

28 MARZO 2018

La garanzia dei livelli essenziali di
assistenza nei primi 40 anni del
Servizio sanitario nazionale:
dall'uniformità all'appropriatezza

di Vincenzo Antonelli
Ricercatore Diritto amministrativo
Università Cattolica del Sacro Cuore

La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*

di Vincenzo Antonelli

Ricercatore Diritto amministrativo
Università Cattolica del Sacro Cuore

Sommario: 1. L'uniformità dei LEA e l'evoluzione del Servizio sanitario nazionale. 2. I livelli essenziali delle prestazioni in Costituzione. 3. La differenziazione "possibile" dei LEA. 4. L'uniformità per via finanziaria. 5. L'appropriatezza dei LEA quale garanzia dell'uguaglianza.

1. L'uniformità dei LEA e l'evoluzione del Servizio sanitario nazionale

Secondo un'opinione ricorrente e consolidata la garanzia dei livelli "essenziali" di assistenza dovrebbe assicurare "un'uniformità territoriale" nel godimento del diritto alla salute: la necessità che il contenuto del diritto alla salute sia garantito sull'intero territorio nazionale richiederebbe l'uniformità nell'erogazione di quei livelli delle prestazioni che ne costituiscono il contenuto irrinunciabile. Questa convinzione mette in relazione (necessaria) "essenzialità" ed "uniformità" delle prestazioni ed è alimentata da alcune scelte normative che si sono susseguite nel tempo e che hanno rappresentato delle tappe significative dell'evoluzione del servizio sanitario nazionale¹.

A fronte della propensione del settore sanitario al pluralismo e al decentramento, derivante dalla stessa natura "prestazionale" del diritto sociale alla salute², che non può prescindere da un assetto istituzionale plurale e da un'organizzazione capillare e ramificata del servizio pubblico³, occorre domandarsi come tali

* Articolo sottoposto a referaggio.

¹ Secondo E. BALBONI, *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Ist. federalismo*, 2001, p. 1103, il concetto di "livello uniforme" «non starebbe ad individuare semplicemente una soglia standard, tecnicamente raggiungibile e soprattutto garantibile grazie ad una determinata dotazione di risorse finanziarie e di struttura organizzativa, bensì esprimerebbe uno strumento per conseguire obiettivi di uguaglianza sostanziale, e dunque per rimuovere situazioni di impedimento all'esercizio dei diritti in generale». Si veda anche ID., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Regioni*, 2003, pp. 1183 ss.

² Si rinvia a D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2012.

³ G. PASTORI, *Diritti della persona e interesse della collettività nel servizio sanitario nazionale*, in ID., *Scritti scelti*, I, 2010, p. 228, evidenzia «come vi sia uno stretto nesso di interdipendenza tra "personalizzazione" del servizio e articolazione decentrata dello stesso».

caratteri debbano conciliarsi con le istanze unitarie perseguite dalle politiche sanitarie senza che ciò vada a detrimento dell'effettività della garanzia del diritto alla salute⁴.

Nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, i livelli delle prestazioni sanitarie non venivano originariamente qualificati come “uniformi”. La legge del 1978 attribuiva infatti al legislatore statale, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale, il compito di fissare «i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, *comunque*, garantite a tutti i cittadini» (art. 3, comma 2)⁵. Il legislatore non si spingeva dunque a pretendere l'uniformità delle prestazioni, ma si limitava a decretare l'indisponibilità (e, dunque, l'essenzialità) di alcune prestazioni sanitarie attraverso l'espressione “comunque”⁶.

⁴ Per R. BALDUZZI, *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali*, 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, p. 150, «l'Assemblea Costituente nel suo insieme non fu animata da una pregiudiziale convinzione sull'incompatibilità tra diritti sociali e organizzazione autonomistica. [...] In proposito, pur essendo ben presenti ai Costituenti le tante disparità del sistema di tutela sanitaria sino ad allora praticato, [...] ed essendo pertanto fortemente avvertita l'esigenza di spingere nella direzione dell'uniformità unificando e rafforzando il momento centrale sino addirittura a proporre di creare un sistema unitario di imputazione dell'interesse pubblico in materia sanitaria, sono da sottolineare tanto la scelta finale di imputare il dovere di tutela alla “Repubblica” e non al solo apparato statale, quanto quella del decentramento legislativo della materia dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, cui si aggiunsero le analoghe disposizioni contenute negli statuti speciali approvati dalla medesima Assemblea Costituente». A. POGGI, *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005, p. 600, rileva che «è indubbio che il processo di decentramento attivatosi nel nostro ordinamento aggiunge altre criticità ad un sistema in cui l'unitarietà delle decisioni e la uniformità della struttura organizzativa non è stata sicuramente di garanzia di virtuosismi producendo, al contrario, distorsioni, privilegi ed ingiustizie». C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2016, p. 72, sottolinea «la comune considerazione secondo la quale l'attuazione del principio di uguaglianza implica la necessità per l'ordinamento di fornire risposte differenziate alle concrete esigenze dei cittadini: di qui, la valorizzazione dell'autonomia degli enti territoriali come strumento per il raggiungimento dell'uguaglianza».

⁵ G. PASTORI, *Autonomia e responsabilità nel sistema sanitario*, in ID., *Scritti scelti*, II, 2010, p. 718, ricorda come il servizio sanitario nazionale sia stata disegnata dalla legge n. 833 del 1978 «non come organizzazione di un ente o di un soggetto determinato, ma come organizzazione che, pur comprendendo una pluralità di soggetti e strutture guardava alla finalità perseguita e trovava la sua identità e unitarietà proprio nell'obiettivo finale dell'attuazione del diritto alla salute, da perseguire in modo generale, universale ed uniforme. Era quindi pensata, fin dalla sua impostazione, come l'organizzazione di un compito, come un compito organizzato. L'idea madre della legge n. 833 è stata, infatti, quella di far convergere, attorno al compito della prevenzione, cura e riabilitazione per la tutela della salute, la pluralità dei livelli di governo e delle strutture di gestione interessate». Sul punto si legga anche ID., *Diritti della persona*, op. cit., p. 220, e ID., *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto pubblico*, 2002, pp. 85 e ss., ed ora in ID., *Scritti scelti*, II, op. cit., pp. 801 ss.

⁶ 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, p. 32, evidenziano come «il venire meno dei particolarismi di trattamento propri del modello mutualistico e l'istituzione di un sistema che non faceva più distinzione tra utenti e si proponeva di fornire *tutte* le prestazioni di prevenzione, cura, e riabilitazione *necessarie* a tutela globale della salute, pone il problema di definire quali prestazioni fossero necessarie e quali no».

Questa affermazione era conseguente alla definizione del Servizio sanitario nazionale come il «complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» (art. 1, comma 3), sancendo in tal modo l'universalità nell'accesso alle cure e l'uguaglianza (la non discriminazione) in occasione della loro erogazione.

Tra gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, l'art. 2, comma 2, lett. a), includeva, altresì, quello di superare gli «squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese», in ossequio all'impegno della Repubblica, posto dall'art. 3 della Costituzione, di realizzare l'uguaglianza sostanziale delle persone.

Le esigenze di uniformità erano perseguite in primo luogo all'art. 4 con l'attribuzione alla legge dello stato del compito di dettare «norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute *uniformi* per tutto il territorio nazionale» e di stabilire le relative sanzioni penali – in modo particolare in materia di inquinamento dell'atmosfera, delle acque e del suolo; di igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro; di omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione; di tutela igienica degli alimenti e delle bevande; di ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali; di raccolta, frazionamento, conservazione e distribuzione del sangue umano -, in secondo luogo all'art.10, con la gestione unitaria della tutela della salute «in modo *uniforme* sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali», ed in terzo luogo all'art. 51, con la ripartizione delle risorse del fondo sanitario nazionale tra tutte le regioni sulla base di indici e di standard tendenti 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».

L'uniformità nel disegno legislativo del 1978 non costituiva, dunque, un predicato dei livelli di assistenza, ma un obiettivo dell'organizzazione del servizio. Il traguardo a cui tendeva la legge n. 833 del 1978 era quello di garantire l'accesso universale alle cure e l'uguaglianza tra gli utenti, tentando in tal modo di superare le disparità di trattamento e la frammentazione organizzativa che avevano caratterizzato il sistema mutualistico, più che l'uniformità delle prestazioni⁷.

