

*DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE
Corso di Laurea in Governo e Politiche
Cattedra di Diritto Sanitario*

**IL REGIME DELL'AUTORIZZAZIONE E
DELL'ACCREDITAMENTO NEI SISTEMI
SANITARI REGIONALI IN PIANO DI RIENTRO:
IL CASO DELLA REGIONE CALABRIA**

RELATORE

Prof. Vincenzo Antonelli

CANDIDATA

Raffaella Mancuso

Matricola 626382

CORRELATORE

Prof.ssa Donatella Morana

ANNO ACCADEMICO
2015/2016

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO I

L'EVOLUZIONE DEL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO IN SANITA'

- 1.1** Le origini del rapporto pubblico-privato
 - 1.1.1 Il diritto alla salute prima dell'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
 - 1.1.2 L'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
 - 1.1.3 Il Sistema delle 3A
- 1.2** Il regime autorizzatorio
- 1.3** Il modello convenzionale
- 1.4** Il superamento del modello convenzionale
- 1.5** L'istituto dell'accreditamento
 - 1.5.1 La Riforma Bindi
 - 1.5.2 Natura giuridica dell'accreditamento
- 1.6** Gli accordi
- 1.7** Lo sviluppo del rapporto tra pubblico e privato

CAPITOLO II

L'ACCREDITAMENTO NEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

2.1 Le differenze regionali in materia di accreditamento

2.2 Le competenze regionali

2.3 I diversi modelli di accreditamento

2.3.1 Il caso della Lombardia

2.3.2 Il caso delle Marche

2.3.3 Il caso della Campania

2.3.4 Alcune indicazioni ricavabili dal quadro regionale

2.4 La proposta dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

2.5 La scelta tra pubblico e privato

2.6 I limiti esistenti nel rapporto pubblico-privato

2.7 Il parere dell'Autorità Garante della concorrenza e del mercato

CAPITOLO III

LA DISCIPLINA E IL FUNZIONAMENTO DEI PIANI DI RIENTRO

3.1 Il quadro normativo

3.1.1 Il legame con la Legge n.42/2009

3.1.2 Dalla Legge Finanziaria per il 2010 al Patto per la Salute
2014-2016

3.2 Gli obiettivi del Piano di Rientro

3.3 Il ruolo del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza
Sanitaria

3.3.1 Il monitoraggio formale

- 3.3.2 Il monitoraggio sostanziale
- 3.4 Il commissariamento delle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro
- 3.5 L'accREDITAMENTO e i Piani di Rientro

CAPITOLO IV

IL COMPLESSO CASO DELLA REGIONE CALABRIA

- 4.1 Il sistema sanitario della Regione Calabria
 - 4.1.1 Il Piano Regionale per la Salute 2004-2006
 - 4.1.2 Il percorso che ha portato all'adozione del Piano di Rientro
- 4.2 Il mandato commissariale e i suoi limiti
- 4.3 La programmazione sanitaria
- 4.4 Il blocco delle autorizzazioni e degli accreditamenti
- 4.5 La posizione della Corte di Giustizia europea
- 4.6 Prospettive di riforma

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

Le pubbliche amministrazioni, nel Nostro Paese, non sono configurabili come modelli di efficienza ed efficacia.

Il Servizio Sanitario Nazionale, in generale, e quello Regionale in particolare, oltre a possedere una serie di lacune, e di notevoli differenze territoriali, gode di forti mancanze sia per ciò che riguarda la qualità dell'offerta delle prestazioni sia per l'incapacità dei governi di gestire i bilanci sanitari.

La sanità italiana, infatti risulta fortemente invasa dall'interferenza delle politiche di gestione dei servizi, gestione che invece dovrebbe appartenere esclusivamente ai manager sanitari, rispettando la distinzione costituzionale che sussiste tra le responsabilità proprie della politica e quelle autonome della dirigenza¹.

Tuttavia, il quadro normativo che si è venuto a delineare dopo l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, ha sicuramente inciso sulla capacità di rispondere positivamente ai bisogni dei cittadini, costantemente in crescita.

