dato complessivo che risulta dalla somma degli indicatori che «definiscono particolari situazioni territoriali».

Il decreto espressamente interpreta «il richiamo dell'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, agli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni [come] riferito principalmente alle condizioni socio-economiche della popolazione ritenute una *proxy* del bisogno sanitario» e individua detti indicatori ne: *a*) l'incidenza della povertà relativa individuale che fornirebbe una *proxy* del livello del reddito tenuto conto delle disparità regionali; *b*) il livello di bassa scolarizzazione della popolazione (calcolato come la percentuale di conseguimento della sola licenza elementare o di nessun titolo nella popolazione di età uguale o maggiore a quindici anni); *c*) il tasso di disoccupazione della popolazione (art. 1). È inoltre precisato che a tali tre 'sub-indicatori' è attribuito il medesimo peso.

## 5. Gli indicatori mancati: tra ostacoli pratici e giuridici

Il decreto dà inoltre conto delle ragioni per le quali non si è data attuazione agli altri due criteri previsti dall'art. 1, co. 34, l. 662/1996, cioè alla «frequenza dei consumi [...] per sesso» e agli «indicatori epidemiologici territoriali».

Nel primo caso si tratta di un ostacolo di ordine pratico: l'assenza all'interno del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS)<sup>47</sup> di dati classificati per sesso, essendo presenti solamente informazioni sulla frequenza dei consumi sanitari per età. Questa circostanza accende un faro sull'importanza di rendere i dati reperibili, accessibili, interoperabili e riutilizzabili<sup>48</sup>. Si tratta di una direzione non più evitabile, anche alla luce del complesso di interventi normativi europei ascrivibili alla *European Strategy for Data* (tra i quali si ricordano il *Data Governance Act*<sup>49</sup>, il *Data Act*<sup>50</sup> e la proposta di Regolamento sullo Spazio europeo dei dati sanitari<sup>51</sup>), i quali segnano il passaggio da un sistema incentrato sulla *data protection* ad uno incentrato sulla *data governance*<sup>52</sup>.

<sup>47</sup> Al quale si deve fare riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali (v. art. 27, co. 2, d.lgs. 68/2011).

<sup>48</sup> Il riferimento è, ovviamente, ai principi F.A.I.R. (Findability, Accessibility, Interoperability, and Reusability).

<sup>49</sup> Regolamento (UE) 2022/868 del 30 maggio 2022 relativo alla governance europea dei dati e che modifica il regolamento (UE) 2018/1724 (Regolamento sulla governance dei dati).

<sup>50</sup> Regolamento (UE) 2023/2854 del 13 dicembre 2023 riguardante norme armonizzate sull'accesso equo ai dati e sul loro utilizzo e che modifica il regolamento (UE) 2017/2394 e la direttiva (UE) 2020/1828 (Regolamento sui dati).

<sup>51</sup> COM (2022) 197.

<sup>52</sup> Sul punto, v., *ex multis*, A. IANNUZZI, *Le fonti del diritto dell'Unione europea per la disciplina della società digitale*, in S. CALZOLAIO, A. IANNUZZI, E. LONGO, M. OROFINO, F. PIZZETTI (a cura di), *La regolazione europea della società digitale*, Giappichelli, Torino, 2024, pp. 9 ss. F. GIACOMO, *Governance and processing of personal data in the Italian healthcare system in the light of EU principles*, in *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, n. 20, 2024, pp. 1052 ss.

Per quanto riguarda il secondo criterio, consistente negli indicatori epidemiologici territoriali, la sua mancata attuazione risiede in ragioni di ordine giuridico e non pratico, che attengono al rispetto delle norme in tema di protezione dei dati personali.

Infatti, il trattamento dei dati epidemiologici territoriali da parte delle autorità competenti per le operazioni di riparto del fabbisogno nazionale standard sarebbe riconducibile alle «attività di sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione» disciplinate dall'art. 7, co. 1, d.l. 34/2020<sup>53</sup>. Ora, il co. 2 del medesimo articolo prevede che un decreto del Ministero della salute, di natura non regolamentare e soggetto a previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sia deputato ad individuare «i dati personali, anche inerenti alle categorie particolari di dati di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679, che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, le modalità di acquisizione dei dati dai sistemi informativi dei soggetti che li detengono e le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti degli interessati, nonché i tempi di conservazione dei dati trattati». Nelle more dell'attuazione di tale decreto, dunque, e in assenza del consenso degli interessati, tali trattamenti potrebbero risultare privi di idonea base giuridica.