Nell'istituire il Servizio sanitario nazionale il legislatore si era preoccupato difatti di prefigurare, attraverso l'introduzione delle unità sanitarie locali, un'amministrazione uniforme sull'intero territorio nazionale: alla base vi era la risalente convinzione che l'uniformità organizzativa delle amministrazioni costituisse condizione necessaria e sufficiente per l'erogazione in maniera omogenea delle medesime prestazioni

⁷ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia*, op. cit., 32, sottolineano l'intento perequativo perseguito dal legislatore del 1978 «che guardava prevalentemente al recupero di un'equità delle prestazioni erogate dalle strutture che superasse le precedenti disuguaglianze del sistema mutualistico».

sanitarie. Un'amministrazione uniforme sul piano organizzativo doveva essere capace di erogare prestazioni uniformi.

La necessità di definire livelli “uniformi” di assistenza sanitaria da erogare a tutti i cittadini viene introdotta dall'art. 6, comma 1, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384 (convertito dalla legge n. 438 del 1992), che affidava siffatto compito al governo d'intesa con le regioni. Tale disposizione trovò attuazione con il decreto del Presidente della Repubblica del 24 dicembre 1992, poi annullato dalla Corte costituzionale⁸ perché adottato senza la prevista intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

La successiva legge 23 ottobre 1992, n. 421 all'art. 1, comma 1, lett. g), delegava il Governo a «definire principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori, tenuto conto della peculiarità della categoria di assistiti di cui all'articolo 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833⁹, espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini, e il parametro capitaro di finanziamento da assicurare alle regioni e alle province autonome per l'organizzazione di detta assistenza, in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria»¹⁰.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nel dare attuazione alla delega, aveva confermato la scelta di qualificare i livelli delle prestazioni sanitarie come “uniformi”. L'art. 1 del decreto era infatti rubricato «Programmazione sanitaria e definizione dei livelli uniformi di assistenza». L'art. 1, comma 1, nell'individuare nel Piano sanitario nazionale lo strumento per la determinazione dei livelli di assistenza, precisava inoltre che questi dovevano essere assicurati «in condizioni di uniformità sul territorio nazionale». Questa qualificazione era inoltre ribadita dall'art. 1, comma 4, lett. b), che attribuiva al medesimo Piano sanitario nazionale l'incombenza di indicare, tra l'altro, «i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche dei dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione»¹¹.

A fronte della svolta regionalistica impressa dal decreto del 1992, che mette in tensione i poli dell'unità del servizio e del decentramento amministrativo, emerge la necessità di perseguire l'uniformità delle prestazioni alla stregua di un vincolo unitario. La regionalizzazione del servizio sanitario nazionale e la

⁸ Corte cost., 31 marzo 1994, n. 116.

⁹ Si tratta degli italiani all'estero, del personale navigante e dei cittadini italiani residenti a Campione d'Italia.

¹⁰ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia, op. cit.*, p. 33, evidenziano l'«ambiguità probabilmente voluta» del legislatore nell'evocare una “soglia minima di riferimento” e il contenimento della spesa pubblica sanitaria tra gli scopi da raggiungere da parte della normativa delegata. Secondo gli Autori il confine tra le prestazioni dovute dalla Repubblica e quelle non dovute veniva in tal modo collocato «in corrispondenza della soglia minima di prestazioni», facendo emergere l'intenzione «di attuare la tutela della salute di cui all'art. 32 Cost. in senso restrittivo, come una tutela minima del bene nei cui confronti la dotazione finanziaria avrebbe dovuto costituire un vincolo *a priori*».

¹¹ E. BALBONI, *Il concetto, op. cit.*, p. 1104, sostiene che il decreto legislativo n. 502 del 1992 abbia fatto un utilizzo del concetto di livello di assistenza uniforme «prevalentemente in ambito finanziario».

conseguente differenziazione organizzativa spostano l'attenzione del legislatore sull'uniformità delle prestazioni, capovolgendo la prospettiva del 1978: la possibile differenziazione organizzativa richiede la fissazione di livelli uniformi di prestazioni sanitarie¹².

Tuttavia, il legislatore del 1992 non aveva rinunciato a prefigurare “forme differenziate di assistenza”. All'art. 9 affermava che «al fine di assicurare ai cittadini una migliore qualità e libertà nella fruizione delle prestazioni, fermi restando i livelli uniformi di assistenza [...] e la libera scelta del cittadino, le regioni possono prevedere, nell'ambito della programmazione regionale, in via graduale e sperimentale a partire dal 1 gennaio 1995, forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni, nonché le sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412»¹³.

Queste “forme differenziate di assistenza” potevano consistere da un lato «nel concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento», dall'altro «nell'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali»¹⁴.

¹² 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, op. cit.*, p. 10, chiarisce che «il federalismo determina una distribuzione e una differenziazione territoriale delle decisioni sulle entrate e sulle spese. Questo tuttavia non comporta, di per sé, una contraddizione con il principio di eguaglianza, né la negazione dei valori universalistici che nell'eguaglianza sono insiti. La storia dimostra, in verità, che il federalismo ha saputo convivere con il modello dello Stato sociale e con i meccanismi di (egalitario) riequilibrio sociale che lo caratterizzano». Secondo C. CASONATO – C. PICIOCCHI, *Devolution, diritti, identità: la tutela della salute fra asimmetrie ed esigenze di uniformità*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, 2009, p. 52, «la tensione tra unità e diversità, tipica di ogni processo devolutivo, non rimane circoscritta alla sfera istituzionale o alla forma di governo, ma viene così inevitabilmente ad interessare anche la disciplina dei diritti individuali o – potremmo dire – della forma di stato, articolandosi in tensione tra eguaglianza e distinzione. E come un certo grado di unità, ma anche un determinato livello di diversità sono richiesti per potersi muovere all'interno della categoria dello Stato regionale o federale, allo stesso modo sul versante dei diritti, una certa misura (essenziale) di eguaglianza al pari di una determinata (non eccessiva) cifra di diversificazione sono necessarie al fine, da un lato, di non tradire lo spirito distintivo che anima le esigenze di decentramento e, dall'altro, di non trasformare ragionevoli distinzioni in illegittime disuguaglianze». Cfr. B. PEZZINI, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche di differenziazione*, in R. BALDUZZI – G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, p. 105.

¹³ In base all'art. 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 le sperimentazioni gestionali dovevano essere attuate «attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata di opere o servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime», potendo a tal fine le regioni dar dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

¹⁴ Secondo il testo originario dell'art. 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 «l'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione». Era altresì rimessa all'adozione di un decreto del ministro della sanità, di concerto con i ministri del tesoro e delle finanze, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, la determinazione, «per ciascun triennio di validità del piano sanitario nazionale, [del]le

Spetta alla legge 27 dicembre 1997, n. 449, l'introduzione della qualificazione in termini di "essenzialità" dei livelli di assistenza. All'art. 59, comma 50, il legislatore «al fine di assicurare una maggiore equità del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle relative esenzioni, nonché di evitare l'utilizzazione impropria dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie» delegava il governo ad emanare decreti legislativi di riordino della partecipazione alla spesa e delle esenzioni, per individuare, tra l'altro, «nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, efficaci, appropriati e uniformi, posti a carico del Fondo sanitario nazionale, [...] anche in rapporto a linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto, da parte dell'utente, di una quota limitata di spesa».

Indicazione sviluppata dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, che «individua nei livelli essenziali di assistenza l'ambito delle garanzie che il Ssn si impegna ad assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale alla totalità dei cittadini». Si tratta dei «livelli di assistenza che, in quanto necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) ed appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni), debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute».

La definizione avanzata dal Piano sanitario nazionale è trasposta sul piano legislativo dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che si preoccupa di chiarire che l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, «per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinata al Servizio sanitario nazionale»¹⁵. Tuttavia, il testo del novellato decreto legislativo n. 502 del 1992 non appare del tutto omogeneo: se all'art. 1, commi 2 e 3, definisce i livelli di assistenza sanitaria come "essenziali e uniformi", ai commi 4, 6, 9 e 10 si limita a qualificarli come "essenziali".