Inoltre, con l'evolversi di un sistema, definito condiviso, sono entrati in gioco numerosi attori, tra cui il Governo, le Regioni, le Aziende Ospedaliere (AO) e Universitarie (AOU), nonché gli erogatori privati, i medici e le imprese farmaceutiche, volti a definire nuovi modelli organizzativi e di produzione di servizi.

L'oggetto di questo lavoro si limita ad analizzare il rapporto tra erogatori di prestazioni pubblici e privati, non soltanto dal punto di vista storico e

¹ F. BASSANINI, *“La sanità in Italia. Organizzazione, Governo, Regolazione e Mercato”*, in Quaderni di Astrid, Il Mulino, 2010, Bologna, p. 9.

attraverso un'analisi diacronica del suo sviluppo, ma osservando e analizzando anche le differenze esistenti in ogni realtà territoriale, con un approfondimento verso quelle Regioni che sono caratterizzate da gravi deficit finanziari e che le obbligano a stipulare Accordi con il Governo centrale al fine di essere sottoposte ai c.d. Piani di Rientro.

L'art.32 della Costituzione recita *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce le cure agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

In prima approssimazione, tale diritto fa venire in rilievo un profilo di libertà, cioè efficace *erga omnes* ed in cui si prevede l'astensione altrui da comportamenti lesivi della sfera della salute individuale.

Pertanto la libertà consiste nella facoltà del soggetto di decidere come godere del proprio stato di salute.

Il medesimo diritto si configura come un diritto a prestazioni dove vi è la pretesa dell'individuo a ricevere le prestazioni sanitarie, pretesa che per i soli soggetti “indigenti” si qualifica in modo gratuito.

L'indigenza non deve essere intesa soltanto come limite del reddito o come grave condizione economica che impedisce di fronteggiare le spese delle cure, ma dipende anche e soprattutto dal riconoscimento delle patologie per le quali il soggetto indigente ha diritto alle cure gratuite².

² D. MORANA, *“La salute come diritto costituzionale”*, II Ed., Giappichelli, Torino, 2015, pp. 1-3.

Il carattere prestazionale del diritto alla salute non può non considerare il pluralismo istituzionale presente all'interno dello Stato e nemmeno l'organizzazione estesa e dettagliata del servizio³.

Tuttavia, l'effettivo riconoscimento dell'art.32 si ha dopo circa un ventennio dall'entrata in vigore della Carta Costituzionale del 1 Gennaio 1948: più precisamente con l'emanazione della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale del 1978 n. 833. Il motivo principale di tale ritardo risiede nella concezione ottocentesca di salute individuale esistente in Italia, intendendola come assenza di malattie e dove lo Stato si limitava a svolgere funzioni di Polizia Sanitaria, ad evitare quindi la diffusione di malattie contagiose ed epidemiche; intendendo per Stato il Ministero dell'Interno, poiché bisognerà attendere il 1958 per l'istituzione di quello della Salute.

A sostegno di tale concezione erano presenti due modelli: il primo, quello dell'assicurazione volontaria in cui i singoli cittadini potevano liberamente scegliere se assicurarsi o meno contro i rischi di malattia e dove l'assicuratore era direttamente lo Stato; il secondo, quello dell'assicurazione sociale di malattia (1943-1978) dove alcune categorie di lavoratori venivano obbligate per legge a contribuire a uno schema di copertura sanitaria, dove l'assicuratore non coincideva con lo Stato ma vi erano una pluralità di casse di malattia, cioè organizzazioni senza fini di lucro che raccoglievano i contributi dei lavoratori su base categoriale o territoriale⁴.

³ V. ANTONELLI, *"Tutela della salute"*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, L. Vandelli e F. Bassanini (a cura di), Il Mulino, Bologna, 2012, p. 35.

⁴ F. TOTH, *"La Sanità in Italia"*, Il Mulino, Bologna, 2014, pp. 11-13.