## 6. Luci e ombre del decreto sui nuovi criteri di riparto

Il decreto ha suscitato reazioni contrapposte. Da un lato, l'ingresso di un indice di deprivazione socioeconomica all'interno dei criteri di riparto è stato salutato con un cauto entusiasmo. Il nuovo sistema determina, infatti, un effetto redistributivo a favore delle regioni più economicamente e socialmente svantaggiate: la 19<sup>o</sup> edizione del Rapporto Sanità del C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità)<sup>54</sup> mostra analiticamente che «tra il 2022 e il 2023 lo scarto tra il finanziamento pro-capite delle Regioni centro-settentrionali e il valore medio nazionale tende a diminuire; all'opposto, quello tra le Regioni meridionali e il valore medio nazionale aumenta».

Dall'altro, sono stati evidenziati diversi limiti che riducono sensibilmente le potenzialità perequative del meccanismo di pesatura della spesa *pro capite*. Innanzitutto, l'incidenza dei fattori diversi dall'età sul risultato allocativo è limitata dalla scelta dei pesi attribuiti al dato complessivo degli elementi socioeconomici e al tasso di mortalità (0,75 per cento ciascuno a fronte del 98,5 per cento del fattore anagrafico)<sup>55</sup>. Ma, soprattutto, vi sono aspetti della formula di riparto, diversi dalla scelta degli indicatori e dei pesi, che ne diminuiscono sensibilmente la portata perequativa.

---

<sup>53</sup> C.d. 'decreto rilancio', convertito, con modificazioni, dalla l. 77/2020.

<sup>54</sup> Pubblicato nel 2023 a cura di F. Spandonaro, D. d'Angela e B. Polistena.

<sup>55</sup> Come sottolineato da R. Fantozzi nell'intervento al Convegno "Costituzionalismo numerico" tenutosi presso l'Università di Trento, 12-13 aprile 2024, il cui paper, scritto insieme a I. Screpante e N. Zamaro è in corso di pubblicazione presso questa Rivista.

Si tratta, in particolare, dell’impatto sul risultato finale del riparto della distribuzione della c.d. quota premiale, da un lato, e dell’incidenza della spesa privata, dall’altro.

Sotto il primo profilo, è stato notato che la quota premiale, ossia quella parte di finanziamento ripartita in base ad accordi fra le Regioni svincolati da alcun criterio prestabilito, può essere assegnata in maniera tale da più che compensare la perdita subita da talune Regioni per l’effetto dell’applicazione dei nuovi criteri<sup>56</sup>. L’ammontare di tale quota, infatti, rappresenta lo 0,5 % del finanziamento complessivo: una somma non irrilevante, anche in relazione all’1,5 % della parte di finanziamento indistinto alla quale è applicata la quota di accesso distribuito in base ai criteri della mortalità e della deprivazione<sup>57</sup>.

In secondo luogo, occorre considerare gli effetti della spesa privata sostenuta dai cittadini spontaneamente o in conseguenza di politiche regionali di compartecipazione per prestazioni che potrebbero rientrare nei Lea (ad esempio spese per farmaci di classe A). È stato infatti dimostrato che gli oneri finanziari delle regioni con un’alta spesa privata sanitaria si riducono sensibilmente, non dovendo provvedere esse stesse a far fronte alle spese per quelle prestazioni<sup>58</sup>. Di tale circostanza, l’attuale formula di riparto non tiene conto, limitando, di fatto, la portata perequativa dell’attuazione dei criteri di riparto della l. 662/1996.

Del resto, la stessa dottrina giuridica ha messo da tempo in luce che la quantità di prestazioni necessarie a garantire i livelli essenziali costruiti come diritti, è «inversamente proporzional[e] alle risorse di ciascuna collettività e alla sussidiarietà orizzontale che essa è in grado di esprimere»<sup>59</sup>. Ciò, a prescindere dal diverso livello di bisogno espresso dalle varie comunità. In altri termini, anche in una situazione del tutto ipotetica nella quale le comunità delle diverse regioni italiane esprimessero complessivamente bisogni di salute uguali, la spesa per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sarebbe in ogni caso differenziata in relazione a diversi fattori riconducibili al grado di sviluppo socioeconomico delle rispettive collettività<sup>60</sup>. Si conferma, pertanto, la necessità di costruire il sistema di finanziamento degli enti territoriali con meccanismi in grado di tener conto, da un lato, della diversificata dislocazione del bisogno di salute – a sua volta condizionato dai determinanti socioeconomici – e, dall’altro, del fatto che la spesa per assicurare i livelli essenziali è influenzata da fattori riconducibili al grado di sviluppo socioeconomico delle rispettive

---

<sup>56</sup> Così, ancora, R. Fantozzi, I. Screpante e N. Zamaro, cfr. nota che precede.

<sup>57</sup> V. anche il *focus* dell’Ufficio parlamentare di bilancio di cui a nota 19, spec. p. 26.