Affermata l'essenzialità quale carattere precipuo delle prestazioni che devono essere garantite dal Servizio sanitario nazionale, l'uniformità tende ad assumere nel disegno del legislatore del 1999 un ruolo recessivo: essa sembra costituire una conseguenza del carattere essenziale dei livelli di assistenza più che una

quote di risorse destinabili per la gestione delle forme di assistenza differenziate [...] tenendo conto dei principi di solidarietà propri del servizio sanitario nazionale, e avendo riguardo all'obiettivo di garantire risultati di economicità», nonché la fissazione dei requisiti dei soggetti ammessi a gestire forme differenziate di assistenza e «i criteri per il trasferimento delle quote, avendo riguardo all'esigenza di costituzione di un fondo di garanzia in favore dei soggetti aderenti alle forme differenziate alimentato esclusivamente mediante prelievi dalle quote di risorse come sopra determinate».

¹⁵ Per E. BALBONI, *Il concetto, op. cit.*, p. 1104, dal decreto legislativo n. 229 del 1999 sembra emergere soprattutto una nozione di "essenzialità" legata «alla categoria del bisogno», per cui sono da considerare "essenziali" a parer dell'Autore «i livelli di assistenza che assicurano niente di più e niente di meno di ciò che è necessario alle persone, secondo criteri clinici, etici e sociali».

(pre)condizione degli stessi¹⁶. È la natura essenziale delle prestazioni che garantisce il vincolo unitario a fronte della differenziazione organizzativa dei servizi sanitari regionali¹⁷.

La qualificazione dei livelli essenziali di assistenza in termini di “uniformità” non è, infatti, riproposta dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 che, sulla base dell’intesa sancita il 22 novembre 2001 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ha fissato per la prima volta concretamente i livelli di assistenza, definiti esclusivamente come “essenziali”¹⁸, né dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, adottato a seguito dell’intesa raggiunta in Conferenza Stato-regioni del 7 settembre 2016, recante la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell’art. 1, comma 553, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

2. I livelli essenziali delle prestazioni in Costituzione

L’aggettivazione legislativa in termini di uniformità dei livelli essenziali delle prestazioni non è approdata in Costituzione con la riforma operata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3¹⁹. L’art. 117, comma

¹⁶ M. DI FOLCO, *La partecipazione delle autonomie alla determinazione dei livelli essenziali in sanità. Profili sostanziali e procedurali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004, p. 93, nota 30, chiarisce che «nel nuovo contesto costituzionale non di uniformità assoluta può parlarsi, ma semmai di uniformità nell’essenzialità».

¹⁷ C. TUBERTINI, *Cinquant’anni, op. cit.*, p. 74, evidenzia come la definizione dei «livelli essenziali di assistenza da garantire in tutto il territorio nazionale» costituisca «elemento cruciale di coesione del sistema sanitario e di garanzia di uno statuto di “cittadinanza amministrativa” non più intesa (solo) come astratta appartenenza ad un ente (nazionalità), ma come residenza (*citizenship*) e relativa somma delle prestazioni essenziali che possono essere richieste alla pubblica amministrazione, indipendentemente dalle specifiche “cittadinanze” regionali o locali». Secondo l’Autrice «questo passaggio ha permesso alla dottrina di valorizzare il profilo della doverosità dei livelli essenziali delle prestazioni, da non considerare quindi come l’individuazione solo astratta di una soglia di uniformità al di sotto della quale non possono collocarsi le scelte di indirizzo delle Regioni, ma come doveri di servizio. Solo in questo modo, si è detto, è possibile far sì che le implicazioni della definizione legislativa delle prestazioni essenziali non si arrestino sul versante dei rapporti tra i diversi livelli di governo, ma incidano direttamente sul cittadino e sulla estensione delle posizioni giuridiche soggettive azionabili nei confronti della pubblica amministrazione».

¹⁸ Cfr. C. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza*, in G. CERRINA FERONI – M. LIVI BACCI – A. PETRETTO (a cura di), *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Firenze, 2017, pp. 89 ss.; C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014.

¹⁹ La lettera del testo costituzionale ha animato il dibattito in dottrina sulla valenza da attribuire alla nozione di “livelli essenziali” tra coloro che sostengono trattarsi di “livelli minimi” da intendersi come soglia al di sotto della quale il diritto risulta violato, prospettiva avanzata al fine di evitare uno svuotamento dell’autonomia regionale e delle possibilità di differenziazione, e coloro che denunciano una possibile “dequotazione” dell’uguaglianza neutralizzabile unicamente con una fissazione uniforme delle prestazioni. A tal riguardo si leggano L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Roma, 2005, pp. 89 ss.; G. ROSSI - A. BENEDETTI, *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 2002, pp. 26 ss.; C. PINELLI, *Sui «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali»*, in *Dir. pubbl.*, 2002, pp. 881 ss.; A. POLICE, *Federalismo “asimmetrico” e dequotazione dell’eguaglianza: le fragili fondamenta della cittadinanza amministrativa*, in *Dir. econ.*, 2002, pp. 489 ss..

2, lett. *m*), Cost., individua, infatti, come materia di competenza esclusiva statale la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»²⁰. Analogamente, l'aggettivo “uniforme” non viene richiamato all'art. 120, comma 2, Cost. laddove si stabilisce che il Governo può sostituirsi agli organi degli enti territoriali quando lo richiedano le esigenze di «tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali»²¹.

La mancata trasposizione in Costituzione della scelta del legislatore ordinario di assicurare in modo uniforme l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni deve indurre a ritenere che l'uniformità delle prestazioni non rappresenti una espressa “necessità” costituzionale²².

Nel precisare che i livelli essenziali delle prestazioni devono essere garantiti «su tutto il territorio nazionale»²³ e «prescindendo dai confini territoriali dei governi locali», il testo costituzionale rinvia semmai al concetto di “aterritorialità” e cioè alla necessità, questa volta esplicitata, di garantire talune prestazioni sanitarie senza alcuna discriminazione in base al territorio di appartenenza²⁴. L'obiettivo perseguito dalla carta costituzionale è, in altri termini, quello dell'uguaglianza sostanziale, della non discriminazione in

²⁰ Per A. POGGI, *Diritti*, *op. cit.*, p. 621, i livelli essenziali costituiscono un “obbligo cooperativo” dei governi territoriali che devono garantire la loro attuazione. M. DI FOLCO, *La partecipazione*, *op. cit.*, p. 94, afferma che «l'introduzione di adeguati meccanismi di partecipazione degli enti territoriali consente di tenere insieme le diverse esigenze rappresentate nell'ambito del dibattito dottrinale [...]. Tali meccanismi, infatti, appaiono astrattamente idonei a tutelare in maniera significativa le istanze autonomistiche, cui si riconoscerebbe a monte una capacità conformativa in ordine all'individuazione dei livelli essenziali oltre che la *sedes* per contrastare e correggere eventuali manifestazioni debordanti della legislazione statale, senza che per ciò debba rinunciarsi alle specificità di contenuto legate [...] al requisito dell'essenzialità». Ci sia consentito rinviare a V. ANTONELLI, *Livelli essenziali, materie trasversali e altri fattori unificanti*, in L. VANDELLI – F. BASSANINI (a cura di), *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, Bologna, 2012, pp. 385 ss.

²¹ Secondo A. POGGI, *Diritti*, *op. cit.*, p. 607, «l'intervento [del Governo] mira a colmare non qualunque dislivello (che azzererebbe le possibilità di differenziazione su cui si regge il Titolo V) bensì unicamente quelli che attentano all'“unità” della Repubblica». Si legga anche ID., *Istruzione, formazione professionale e Titolo V: alla ricerca di un (indispensabile) equilibrio tra cittadinanza sociale, decentramento regionale e autonomia funzionale delle Istituzioni scolastiche*, in *Regioni*, 2002, p. 804.