Con il SSN, viene definitivamente abbandonata la concezione *patrimonialistica* della salute, dove il cittadino veniva ad essere considerato solo come un lavoratore, che doveva pertanto concorrere alla produttività del Paese.

Infatti esso presenta caratteristiche molto diverse rispetto ai precedenti modelli: il finanziamento deriva dal gettito fiscale e dunque è posto complessivamente a carico della collettività e non più del singolo cittadino; l'assistenza sanitaria viene garantita a tutti i cittadini, e perciò si caratterizza come "servizio universale"; esso dispone di proprie strutture ospedaliere e ambulatoriali per fornire direttamente una vasta gamma di prestazioni sanitarie.

L'art.32 Cost., inoltre, non prevede che i soggetti erogatori delle prestazioni debbano necessariamente essere pubblici, ma lascia la possibilità ai soggetti privati di poter intervenire nell'attività assistenziale, ponendo in essere un sistema "*misto*" pubblico-privato, come quello attualmente esistente.

Peraltro, i sistemi sanitari regionali differiscono tra di loro per quanto concerne il maggiore o minore coinvolgimento dei fornitori privati.

Le aziende sanitarie possono infatti decidere se erogare determinate prestazioni attraverso personale e strutture appartenenti al servizio pubblico oppure acquisirle mediante fornitori privati accreditati.

Inoltre, viene lasciata al cittadino la libera scelta del medico e delle cure, che non solo gli consente la scelta tra una struttura pubblica e una struttura privata accreditata con oneri a carico del SSN, ma anche di scegliere una struttura privata semplicemente autorizzata a erogare prestazioni sanitarie in regime privato, senza oneri a carico del SSN, ma

a spese proprie del cittadino, laddove costui ne abbia la possibilità economica.

Oltre ad analizzare gli aspetti propri del diritto alla salute con riferimento al rapporto pubblico-privato, verranno indicati gli elementi che fanno comprendere come tale rapporto si esplica nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

Più di preciso, oltre al meccanismo di funzionamento dei Piani di Rientro verrà spiegato come il rapporto tra erogatori pubblici e privati incide su realtà territoriali caratterizzate da forti deficit finanziari. Infine, verrà approfondito il caso della Regione Calabria, in cui sussistono forti difficoltà, inadempienze e ritardi nell'attuazione delle normative statali.

CAPITOLO I

L'evoluzione del rapporto pubblico-privato in sanità

1.1 Le origini del rapporto pubblico-privato

L'iniziativa privata all'interno del settore sanitario risale alle attività di beneficenza. Esse si concentravano principalmente nell'erogazione di prestazioni verso il soccorso dei pellegrini, verso la cura degli infermi e dei poveri, ed inoltre verso l'assistenza dei soldati dell'esercito, in cui operavano ordini religiosi a carattere militare come l'Ordine dei Cavalieri di Malta⁵.

Le composizioni delle strutture che erogavano prestazioni potevano appartenere sia ad ordini religiosi, sia a soggetti di natura laica.

Ad ogni modo, sia in un caso che nell'altro, risultavano di difficile inquadramento giuridico, poiché di base esercitavano attività pubbliche, ma formalmente risultavano private.

Per di più, i poteri pubblici di quel periodo erano molto arretrati, nel senso che non era presente una struttura che regolasse le funzioni, e pertanto erano i soggetti privati coloro che garantivano l'erogazione delle prestazioni per il raggiungimento, seppur minimo, di condizioni di benessere⁶.

⁵ E. NASALLI ROCCA, *“Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici”*, Milano, 1956, p. 2.

⁶ M. CONTICELLI, *“Privato e pubblico nel servizio sanitario”*, Giuffrè, Milano, 2012, p. 24.

Tuttavia, tra il settore pubblico e quello privato risiedevano una serie di elementi che li associavano: tra questi vanno ricordati che, il settore pubblico non considerava la salute come un diritto sociale, e quindi al fine di mantenere la salute collettiva si perseguivano scopi di ordine pubblico, non essendo presente la volontà dei pubblici poteri di creare una disciplina organica che andasse a regolare gli enti, ottimizzandone le risorse e razionalizzandone le funzioni⁷.