<sup>58</sup> «A titolo esemplificativo, la spesa per farmaci di “classe A” sostenuta direttamente dai cittadini riduce l’onere farmaceutico della Regione Valle d’Aosta di € 81,1 pro-capite, mentre all’altro estremo riduce di solo € 9,2 l’onere sostenuto dalla Basilicata. Analogamente, i ticket per ricetta sulla spesa farmaceutica riducono di € 13,1 pro-capite l’onere farmaceutico della Campania e di nulla quello del Friuli-Venezia Giulia e delle Marche», così il 19° Rapporto CREA, p. 30.

<sup>59</sup> A. BRANCASI, *Uguaglianze e disuguaglianze nell’assetto finanziario di una Repubblica federale*, in *Dir. pub.*, n. 3, 2002, p. 930.

<sup>60</sup> *Ivi*, p. 931.



comunità. E la costruzione di un tale sistema passa anche dalla scelta degli indicatori del fabbisogno sanitario.

## **7. Ancora sulla ‘politicità’ della scelta degli indicatori del fabbisogno sanitario: la scelta “tabelle alla mano”**

La lunga gestazione di tali indicatori non fa che confermare l'intrinseca politicITÀ della scelta, *rectius*, delle scelte, che li vedono protagonisti. Queste vertono, occorre ribadirlo, su: a) *quali elementi considerare* nella stima del fabbisogno sanitario (decisione che, seppur presa da tempo dal legislatore, si è inverata solamente con la tardiva adozione dei necessari atti regolamentari di attuazione); b) *quali indicatori utilizzare* dei molti che sarebbero potuti venire in rilievo per esprimere gli elementi prescelti (ad es., a fronte della copiosa e diversificata letteratura sul modo di esprimere la derivazione, si è scelto l'indice a tre variabili sopra descritto); c) quale *peso* attribuire a ciascun indicatore rispetto alla stima del fenomeno nel suo complesso (si v. le percentuali del decreto attuativo). Infine, l'ordinamento ha anche assunto una posizione precisa circa d) *quali conseguenze* riconnettere all'adozione degli indicatori (nella specie, una serie di conseguenze ‘automatiche’ in ordine al riparto delle risorse, seppure con forti possibilità di “correzione”<sup>61</sup>).

Tali scelte, come si è evidenziato, inverano il punto di caduta del bilanciamento tra quei principi e interessi di cui si è discusso al § 3. Tale bilanciamento risulta, per così dire, racchiuso ‘dentro’ l'indicatore, l'adozione del quale ‘congela’ il discorso attorno alla misurazione del bisogno di salute<sup>62</sup>. Proprio l'aura di neutralità di cui si ammanta nello stimare un determinato fenomeno fa sì, a prima vista, che sia più difficile metterlo in discussione, specialmente se si tratta di una misurazione di tipo quantitativo, come in questo caso.

Una neutralità, peraltro, tutta apparente, considerato che tali indicatori sono stati scelti da un organo di confronto e raccordo politico, quale è la Conferenza Stato-Regioni, e per ragioni che sono notoriamente assunte ‘tabelle alla mano’: nella piena consapevolezza, cioè, da parte degli attori politici dei risultati allocativi finali che l'utilizzazione dell'una o dell'altra formula, dell'uno o dell'altro indicatore o peso comporta per le singole regioni<sup>63</sup>.

Non è infatti un caso che il cambio di formula del 2006 (che, lo ricordiamo, ha eliminato i fattori legati alla mortalità e alla densità della popolazione e ridotto il ruolo dell'elemento anagrafico) abbia portato in

---

<sup>61</sup> Come si è appena visto con riguardo alla distribuzione della quota premiale.

<sup>62</sup> In termini analoghi si è espresso C. Caruso nell'introduzione al Convegno “Costituzionalismo numerico”, svoltosi presso l'Università di Trento, 12-13 aprile 2024.

<sup>63</sup> Sul punto è istruttiva la relazione “Riflessione sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario” a cura di C. Cislighi con la collaborazione di E. Di Virgilio e G. Tavini, pubblicata da AGENAS il 30 aprile 2010 (spec. pp. 14 s.).

un anno le quote di accesso di alcune regioni ad aumentare di oltre due decimi di punto percentuale (Lombardia, + 0,20% e Campania, + 0,23%), mentre quelle di altre regioni a diminuire di poco meno di due decimi di punto percentuale (Liguria - 0.16%, Toscana - 0.15%)<sup>64</sup>.

## 8. Algoritmi e indicatori: due maschere di neutralità a confronto

La problematica di cui si è provato a dare conto in questo lavoro non potrà che acuirsi qualora si adottassero sistemi di intelligenza artificiale per la stima del bisogno di salute e per il riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard. Il Ministero della Salute ha infatti avviato, da qualche anno, una serie di progetti finalizzati allo sviluppo di un modello predittivo dell'evoluzione del fabbisogno sanitario della popolazione italiana, grazie al quale realizzare, tra le altre cose, una più equa distribuzione dell'(ex-)Fondo sanitario nazionale tra le Regioni<sup>65</sup>.