²² Per E. BALBONI, *Il concetto*, *op. cit.*, p. 1109, «sembrerebbe pertanto acquisito, alla luce del nuovo Titolo V, che questo concetto dei “livelli essenziali ed uniformi” abbia ormai assunto una valenza autonoma, solo parzialmente connessa ad esigenze di natura finanziaria: esso si configura ormai come il parametro di riferimento in materia di diritti sociali e, a quanto pare, anche civili».

²³ C. TUBERTINI, *Cinquant'anni*, *op. cit.*, p. 76, dal riferimento operato dall'art. 117, comma 2, lett. *m*), alla garanzia su tutto il territorio nazionale delle prestazioni evince «un dovere in capo ai pubblici poteri di predisposizione di tutte le condizioni di contesto (informative, organizzative, finanziarie, di controllo) necessarie a rendere effettivo il soddisfacimento dei diritti». Si tratta secondo l'Autrice di «una clausola, in sostanza, che prende atto della stretta interdipendenza tra effettività della prestazione e contesto amministrativo di riferimento, e si rivolge quindi anche alle pubbliche amministrazioni affinché creino il contesto possibile all'esigibilità del diritto».

²⁴ Per C. TUBERTINI, *Cinquant'anni*, *op. cit.*, 77, «da questa clausola si è anche proposto di far discendere il dovere per i pubblici poteri di superare gli squilibri territoriali, vale a dire quella disuguaglianza di fatto nell'accesso alle prestazioni [...]. Secondo questa lettura, il riferimento a “tutto il territorio nazionale”, contenuto nell'art. 117, appare appunto significativo dell'obiettivo, che la Costituzione ha voluto assegnare al legislatore, di uguaglianza interterritoriale».

base alla residenza, che non necessariamente si traduce in un'uniformità erogativa²⁵. Potremmo forse in alternativa leggere quest'ultima come un obiettivo implicito, un'aspirazione sottesa all'ordito costituzionale²⁶.

L'ambiguità sulla necessità che i livelli essenziali delle prestazioni siano determinati e garantiti in modo uniforme è in parte imputabile alla giurisprudenza costituzionale formatasi in materia²⁷.

Sin dalla sentenza n. 88 del 2003 la Corte Costituzionale interpreta infatti l'inserimento tra le materie di legislazione esclusiva statale di quella inerente alla «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» come la volontà di attribuire «al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una *adeguata uniformità* di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto». L'esplicito richiamo alla “adeguata uniformità di trattamento” effettuato dalla Consulta sembrerebbe pertanto voler affermare la riconducibilità dell'uniformità ad una vera e propria esigenza costituzionale.

Tale orientamento ha successivamente indotto la Corte a legittimare la scelta del legislatore statale di far rientrare nel contenuto dei livelli essenziali di assistenza anche la possibilità di fissare standard quantitativi, qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e di risultato, e ciò in quanto tale possibilità contribuisce al raggiungimento del «fine di garantire che le modalità di erogazione [...] siano uniformi sul territorio

²⁵ A. POGGI, *Diritti*, op. cit., p. 607, chiarisce che «l'affermazione del criterio dell'a-territorialità nella garanzia di prestazioni essenziali collegate a diritti civili e sociali costituzionalmente garantiti» assicura «quella cittadinanza sociale destinata a diventare (man mano si dissolve il legame tra persona e territorio incluso nella cittadinanza politica) il vero collante tra persone stanziate nel territorio statale». L'Autrice in *Istruzione*, op. cit., p. 799, ricostruisce i diritti sociali come costitutivi «del diritto di “cittadinanza”, inteso quale diritto all'eguaglianza sostanziale, cioè alla rimozione, da parte dei pubblici poteri, delle situazioni di impedimento all'esercizio dei diritti». La differenziazione e il policentrismo del sistema, da questo punto di vista, non possono comprimere lo statuto della cittadinanza che, in un sistema così differenziato e differenziabile, diventa il terreno della comune appartenenza alla comunità nazionale». Cfr. Corte cost., 26 marzo 1993, n. 109.

²⁶ A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014, p. 57, ritiene che «l'osservazione per cui l'eguaglianza, soprattutto nella sua versione cosiddetta sostanziale, non tende al semplice contenimento delle differenze sociali, ma mira alla loro rimozione, anche per il tramite dell'assicurazione dei diritti sociali, fa ritenere che l'uniformità territoriale, da assicurarsi attraverso la definizione di identici livelli di prestazioni, sia da riferirsi al contenuto necessario a garantire effettivamente il diritto, in modo che questo sia egualmente soddisfatto su tutto il territorio nazionale».

²⁷ Si leggano M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Federalism.it- Osservatorio di diritto sanitario*, novembre 2017; C. TUBERTINI (a cura di), *L'impatto dei livelli essenziali di assistenza al banco di prova della giurisprudenza*, Bologna, 2013; C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni*, in *Giur cost.*, 2011, p. 3371 ss.; D. MORANA, *La “tutela della salute”: punti fermi e perduranti incertezze nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Padova, 2007, pp. 197 ss., ed ivi B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, pp. 211 ss., e U. DE SIERVO, *Corte costituzionale e materia sanitaria*, pp. 95 ss.; E. PESARESI, *La «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni» e la materia «tutela della salute»: la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, in *Giur cost.*, 2006, pp. 1733 ss.

nazionale»²⁸. Anche in questo caso la Corte sembra muovere dalla convinzione che il dettato costituzionale richieda che le prestazioni essenziali di assistenza sanitaria siano assicurate in modo uniforme financo con riferimento alle concrete modalità di erogazione.

Tale prospettiva viene ribadita dalla Corte Costituzionale in materia di ticket sanitario e di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti del Servizio sanitario nazionale²⁹, sostenendo - sul presupposto che la disciplina dei ticket sanitari incide anche sulla quantità e sulla qualità delle prestazioni garantite, e, quindi, sui livelli essenziali di assistenza - che la misura della compartecipazione deve essere omogenea su tutto il territorio nazionale «giacché non sarebbe ammissibile che l’offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni», considerato che «dell’offerta concreta fanno parte non solo la qualità e la quantità delle prestazioni che devono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, dei cittadini alla loro fruizione»³⁰, e che «la natura stessa dei cosiddetti LEA, che riflettono tutele necessariamente uniformi del bene della salute, impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti ad autonomia speciale»³¹.

3. La differenziazione “possibile” dei LEA

L’analisi del quadro ordinamentale induce ad interrogarci sulla portata dell’“uniformità territoriale”³². Quando predichiamo l’uniformità dei livelli essenziali delle prestazioni, stiamo facendo riferimento ad una uniformità sul piano normativo e descrittivo e/o ad uniformità sul piano della effettività e dunque della concreta erogazione delle prestazioni? I livelli essenziali di assistenza devono essere uniformi sul piano definitorio e/o devono portare all’uniformità nel concreto godimento del diritto alla salute?

Sino ad oggi l’interpretazione prevalente sembra aver dedotto dall’uniformità descrittiva l’uniformità erogativa ovvero dalla pur necessaria fissazione unitaria dei livelli essenziali di assistenza l’uniformità delle modalità di erogazione delle prestazioni³³.

²⁸ Corte cost., 31 marzo 2006, n. 134.

²⁹ Corte cost., 16 luglio 2012, n. 187. Si leggano E. FERRARI, *Bilancio, ticket sanitari, prestazioni imposte e livelli essenziali delle prestazioni*, in *Rivista dell’Associazione Italiana Costituzionalisti*, n. 4/2017; S. DE GOTZEN, *La disciplina in materia di ticket incidente sui livelli essenziali di assistenza sanitaria. Divieto di differenziazioni in melius?*, in *Regioni*, 2012, pp. 1227 ss.

³⁰ Corte cost., 13 giugno 2008, n. 203.

³¹ Corte cost., 31 marzo 2006, n. 134.

³² R. BALDUZZI, *Titolo V, op. cit.*, p. 22, evidenzia come «l’effettività [della] uniformità di tutela è, di tutta evidenza nel nostro Paese, un obiettivo cui tendere e non un dato della situazione, all’effettività della tutela concorrendo una serie complessa di fattori ambientali, culturali, socioeconomici e organizzativi che rende del tutto irrealistico pensare che la formulazione di principi e regole costituzionali possa da sola (anche se accompagnata da atti di normazione subordinata) realizzare compiutamente il valore e l’interesse tutelato».