Ciò che venne delineandosi fu un sistema basato principalmente sulla beneficenza, in cui ci si conformava alle attività dei privati⁸.

Quindi, l'assistenza pubblica si configurava come integrativa rispetto a quella privata, e ne esercitava su quest'ultima un controllo contabile e patrimoniale, ponendo in essere forme di ingerenza mediante l'utilizzo pubblicistico di patrimoni privati⁹.

L'intervento pubblico si intensificava con l'emanazione di una serie di normative, prima tra tutte la legge che sottoponeva le opere pie ad una regolamentazione di tipo organico, ponendo l'obbligo di compilare bilanci, statuti e registri al fine di identificarne il patrimonio¹⁰; nel 1890, invece, a tutti gli enti veniva riconosciuto per la prima volta un inquadramento giuridico con il quale si ebbe una regolazione di tutte le opere pie, si procedette all'estinzione di quelle a carattere effimero o per la loro eventuale trasformazione si optò per una decisione del prefetto (ai

⁷ G. B. CERESETO, *"Sanità pubblica (interna, marittima, militare)"*, in *Digesto.it*, Torino, 1891, p. 309.

⁸ V. BRONDI, *"La beneficenza legale"*, in *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, Milano, 1905, p. 258.

⁹ R. IANNOTTA, *"Rapporti fra ospedale e unità sanitaria locale"*, in *Le unità sanitarie locali. Profili strutturali e funzionali nel quadro della riforma sanitaria*, 1977, pp. 137-138.

¹⁰ Legge del 3 Agosto 1862, n. 753, c.d. Legge Rattazzi.

sensi dell'art.61) e per la costituzione di nuove Ipab era necessario un regio decreto (ai sensi dell'art.51)¹¹.

Nonostante gli interventi citati, la presenza pubblica all'interno del settore sanitario non era del tutto completa, probabilmente perché il legislatore non dettava regolarmente normative in materia, ma lo faceva in modo discontinuo e saltuario.

Quello che non venne compreso dal settore pubblico fu che la salute del singolo non veniva presa in considerazione come al centro del sistema, infatti venne ritenuta propedeutica al conseguimento di una salute sociale¹².

Anche nel 1888, con l'emanazione di un testo legislativo basato sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, quest'ultima venne reputata non come possibilità di ottimizzare e migliorare le condizioni dell'individuo, ma bensì come funzione di polizia¹³.

L'attività connessa al concetto di salute pubblica venne affidata al Ministero dell'Interno¹⁴, il quale possedeva compiti relativi alla salvaguardia dell'ordine pubblico e all'igiene e per tutte le altre finalità di vigilanza essa venne gestita dai prefetti, dai sottoprefetti e dai sindaci¹⁵.

Con l'inserimento dei comuni all'interno dell'articolazione del settore sanitario, notevole importanza rivestiva il medico condotto che, rappresentando il governo sul territorio, esercitava funzioni di igiene in

¹¹ Legge del 17 Luglio 1890, n. 6972, c.d. Legge Crispi.

¹² S. LESSONA, *“Trattato di diritto sanitario”*, Torino, 1914, p. 5.

¹³ Legge del 22 Dicembre 1888, n. 5849, *“Legge per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica”*.

¹⁴ Legge del 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C.

¹⁵ G. MARONGIU, *“La istituzione del Ministero della Sanità, in Riv. trim. dir. Pubbl., 1958, p. 952.*

qualità di ufficiale sanitario comunale soprattutto per le malattie infettive e di cura nei confronti di quei soggetti malati poveri inseriti in una lista comunale stilata annualmente¹⁶.

Durante la fine del 1800 si avviò un processo di assoluta novità, nel quale il legislatore inserì una serie di leggi collegate alle attività economiche assicurative, inserendovi sia assicurazioni pubbliche come gli infortuni degli operai sul posto di lavoro sia regolando le organizzazioni private come le società di mutuo soccorso.