Se, da un lato, questi strumenti sono da salutare con favore laddove siano in grado di stimare in maniera sempre più accurata il bisogno di salute e di prevederne gli sviluppi nel tempo, l'aura di neutralità di cui si è parlato con riferimento agli indicatori è, per molti versi, accostabile a quella che caratterizza i sistemi di intelligenza artificiale. È infatti ben noto che a causa del fenomeno della 'distorsione dell'automazione' (*automation bias*) l'essere umano preposto alla sorveglianza della macchina – in attuazione del principio dello *human in the loop* – tende ad affidarsi acriticamente a quest'ultima, pur sapendo che i risultati prodotti da questi algoritmi (per lo più 'opachi' anche per gli stessi sviluppatori) sono spesso viziati da *bias* ed errori<sup>66</sup>.

Su questo versante, l'ordinamento ha apprestato o è in procinto di apprestare una serie di tutele che spaziano dagli obblighi di trasparenza imposti dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati agli obblighi imposti a produttori e fornitori di sistemi di intelligenza artificiale ad alto rischio in base alle

---

<sup>64</sup> La sensibilità dell'allora ministro pro-tempore alle istanze di alcune regioni è sottolineata da E. CARUSO, N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard*, *op. cit.*, 8.

<sup>65</sup> Per uno studio sulle metodologie predittive del bisogno di salute della popolazione si v., se si vuole, T. BALDUZZI, *Population Stratification for Public Health and the Ministry's Predictive Model: Constitutional Principles and Regulatory Developments*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 1, 2024, pp. 287 ss. Accanto alle numerose iniziative regionali e locali, emerge l'ambiziosa iniziativa del Ministero della Salute di costruzione di un modello di simulazione e predizione di scenari a breve, medio e lungo termine, ora confluito nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Sub-investimento 1.3.2. della Missione 6, Componente 2).

<sup>66</sup> Sul punto la letteratura, non solo giuridica, è copiosa. In questa sede ci si limita a rinviare ad alcuni esempi recenti della letteratura giuspubblicistica in tema di intelligenza artificiale applicata ai servizi sanitari: L. SCAFFARDI, *La medicina alla prova dell'Intelligenza Artificiale*, in *DPCE online*, n. 1, 2022, pp. 349 ss.; G. FARES, *Artificial intelligence in social and health services: A new challenge for public authorities in ensuring constitutional rights*, in M. BELOV (a cura di.), *The IT revolution and its impact on State, constitutionalism and public law*, Bloomsbury, Oxford, 2021, pp. 269 ss.; D. MORANA, T. BALDUZZI, F. MORGANTI, *La salute "intelligente": eHealth, consenso informato e principio di non-discriminazione*, in *Federalismi.it*, n. 34, 2022, pp. 128 ss.; E.A. FERIOLI, *L'intelligenza artificiale nei servizi sociali e sanitari: una nuova sfida al ruolo delle istituzioni pubbliche nel welfare italiano?*, in *BioLaw Journal*, n. 1, 2019, pp. 163 ss.; F. APERIO BELLA, *L'accesso alle tecnologie innovative nel settore salute tra universalità e limiti organizzativi (con una postilla sull'emergenza sanitaria)*, in *Persona e PA*, n. 1, 2020, pp. 219 ss.



disposizioni del Regolamento europeo sull'intelligenza artificiale<sup>67</sup> e volti ad assicurare, tra le altre cose, la qualità dei dati di addestramento e l'adozione di misure di sorveglianza umana, nonché di adeguati livelli di accuratezza, robustezza, cybersicurezza dei sistemi.

Non resta che auspicare che lo svelamento di queste “maschere di neutralità”, che evocano il mai sopito dialogo tra scienza/tecnica e politica/diritto<sup>68</sup>, chiamino questi ultimi a responsabilità nell'adozione di indicatori e algoritmi, al fine realizzare il programma costituzionale incastonato nell'art. 32 della Costituzione.

---

<sup>67</sup> Regolamento (UE) 2024/1689 del 13 giugno 2024 che stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale e modifica i regolamenti (CE) n. 300/2008, (UE) n. 167/2013, (UE) n. 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 e (UE) 2019/2144 e le direttive 2014/90/UE, (UE) 2016/797 e (UE) 2020/1828 (regolamento sull'intelligenza artificiale).

<sup>68</sup> Tra gli approdi più recenti della riflessione sul rapporto tra scienza e diritto: A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2018, pp. 182 ss.; D. SERVETTI, *Riserva di scienza e tutela della salute, L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislativa e giurisdizionale*, Pacini Editore, Pisa, 2019.