³³ Secondo R. FERRARA, *L’ordinamento della sanità*, Torino, 2007, p. 260, «il valore conformativo dei LEA, il loro configurarsi, nel quadro di un sistema complesso e variegato su cui si posizionano, a quel che pare, più modelli positivi, come il principale (e forse unico) fattore di unificazione e di uniformità funzionale di una realtà, per il resto, piuttosto caotica e, persino, scomposta e frammentata. E cioè, i “livelli essenziali delle prestazioni” si

Si tratta di una convinzione che affonda le radici nell'equazione che ha guidato lo sviluppo istituzionale e amministrativo del Paese, secondo la quale l'unità politica è assicurata dall'uguaglianza dei diritti, che a sua volta richiede l'uniformità legislativa ed amministrativa³⁴. La definizione uniforme dei diritti (soprattutto di quelli sociali) comporterebbe la predisposizione e l'intervento di una amministrazione altrettanto uniforme sul piano organizzativo e funzionale³⁵.

L'uniformità amministrativa va intesa come un predicato ancor oggi necessario per l'uguaglianza dei diritti³⁶.

Ripensare l'equazione che ha guidato lo sviluppo del sistema istituzionale ed amministrativo italiano è una necessità che si avverte in modo particolarmente urgente proprio con riferimento alle politiche sanitarie dove, forse ancora più che in altri ambiti materiali, gli elementi volti a garantire l'unitarietà delle politiche pubbliche sono strettamente legati a quelli di differenziazione³⁷.

Non vi è dubbio circa la necessaria unitarietà delle politiche sanitarie, che trova origine nella natura "fondamentale" del diritto alla salute, esplicitamente riconosciuta dalla Carta costituzionale, e nella conseguente esigenza di rendere effettiva tale garanzia anche sul piano dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi³⁸.

Le istanze di unitarietà del sistema nascono, infatti, dall'interazione di tre condizioni:

atteggiano davvero come il valore (*rectius*, la clausola) di massima sicurezza e di chiusura del sistema, di un sistema che fra paradossi e mitologie e fra ricorrenti pendolarismi "ideologici", conserva, tuttavia, almeno sotto tale irrinunciabile aspetto, momenti di unità e di funzionale uniformità». Si legga anche F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, in E. CATELANI – G. CERRINA FERONI – M.C. GRISOLIA (a cura di), *op. cit.*, pp. 45 ss.

³⁴ Ci sia consentito rinviare a V. ANTONELLI, *Per una unità della Repubblica costruita "dal basso"*, in *Giur. cost.*, 2006, pp. 2615 ss.

³⁵ Cfr. R. FERRARA, *Organizzazione e principio di aziendalizzazione nel servizio sanitario nazionale: spunti problematici*, in *Foro amm.* TAR, 2003, pp. 2500 ss.

³⁶ Per R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI – G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità, op. cit.*, p. 22, l'uniformità dei livelli essenziali rappresenta il «problema di fondo in un ordinamento decentrato, una tensione continua tra livello di tutela (che si vuole "uniforme") e i livelli di gestione e organizzativo (per definizione autonomo, e dunque non necessariamente orientato all'uniformità). Non è probabilmente un caso che gli orientamenti "devoluzionistici" preferiscano parlare di eguaglianza, anziché di uniformità, anche se probabilmente, almeno in materia sanitaria, la differente terminologia non pare possa condurre a risultati molto diversi, tenuto conto che l'uguaglianza della tutela altro non è che la doverosità di una tutela uniforme dei medesimi quanto al loro nucleo essenziale, cioè esattamente il significato normativo della lettera m)».

³⁷ A. POGGI, *Diritti, op. cit.*, p. 619, evidenzia la necessità di un'"auto-assunzione" da parte delle regioni della garanzia dell'effettività dei diritti sociali. «è in questa prospettiva che assume spessore e significato la parificazione tra legislatore statale e regionale che consegue all'assoggettamento di entrambi al limite della Costituzione (art. 117, c.1)».

³⁸ A. POGGI, *Diritti, op. cit.*, p. 599, sottolinea come «dall'effettività della generalizzata garanzia del diritto alla salute dipendono due pilastri dei moderni ordinamenti e della nostra forma di stato: il "riconoscimento" costituzionale della dignità umana e il compito dello Stato sociale di assicurare l'uguaglianza sostanziale dei cittadini».

- a) il diritto alla salute costituisce ai sensi dell'art. 32 Cost. un diritto fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività e in quanto tale impone piena ed esaustiva tutela³⁹;
- b) la tutela del diritto alla salute presuppone un'organizzazione del servizio tale da assicurare effettività al godimento del diritto;
- c) l'effettività del diritto alla salute e la connessa esigenza di non pregiudicare il «nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»⁴⁰ non possono essere compromesse dalle esigenze finanziarie contingenti.

Da questi assunti si evince che le istanze unitarie collegate alla realizzazione delle politiche sanitarie sono fondate su una stretta correlazione tra l'esigenza di tutelare il diritto fondamentale alla salute, la predisposizione e attivazione di un servizio sanitario adeguato allo scopo e l'adozione di un sistema di finanziamento tale da rendere possibile l'erogazione delle prestazioni configurate come essenziali.

Il punto d'incontro (e di equilibrio) di questi tre elementi è rappresentato dalla nozione di “livelli essenziali di assistenza”, che rappresentano al contempo:

- a) la garanzia dell'equità sociale tra tutti i cittadini in rapporto al diritto fondamentale alla salute, indicando il *quantum* di tutela del diritto che non è passibile di differenziazione (verso il basso) sull'intero territorio nazionale;
- b) il nucleo centrale dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario nazionale, costituendo la cornice per la definizione degli spazi di autonomia organizzativa dei servizi sanitari regionali;
- c) il livello necessario delle prestazioni rispetto al quale deve essere garantito il finanziamento integrale sull'intero territorio nazionale.

Le esigenze di unitarietà del diritto alla salute richiedono tuttavia di essere coniugate con le istanze di differenziazione che derivano dalla natura “prestazionale” del medesimo diritto sociale, che per i suoi caratteri costitutivi non può prescindere da un assetto istituzionale plurale (l'art. 32 Cost. affida infatti alla Repubblica la responsabilità degli interventi) e da un'organizzazione capillare e ramificata del servizio⁴¹. La propensione del settore sanitario al pluralismo e al decentramento, e quindi alla differenziazione nell'organizzazione del servizio⁴², non comporta necessariamente una disuguaglianza nei livelli di godimento del diritto alla salute. Tale rilievo è legato al fatto che le dicotomie “unità-autonomia” e

³⁹ Si legga R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute, op. cit.*, pp. 3 ss.

⁴⁰ Corte cost., 16 luglio 1999, n. 309; 17 luglio 1998, n. 267; 26 maggio 1998, n. 185. Si legga D. MORANA, *I diritti, op. cit.*, p. 4.

⁴¹ Si leggano i numerosi contributi raccolti in R. Balduzzi (a cura di), *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, cit.

⁴² A. POGGI, *Diritti, op. cit.*, p. 603, evidenzia come «la scissione delle competenze tra Stato e Regioni [in materia sanitaria] ha definitivamente spezzato l'uniformità organizzativa precedente».

“uniformità-differenziazione” solo in parte possono essere sovrapposte: il decentramento conseguente all’esercizio dell’autonomia non implica sempre una differenziazione⁴³.

Bisogna, dunque, considerare in termini dinamici il rapporto tra decentramento, differenziazione e garanzia dell’uguaglianza nel godimento dei diritti, potendo queste dimensioni non solo convivere, ma anzi condizionarsi reciprocamente.

Nel settore sanitario possiamo registrare difatti numerosi spazi di differenziazione sia sul piano delle prestazioni che su quello dell’organizzazione⁴⁴.

In primo luogo, un margine di differenziazione emerge dalla facoltà riconosciuta alle regioni di determinare e finanziare livelli “superiori a quelli uniformi” di assistenza⁴⁵, e ai comuni livelli “aggiuntivi” di assistenza⁴⁶.