Ma, la salute del singolo lavoratore che aveva inizialmente trovato riconoscimento con le forme previdenziali pocanzi descritte, si realizzò totalmente con la Carta del Lavoro¹⁷. Con il testo unico delle leggi sanitarie¹⁸ venne sancito l'obbligo per gli ospedali di fornire cure gratuite ai meno abbienti, richiedendo in un secondo momento il rimborso al comune di residenza del malato; con la c.d. Legge Petragliani, invece era prevista la convenzione tra comuni e amministrazioni ospedaliere e tra comuni e istituzioni di assistenza pubbliche e private¹⁹. Il sistema previdenziale, venutosi a creare aprì la strada ad una nuova concezione del rapporto tra pubblico e privato: infatti, erano i cittadini intesi come lavoratori ad essere al centro della società. Come affermò la dottrina, il motivo per cui la salute divenne di pubblico interesse fu perché il datore di lavoro ne traeva beneficio, nel senso che dall'assistenza sanitaria egli riceveva una cospicua entrata di capitali²⁰. Ciò che ne conseguì fu che il sistema assicurativo non

¹⁶ C. PAGANI, *Condotta medica*, in *Digesto.it*, Torino, 1896, p. 670.

¹⁷ Documento varato il 21 Aprile 1927, dove viene espressa l'etica del corporativismo, l'etica del sindacalismo fascista e la politica economica fascista.

¹⁸ Regio decreto del 27 Luglio 1934 n. 1265.

¹⁹ Si veda l'art.11 del Regio decreto del 30 Settembre 1938, n. 1631.

²⁰ L. LATTES, *Le provvidenze sanitarie per i lavoratori*, Modena, 1930, p. 20.

considerava la salute come un diritto, e la maggior parte delle volte la tutela era solo per gli assicurati attivi, cioè soltanto per il lavoratore e non per i suoi familiari. Questa disomogeneità di trattamento non era, tra l'altro, una peculiarità del sistema italiano; ma, in Inghilterra con la diffusione del c.d. Rapporto Beveridge si voleva conferire un approccio di tipo universalistico a tutti i settori appartenenti al sociale. La circolazione di questo documento consentì la ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera, nella quale si optò da un lato, per il convenzionamento tra le mutue, e tra opere pie e medici professionisti, dall'altro²¹. Il sistema appena descritto, seppure sembrava aprisse uno spiraglio per superare la beneficenza e far sì che si instaurasse un contributo pubblico, tuttavia continuava a riguardare solamente i lavoratori assicurati, mentre la restante popolazione si affidava alla carità privata.

1.1.1 Il diritto alla salute prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Nel 1948, con l'entrata in vigore della Costituzione la salute venne riconosciuta come diritto, ma soprattutto dà il diritto agli indigenti di ricevere cure gratuite²². Gli elementi che cambiarono rispetto al modello precedente erano principalmente due: il primo, prevedeva che oltre ad intendere il concetto di salute come legato alla sicurezza e all'igiene assumeva importanza anche la prestazione erogata; il secondo, invece

²¹ P. FANFANI, *“Il rapporto convenzionale nel sistema del servizio sanitario nazionale”*, Padova, 1983.

²² A tal proposito, art. 32 Costituzione.

riconosceva la salute del singolo come diritto fondamentale e come interesse pubblico²³. In merito al riconoscimento del diritto alla salute, numerose sono state le opinioni espresse dalla dottrina. C'era chi sosteneva che, insieme allo Stato, nel garantire e tutelare il diritto alla salute come previsto all'art.32, vi fosse anche la presenza di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie riconosciuti all'art.41 Cost. secondo l'attività economica privata²⁴. Inoltre, vi erano diverse opinioni che consideravano politica la scelta del legislatore, prevedendo un intervento oltre che diretto anche indiretto e contestualmente riconoscevano un controllo pubblico maggiore rispetto allo spazio lasciato all'iniziativa privata²⁵. C'erano invece opinioni che sostenevano la pienezza del diritto alla salute riconosciuto all'art.32, intendendolo come una garanzia assicurabile solo ed esclusivamente dallo Stato, poiché i mezzi e le risorse dei privati risultavano insufficienti²⁶. Sebbene la stesura dell'art.32 abbia lasciato spazio a numerose interpretazioni, vi furono alcuni profili che risultavano comuni: in primo luogo, la tutela della salute non riconosceva l'esclusività dell'attività assistenziale ai soggetti privati (come era stato fino a quel momento) e, in secondo luogo, non veniva specificamente indicato un modello da seguire circa l'alternativa esistente tra pubblico e privato. Perciò ne conseguì che l'erogazione delle prestazioni potesse avvenire adottando un sistema che prevedeva la compartecipazione di soggetti sia pubblici sia privati. Un profilo che