In secondo luogo, forme di differenziazione possono scaturire dall’istituzione di «fondi integrativi finalizzati a potenziare l’erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza», potendo questi fondi garantire sia «prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati» sia «prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell’assistito»⁴⁷.

In terzo luogo, possiamo cogliere un’attenuazione dell’uniformità nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che, sostituendosi integralmente al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, ha ridefinito i livelli essenziali di assistenza. Questo atto, a differenza del precedente, sembra privilegiare la “descrizione” delle prestazioni rispetto all’individuazione puntuale ed “uniforme” delle stesse attraverso elenchi, nomenclatori, registri (a cui si rimanda nel caso dei dispositivi medici, dell’assistenza protesica, dell’assistenza farmaceutica). Si è preferito “definire” e

⁴³ Si legga E. CARLONI, *Lo Stato differenziato. Contributo allo studio dei principi di uniformità e differenziazione*, Torino, 2004.

⁴⁴ Per una più ampia analisi ci sia consentito rinviare a V. ANTONELLI – E. GRIGLIO, *Tutela della salute*, in L. VANDELLI – F. BASSANINI (a cura di), *Il federalismo*, op. cit., pp. 35 e ss.

⁴⁵ E. BALBONI, *Il concetto*, op. cit., p. 1110, chiarisce che il parametro dei livelli essenziali «si può anche intendere non in termini di tetto, bensì di soglia minimale, soddisfatta la quale si aprono spazi di differenziazione tra i diversi territori all’interno dello Stato. Ciascuna Regione sembrerebbe libera di offrire di più, una volta che abbia garantito il livello essenziale dei servizi». Per un’analisi delle scelte regionali si rinvia a C. TUBERTINI, *La garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nell’organizzazione del servizio sanitario*, in A. PIOGGIA – M. DUGATO – G. RACCA – S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l’aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, 2008, pp. 451- 454.

⁴⁶ Si legga A. BANCHERO, *Comuni, Regioni e livelli essenziali socio-sanitari*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità*, op. cit., pp. 41 ss.

⁴⁷ Cfr. E. PIRAS, *Fondi sanitari integrativi e livelli essenziali di assistenza nella sanità pubblica*, in *Riv. dir. banc.*, n. 6/2017, pp. 1 ss.

descrivere, con i conseguenti margini di elasticità, quale deve essere l'oggetto delle prestazioni più che indicarle specificamente.

In quarto luogo, costituisce un ambito di differenziazione regionale – conseguente alla rideterminazione degli spazi di regionalizzazione operata dal d.lgs. n. 229 del 1999 – la definizione della natura aperta o programmata del sistema regionale di offerta del servizio, e quindi l'opzione tra un modello preordinato ad enfatizzare la libera scelta dell'utente e la concorrenza tra soggetti erogatori pubblici e privati (fondato sulla presenza di una pluralità di erogatori, molti dei quali privati) ed un modello in cui l'offerta è direttamente gestita dall'amministrazione titolare del servizio (in cui l'offerta privata è ridotta al minimo e la programmazione tende a valorizzare gli erogatori pubblici).

In quinto luogo, una possibilità di differenziazione è quella conseguente all'attribuzione al legislatore regionale, ad opera delle riforme *bis* e *ter* della sanità, del potere normativo di determinare il numero, le dimensioni e il ruolo delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere.

In sesto luogo, un ulteriore elemento di differenziazione - anche in questo caso indotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999, e successivamente alimentato dalla riforma costituzionale del 2001 - è quello relativo alle modalità organizzative dell'integrazione socio-sanitaria.

Da ultimo, un inedito spazio di differenziazione potrà derivare dal ricorso da parte delle regioni alla clausola di maggior autonomia contemplata dall'art. 116, comma 3, Cost. Gli accordi preliminari sottoscritti dal governo con il Veneto, la Lombardia e l'Emilia Romagna interessano tutti la materia della salute, prevedendo “una maggiore autonomia”:

- «finalizzata a rimuovere i vincoli di spesa specifici, con particolare riguardo alle politiche di gestione del personale dipendente»,
- «in materia di determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i Medici di Medicina Generale e di accesso alle scuole di specializzazione»,
- «nell'espletamento delle funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione»,
- «in ordine alla definizione del sistema di governance delle Aziende e degli enti trasversali del Servizio Sanitario Regionale»,
- «in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi».

Più volte gli accordi nel concedere nuovi spazi di autonomia e differenziazione si preoccupano di ribadire il “rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dei vincoli di bilancio”.

Non possiamo, tuttavia, non cogliere come gli enunciati spazi di differenziazione sul piano organizzativo dei diversi sistemi sanitari regionali finiscano per incidere (almeno dal punto di vista fattuale) sull'uniformità funzionale o operativa degli stessi⁴⁸.

4. L'uniformità per via finanziaria

L'introduzione di limiti alla differenziazione organizzativa dei servizi sanitari regionali è da rinvenire da ultimo negli interventi statali volti a contenere e superare il grave disavanzo che oramai da più di un decennio condiziona il servizio sanitario in quasi metà delle regioni italiane⁴⁹. Lo strumento del piano di rientro⁵⁰ ha finito difatti per comprimere le possibilità di scelta regionale, "imponendo" modelli organizzativi ed operativi tendenzialmente uniformi⁵¹.

Come ha ripetutamente affermato la Corte costituzionale alla base dell'esercizio del potere sostitutivo si pone l'inerzia della regione nel dare attuazione a quanto concordato con il governo statale, sicché la scelta «di aderire alle intese ed agli accordi» è frutto di una autonoma determinazione regionale, e non può, dunque, «ritenersi coartata», dal momento che le regioni «potrebbero pur sempre scegliere di non addivenire alle intese in questione, facendo fronte al deficit con i propri strumenti finanziari ed organizzativi»⁵².

Per il giudice costituzionale la considerazione che l'esercizio del potere sostitutivo dell'art. 120, comma 2, Cost. è imposto dalla necessità di assicurare la tutela dell'unità economica della Repubblica, oltre che dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti un diritto fondamentale, qual è quello alla salute,

⁴⁸ R. FERRARA, *L'ordinamento*, *op. cit.*, p. 263, rileva come «il concetto stesso di uniformità delle prestazioni erogate sul territorio appare comunque fortemente relativizzato, sia perché la qualità e la quantità delle prestazioni sono rapportate al volume delle risorse finanziarie disponibili, sia perché sembra profilarsi, se si vuole di fatto, e persino oltre gli intenti del legislatore nazionale, un modello plurale di servizio sanitario nazionale, in ragione delle forti attribuzioni regionali in materia».

⁴⁹ Cfr. D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempi di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *Rivista AIC*, n. 4/2013.

⁵⁰ Il ricorso allo strumento del "piano di rientro" è stato esteso dai commi 524-534 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, anche alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e agli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura. Si legga A. NARDONE, *La distribuzione dei poteri in sanità. Le ipotesi di sostituzione del Governo nella gestione delle politiche di spesa delle regioni*, Napoli, 2009.

⁵¹ R. FERRARA, *I rapporti Stato-Regioni in materia di sanità*, in *Il libro dell'anno del diritto 2012*, *Treccani.it*, sottolinea che «se il servizio sanitario nazionale è, in realtà, la sommatoria quale risulta (in qualche misura) dalla pluralità dei singoli servizi sanitari regionali, si comprende come e perché il fondamentale intervento di regolazione dello Stato si concentri sul versante della spesa piuttosto che su quello dell'organizzazione, pur riservandosi una particolare attenzione a garantire il raggiungimento dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale». Si leggano, altresì, G. FARES, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Napoli, 2013, pp. 173 ss.; N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo promesso ed esigenze di bilancio*, in S. Mangiameli (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'unità alla Costituzione e alla sua riforma*, II, Milano, 2012, pp. 609 ss.

⁵² Corte cost., 14 gennaio 2010, n. 2.

legittima la conclusione secondo cui le funzioni amministrative del commissario, ovviamente fino all'esaurimento dei suoi compiti di attuazione del piano di rientro, devono essere poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali, senza che possa essere evocato il rischio di fare di esso l'unico soggetto cui spetti di provvedere per il superamento della situazione di emergenza sanitaria in ambito regionale⁵³. Pertanto «la semplice interferenza da parte del legislatore regionale con le funzioni del Commissario ad acta, come definite nel mandato commissariale, determina di per sé la violazione dell'art. 120, secondo comma, Cost.»⁵⁴.