²³ F. TARONI, *“Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica”*, Roma, 2011.

²⁴ C. BOTTARI, *“Tutela della salute ed organizzazione sanitaria”*, Torino, 2011, pp. 92-93.

²⁵ B. PEZZINI, *“Principi costituzionali e politica della sanità”*, in *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1988, pp. 10-11.

²⁶ S. LESSONA, *“La tutela della salute pubblica”*, in *Commentario alla Costituzione italiana*, Firenze, 1950, pp. 330 ss.

risiedeva nel nuovo articolo della Costituzione, ma che non veniva espressamente indicato, era sicuramente la posizione del cittadino che godeva della libertà di scegliere dove farsi curare. A tal proposito la giurisprudenza costituzionale si era espressa, affermando che *“Non esiste un principio costituzionale che garantisca la astratta libertà di scelta tra medicina privata e strutture sanitarie pubbliche. L’istituzione del servizio sanitario nazionale è finalizzata a rendere effettivo e regolato l’esercizio del diritto fondamentale alla salute a spese dell’intera collettività nazionale, ivi compreso l’utente, a favore del quale se ne individualizzano le prestazioni. Dalla legge non si distingue tra cittadini a seconda delle condizioni economico-sociali, essendo anzi essi posti in piena posizione di parità rispetto al servizio pubblico o privato convenzionato offerto. Se, nel fatto, taluno ritenga di preferire il libero mercato delle prestazioni sanitarie private, ciò tocca un profilo estraneo alla previsione legale e da questa in alcun modo condizionato”*²⁷. In seguito all’entrata in vigore della Costituzione, quindi, si iniziava ad estendere la tutela assicurativa anche ai lavoratori non attivi e ci si rese conto come fosse necessaria una revisione dell’apparato organizzativo, rimandando così le funzioni sanitarie al Ministero della Salute²⁸. In esso confluivano anche le materie di igiene e di profilassi, ma in modo limitato poiché il legislatore aveva previsto che il controllo dovesse essere effettuato esclusivamente dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale²⁹. In tal modo, la tutela della salute era affidata all’amministrazione centrale e quindi alla politica, diventando

²⁷ Corte Costituzionale del 15 Maggio 1987, n. 173.

²⁸ Istituito con la legge del 13 Febbraio 1958, n. 296.

²⁹ Si veda F. TARONI, *“Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica”*, cit., p. 75.

gli uffici sanitari organi di amministrazione attiva, sia con il Ministero (inteso come organo centrale), sia con il medico provinciale e con l'ufficiale sanitario (intesi come organi periferici)³⁰. Per ciò che atteneva il rapporto tra pubblico e privato, ha rivestito particolare importanza la c.d Legge Mariotti³¹, la quale trasformò gli ospedali pubblici in enti pubblici dotati di autonomia, e affermò inoltre che *“Gli ospedali sono istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza e gli altri enti pubblici si occupano esclusivamente del ricovero e della cura degli infermi”*³². La pubblicazione di tale testo legislativo fece comprendere come gli ospedali si separarono dalle opere pie e dalle mutue generando un sistema in cui pubblico e privato si potevano affiancare senza sovrapporsi, ma anche come veniva creata un'organizzazione nella quale soggetti sia pubblici sia privati potevano erogare prestazioni, purché fossero sottoposti al controllo della regione. Il ruolo della regione assunse un profilo importante per il superamento delle casse mutue e l'instaurazione del Servizio Sanitario Nazionale, perché, mediante la pubblicazione di decreti³³ che imponevano determinate funzioni alle regioni, si iniziarono a mettere da parte le casse mutue, le quali fino a quel momento godevano di un potere politico molto forte ed erano capaci di condizionare le scelte politiche in materia sanitaria³⁴.