Interferenza che sussiste anche in presenza di interventi non previsti nel piano di rientro che possano aggravare il disavanzo sanitario regionale⁵⁵, come «l'introduzione di livelli essenziali di assistenza aggiuntivi»⁵⁶, determinando in tal modo una «incoerenza della legislazione regionale rispetto agli obiettivi fissati dal Piano di rientro del deficit sanitario»⁵⁷ e una violazione del principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio di coordinamento della finanza pubblica⁵⁸.

Non solo. Ma le più ampie politiche nazionali di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica e di rispetto degli impegni finanziari internazionali assunti dallo stato per la riduzione complessiva del debito pubblico hanno imposto vincoli a tutte le realtà regionali sotto forma di principi di coordinamento finanziario⁵⁹.

Ciò ha indotto in quasi tutti i servizi sanitari regionali un processo di razionalizzazione organizzativa che ha portato all'accorpamento di strutture, ad una centralizzazione di attività di mera amministrazione e di supporto e al rafforzamento degli strumenti di coordinamento verticale⁶⁰.

⁵³ Corte cost., 11 marzo 2011, n. 78.

⁵⁴ Corte cost., 26 febbraio 2013, n. 28.

⁵⁵ Corte cost., 25 maggio 2012, n. 131.

⁵⁶ Si legga 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 *Regioni*, 2013, pp. 1078 ss.

⁵⁷ Corte cost., 23 febbraio 2012, n. 32.

⁵⁸ Corte Cost., 29 maggio 2013, n.104.

⁵⁹ Si leggano C. PANZERA, *Mediazione politica e immediatezza giuridica dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Regioni*, 2013, pp. 1001 ss.; N. LUPO – G. RIVOSECCHI, *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in *Regioni*, 2012, pp. 1062 ss.; I. CIOLLI, *I diritti sociali al tempo della crisi economica*, in *Costituzionalismo.it*, n. 3/2012; R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F.A. ROVERSI MONACO - C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini, 2012, pp. 88 ss.; S. FUCCI, *Un diritto nel labirinto: la salute tra livelli essenziali di assistenza e costi standard*, in *Sociologia del diritto*, n. 2/2012, pp. 69 ss.; C. PINELLI, *Livelli essenziali delle prestazioni e perequazione finanziaria*, in *Dir. soc.*, 2011, pp. 731 ss.; B. CARAVITA DI TORITTO, *Salute e federalismo fiscale*, in E. CATELANI – G. CERRINA FERONI – M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto, op. cit.*, pp. 75 ss.

⁶⁰ Così C. TUBERTINI, *Cinquant'anni, op. cit.*, p. 83. Cfr. A. PIOGGIA, *Razionalizzazione organizzativa in sanità: quali modelli*, in C. BOTTARI - F. FOGLIETTA - L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, 2013, p. 70.

Si tratta di una tendenza avvalorata dal giudice costituzionale che ripetutamente ha legittimato l'intervento statale affermando che «l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa»⁶¹. Dopo la riforma del titolo V della parte II della Costituzione secondo la Consulta l'offerta “minimale” di servizi sanitari non può essere unilateralmente imposta dallo Stato, ma deve essere concordata per alcuni aspetti con le regioni, con la conseguenza che «sia le prestazioni che le Regioni sono tenute a garantire in modo uniforme sul territorio nazionale, sia il corrispondente livello di finanziamento sono oggetto di concertazione tra lo Stato e le Regioni stesse»⁶².

Tuttavia, rimane inevaso l'interrogativo se il disavanzo sanitario regionale e la conseguente disuguaglianza nel godimento del diritto alla salute siano da imputare alla diversa regolazione ed organizzazione regionale del servizio sanitario o alla cattiva gestione da parte degli amministratori regionali e alle differenze che ancora oggi caratterizzano i diversi contesti socio-economici del Paese.

5. L'appropriatezza dei LEA quale garanzia dell'uguaglianza

Dalle suesposte considerazioni deriva che l'obiettivo dell'uniformità delle prestazioni, che non rappresenta secondo la nostra prospettiva una necessità costituzionale, debba oggi essere coniugato con le istanze di differenziazione che caratterizzano il sistema sanitario. Affinché ciò non vada a detrimento del godimento del diritto alla salute, occorre mettere al centro del sistema un fattore che consenta di conciliare gli ineludibili elementi di differenziazione del servizio con la garanzia unitaria dei livelli essenziali di assistenza sanitaria⁶³ quale contenuto del “diritto di cittadinanza” degli utenti del Servizio sanitario nazionale, espressione della più ampia “cittadinanza sociale”⁶⁴.

Sembra allora opportuno ritenere che l'uniformità debba lasciare il posto all'appropriatezza, essendo quest'ultima in grado di conciliare la differenziazione normativa ed amministrativa del Servizio sanitario

⁶¹ Corte cost., 14 giugno 2007, n. 193; 21 marzo 2007, n. 98; 27 gennaio 2005, n. 36.

⁶² Corte cost., 13 giugno 2008, n. 203; 21 marzo 2007, n. 98. Si legga A.S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Ist. Federalismo*, 2007, pp. 481 ss.

⁶³ Si leggano V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Milano, 2010, pp. 445 ss.; ID., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, Torino, 2008; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008.

⁶⁴ A. POGGI, *Diritti*, *op. cit.*, p. 605, ritiene che il tema centrale che dopo la revisione del Titolo V occorre affrontare sul terreno della salute sia costituito dall'individuazione «[del]le forme e [de]gli strumenti che assicurino la convivenza tra la libertà di differenziazione legittimata dal frazionamento del potere politico e l'esigenza di una unità fondata non più sulla cittadinanza politica, ma sulla costruzione della cittadinanza “sociale”», equilibrio che può essere garantito secondo l'Autrice dalla pari ordinazione tra i diversi livelli di governo e la dalla determinazione dei livelli essenziali.

nazionale con la necessità di garantire il godimento del diritto alla salute senza discriminazioni su base territoriale⁶⁵.

Il principio di appropriatezza che, come è noto, è entrato nell'ordinamento italiano con la legge 27 dicembre 1997, n. 449, per essere accolto nella sua pienezza con il decreto legislativo n. 229 del 1999, rappresenta oggi una dimensione cardine per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, come ribadito dall'art. 1, comma 2, del novellato decreto legislativo n. 502 del 1992, che stabilisce che «il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse».

Dunque, è lo stesso legislatore che mette il principio di appropriatezza direttamente in relazione con i livelli essenziali di assistenza sanitaria. Ciò è confermato anche dall'art. 1, comma 7, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992, che pone «a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate», e dal comma 7 che esclude «dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale; b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate; c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza».

Legame tra livelli essenziali di assistenza e principio di appropriatezza da ultimo rinsaldato dai commi 554-565 dell'art. 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Il legislatore «al fine di garantire l'efficacia e

⁶⁵ A. POGGI, *Diritti, op. cit.*, p. 608, afferma che «se infatti, il connotato della essenzialità sposta l'oggetto di riferimento “dalle strutture produttive alla domanda di salute”, nel senso che il fuoco del problema non è più costituito dalla “dotazione degli strumenti di offerta ma più specificamente del bisogno da soddisfare”, allora appare evidente che i L.E. mentre devono assicurare una adeguata allocazione della dotazione strumentale tra i diversi livelli di governo non è a tale allocazione ottimale che sono finalizzati, poiché essa è solo strumentale alla risposta al “bisogno”».

l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica» ha istituito, presso il Ministero della salute, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, commissione nominata e presieduta dal Ministro della salute e composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'Istituto superiore di sanità (ISS), uno dall'AGENAS, uno dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome⁶⁶.