³⁰ V. BACHELET, *“L'attività tecnica della pubblica amministrazione”*, Milano, 1967, pp. 70 ss.

³¹ Legge del 12 Febbraio del 1968 n. 132, *“Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera”*.

³² Si veda a tal proposito, l'art.3 della legge n. 132/1968.

³³ Decreto legge dell'8 Luglio 1974, convertito in legge il 17 Agosto 1974, n. 386, *“Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria”*, c.d. Legge Ponte.

³⁴ F. TARONI, *“Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica”*, cit., p. 80.

1.1.2 L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Con la Legge n.833 del 1978 il quadro dell'assistenza sanitaria mutò profondamente: infatti, venne riconosciuto il carattere pubblico del servizio sanitario e l'organizzazione di esso si configurò come servizio nazionale³⁵.

La nascita del Servizio Sanitario Nazionale ha rappresentato, per il nostro ordinamento, il momento in cui è avvenuta “l'unificazione e l'universalizzazione delle politiche sanitarie”³⁶

A livello generale le novità apportate risiedettero principalmente nella revisione degli interventi di cura e nella riabilitazione nonché nella prevenzione, ma anche nella concezione, ormai appurata, che alla base del diritto alla salute non vi era più il lavoratore ma bensì il cittadino.

L'amministrazione pubblica della sanità, per la prima volta, si compose di un'organizzazione che concedeva una distribuzione omogenea sul territorio del servizio sanitario, mediante la creazione di unità sanitarie locali che rispondevano delle proprie attività e funzioni al Comune e attraverso la modifica degli enti ospedalieri in presidi³⁷.

Per ciò che atteneva la questione ancora aperta delle mutue, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si è provveduto alla liquidazione di quelle ancora esistenti e alla soppressione del sistema assicurativo, innovando il sistema con un modello nazionale di servizio pubblico accanto al quale era prevista l'iniziativa economica privata.

³⁵ M. CONTICELLI, *“Privato e pubblico nel servizio sanitario”*, cit., p. 49.

³⁶ V. ANTONELLI, *“Tutela della salute”*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, op. cit., p. 38.

³⁷ F. BASSANINI, *“Unità sanitarie locali e riforma dell'amministrazione locale”*, in *Region. Comun. Loc.*, 1977, p. 105.

Il rapporto tra pubblico e privato, quindi, si modificò radicalmente rispetto alla normativa precedente poiché non sussisteva un principio di parità tra i due enti erogatori e i soggetti privati svolgevano un ruolo secondario rispetto a quelli pubblici.

Tuttavia, sulla base dell'art. 44 della Legge 833/1978 venne indicato che *“Il piano sanitario regionale accerta la necessità di convenzionare le istituzioni private tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate”*.

Questo indica come apparteneva al potere pubblico la regolazione del rapporto tra soggetti pubblici e soggetti privati.

Tale scelta rientrò nella volontà di garantire la partecipazione di diverse categorie di fornitori ma ne conseguì l'obbligo, a carico del potere pubblico, di regolamentare l'attività privata³⁸.

La regolamentazione poteva avvenire in due modi: il primo, attraverso un provvedimento di classificazione, rilasciato a quei soggetti privati che non intendevano entrare a far parte del servizio sanitario pubblico e dovevano perciò rispettare i requisiti di sicurezza e affidabilità imposti dal pubblico potere³⁹; il secondo, invece prevedeva la stipula di una convenzione, in cui i privati accettavano l'inserimento del potere pubblico per quanto riguardava i costi, la distribuzione del territorio e la durata del provvedimento⁴⁰. Per comprendere meglio il rapporto tra pubblico e privato, vediamo come la nuova legge sancì il principio di libera scelta per il cittadino⁴¹. Infatti, la legge prevedeva che i poteri

³⁸ A. QUARANTA, *“Convenzionamento e servizio pubblico”*, in *L'ospedalità privata tra libertà d'impresa e pubblica funzione*, Rimini, 1986.