In particolare, la commissione è chiamata a svolgere «una valutazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria inclusi nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza»; ad acquisire e valutare le proposte di inserimento nei livelli essenziali di assistenza di nuovi servizi, attività e prestazioni; a valutare l'impatto economico delle modifiche ai livelli essenziali di assistenza e a valutare «che l'applicazione dei LEA avvenga in tutte le regioni con lo stesso standard di qualità e includa tutte le prestazioni previste dagli specifici LEA»⁶⁷. Per curare l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e l'individuazione di condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, deve avvalersi delle valutazioni di *Health Technology Assessment* (HTA) su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi.

Sulla base di queste attività, la Commissione dovrà formulare annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA. Se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA dovrà essere effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale previa registrazione della Corte dei conti.

⁶⁶ Una prima commissione per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza era stata istituita dal comma 10 dell'articolo 4-bis del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112.

⁶⁷ La commissione provvede inoltre a valutare le richieste, provenienti da strutture del Servizio sanitario nazionale, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione, ai sensi dell'articolo 1, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Il processo di ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza avviato dal legislatore del 2015 ha portato all'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che ha dedicato particolare attenzione alla declinazione dell'appropriatezza delle prestazioni che devono essere erogate dal Servizio sanitario nazionale (non a caso il titolo dell'atto richiama espressamente il comma 7 dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992).

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 sembra, dunque, porsi in una prospettiva diversa da quella inseguita dal legislatore negli ultimi decenni e maggiormente coerente con il dettato costituzionale: quella di garantire l'effettiva uguaglianza nel godimento del diritto alla salute più che l'uniformità delle prestazioni sanitarie erogate⁶⁸.

La centralità assunta dal parametro dell'appropriatezza ha riscosso un ulteriore riconoscimento in relazione alle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario la cui realizzazione rappresenta secondo il comma 538 dell'art. 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 «un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perchè consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente». Affermazione che ha spinto il medesimo legislatore ad impegnare le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ad attivare presso tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per rilevare, tra l'altro, il «rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici» e per facilitare «l'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva». Scelta che è stata ribadita dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, recante «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie», che all'art. 1, secondo comma, ha affermato che la «sicurezza delle cure» si realizza «anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative».

L'appropriatezza è chiamata dunque ad assicurare la qualità⁶⁹ e la sicurezza delle cure. Diffusa è la convinzione che l'appropriatezza delle cure può essere misurata e può costituire la base per compiere le

⁶⁸ Cfr. M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, n. 2/2017; L. TRAMITE – R.C. MARMO – R. GIORDANA – R. PALUMBO, *I nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) tra economicità ed appropriatezza: un'analisi sperimentale*, in *MECOSAN*, n. 101/2017, pp. 51 ss.

⁶⁹ L'appropriatezza consente di ridare centralità al concetto di «qualità del servizio» ben espresso da G. PASTORI, *Autonomia*, *op. cit.*, p. 728, secondo il quale con esso si intende «l'insieme delle caratteristiche del servizio rilevanti per l'utenza e misurabili oggettivamente, quali, ad esempio, la tempestività, la puntualità, la regolarità, l'affidabilità, la disponibilità e la comprensibilità dell'informazione, la comodità, la pulizia e l'innovazione, in breve la personalizzazione del servizio».

scelte migliori sia per il singolo paziente sia per la collettività⁷⁰. Essa consente difatti di assicurare la rispondenza di una prestazione alle esigenze del paziente e alle condizioni del contesto sanitario in cui si opera⁷¹, permettendo in tal modo di trovare un punto di incontro tra le esigenze unitarie di garanzia del diritto sociale alla salute e la naturale propensione del servizio sanitario al pluralismo e al decentramento⁷². Non si tratta dunque di alimentare “disuguaglianze” anche se “sostenibili” o “accettabili”, ma al contrario di dare attuazione concreta al valore dell’uguaglianza⁷³ e di “personalizzazione del servizio”, che un autorevole studioso ha individuato come principio ispiratore del Servizio sanitario nazionale sin dalla sua prima istituzione⁷⁴.

Al contempo la stessa implica una quota di differenziazione. L’appropriatezza è, infatti, “misura” rispetto ai casi concreti: non un’appropriatezza in astratto. Ne consegue che se l’uniformità è stata intesa come garanzia in termini oggettivi ed astratti del diritto alla salute, l’appropriatezza si candida a rappresentare la garanzia in concreto del medesimo diritto⁷⁵.

Un banco di prova per la prospettiva illustrata è certamente costituito dalla possibilità di sostituire i livelli essenziali di assistenza con percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) ovvero con “macro-LEA” ogni qualvolta ci si trovi di fronte alla necessità di seguire nel tempo il paziente o quando vi è il bisogno di forte interazione tra i diversi operatori del Servizio sanitario nazionale. Si tratta di una prospettiva che sposta sul risultato del percorso e sull’esito delle cure la preoccupazione definitoria e valutativa e rispetto alla quale non risulta adeguato il ricorso al criterio dell’uniformità: se l’uniformità si presta a caratterizzare la singola e semplice prestazione la stessa non appare idonea a “orientare” l’individuazione e la valutazione dell’insieme delle prestazioni erogate in un determinato arco temporale nell’ambito di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale. La pur necessaria definizione unitaria così come la valutazione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale dovranno tener conto delle

⁷⁰ Cfr. F. GIGLIONI, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle Regioni*, in *Gior. dir. amm.*, 2015, pp. 529 ss.

⁷¹ Come sottolinea M. LUCIANI, *I livelli*, *op. cit.*, p. 26, «il concetto di livello “essenziale” è relativo, nel senso che l’essenzialità di una certa prestazione dipende da due fattori: dalla condizione soggettiva del beneficiario; dalla condizione della generalità o della media degli altri cittadini, alla quale quella del singolo deve essere raffrontata».

⁷² Secondo B. PEZZINI, *Diritto*, *op. cit.*, p. 108, «la sanità costituisce un sistema organizzato che procede attraverso procedure di standardizzazione che sono in grado di valere in contesti molto differenziati ed estesi: la standardizzazione può essere considerata razionale nella misura in cui vale per tutti, soddisfacendo contemporaneamente l’individuo e la collettività: incontra quindi il limite dell’individualità».

⁷³ Cfr. V. MOLASCHI, *Le disuguaglianze sostenibili*, in AA.VV., *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, Torino, 2006, p. 35.

⁷⁴ G. Pastori, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, cit., 811.

⁷⁵ C. TUBERTINI, *La garanzia*, *op. cit.*, p. 453, sottolinea che «l’esistenza di differenziazioni costituisce un elemento implicito del sistema: anzi, rappresenta [...] un’opportunità di recuperare un approccio più “individuale” nella risposta ai bisogni di salute della collettività».

variabili economiche, organizzative e gestionali rilevanti a livello locale: in tal caso la “misura” non potrà che essere l’appropriatezza.

Assistiamo, in conclusione, al passaggio dai livelli di assistenza “essenziali ed uniformi” ai livelli di assistenza “essenziali ed appropriati”⁷⁶.

⁷⁶ L. CUOCOLO, *I livelli essenziali delle prestazioni. Spunti ricostruttivi ed esigenze di attuazione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità, op. cit.*, p. 79, ritiene che l’appropriatezza sia un predicato delle prestazioni e non dei livelli essenziali. L’Autore tuttavia chiarisce che «una netta distinzione tra livelli essenziali e prestazioni che li sostanziano è piuttosto agevole a livello teorico ma rischia di risultare evanescente nell’applicazione pratica (e questo proprio in considerazione della determinazione *evidence based* delle prestazioni)». Sulla distinzione tra livelli essenziali e prestazioni si leggano S. PAJNO, *Le “zone a burocrazia zero” tra principio di sussidiarietà, motivazione della legge e livelli essenziali delle prestazioni. Traendo spunto dalla sent. n. 232 del 2011*, in *Federalismi.it*, 2011; C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, 2009, pp. 77 ss.; L. CUOCOLO, *La tutela, op. cit.*, 116 ss.; 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 *Regioni*, 2002, pp. 1450 ss.; D. MORANA, *Diritto alla salute e livelli essenziali delle prestazioni al vaglio della Corte costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità, op. cit.*, pp. 281 ss.; ID., *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza 282/2002 della Corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, 2002, pp. 2034 ss.