³⁹ Si vedano gli artt. 41, 43 e 44 della legge n. 833/1978.

⁴⁰ F. TRIMARCHI BANFI, *“Pubblico e privato nella sanità: autorizzazioni e convenzioni nel sistema della riforma sanitaria”*, Milano, 2000, pp. 42 ss.

⁴¹ Si veda l'art. 19, comma 2, legge n. 833/1978.

pubblici garantissero la tutela della salute dei cittadini, ma la libertà di scelta di questi ultimi era sottesa ai limiti dell'organizzazione sanitaria. Quindi, l'insieme delle risorse appartenenti al servizio pubblico costituivano il finanziamento per garantire l'erogazione delle cure: perciò il finanziamento si componeva sia di risorse provenienti dal fondo sanitario nazionale, sia da contributi donati dai datori di lavoro per le malattie dei propri dipendenti, sia dai contributi dell'Irpef⁴². Una volta costituito il bilancio, tutte le risorse venivano suddivise in ogni regione, sulla base del fabbisogno che ognuno di essa necessitava. Sulla base di quanto esposto, le opinioni dottrinali sono risultate numerose. Riportandone soltanto alcune si potrà notare come i pareri sul rapporto intercorrente tra pubblico e privato siano assolutamente discordi. Alcuni sostenevano che la riforma avesse ad oggetto la volontà di far operare pubblico e privato su un livello paritario per giungere insieme al rispetto del diritto alla salute⁴³. Altri, invece, affermavano che la componente privata era soltanto a supporto e ad integrazione del servizio pubblico perché con la convenzione si attuava un controllo su strutture nelle quali operavano i privati, ma che effettivamente le stesse strutture erano di proprietà del Servizio⁴⁴. Inoltre, c'era chi, sulla base dell'ultima opinione, non riconosceva un rapporto paritario tra le due categorie, ma semplicemente di natura sussidiaria, come sostenuto dallo stesso legislatore, il quale palesemente “preferiva” le strutture pubbliche.

⁴² G. CAZZOLA, *“La sanità liberata. Il mercato possibile per la tutela della salute”*, Bologna, 1997, pp. 25 ss.

⁴³ A. MATTIONI, *“Iniziativa pubblica e iniziativa privata nell'attuazione del servizio sanitario nazionale”*, in Convegno nazionale sulla riforma sanitaria del 21 e 22 Ottobre 1977, Fasano.

⁴⁴ G. FALCON, *“Convenzioni e accordi amministrativi. Convenzioni in materia ospedaliera”*, in Enc. Giur., Roma, 1988, p. 1.

1.1.3 Il sistema delle 3A

L'organizzazione sanitaria attuale nasce da una serie di riforme consolidate durante gli anni Novanta.

Il sistema delle 3A è stato perfezionato dalla Riforma Bindi del 1999 che ne definisce i criteri organizzativi generali e ne riconosce il funzionamento tra le organizzazioni operanti nel Servizio Sanitario Nazionale⁴⁵.

Gli anni Novanta sono stati caratterizzati da una serie di interventi legislativi che si sono conclusi con la riforma costituzionale del 2001, in cui sono state trasferite le competenze in materia sanitaria alle regioni. In realtà questi lunghi processi normativi di assestamento del settore sanitario, non hanno riguardato soltanto il nostro Paese.

Infatti le politiche restrittive dei sistemi di welfare e quelle di espansione dei mercati iniziate negli Stati Uniti con il governo Reagan e in Gran Bretagna con il governo di Margareth Thatcher, hanno coinvolto anche l'Italia, che durante gli anni Ottanta versava in una situazione di grave crisi finanziaria.

Ma nella seconda metà del Novecento si è assistito ad un cambiamento notevole, in cui le elezioni di Stati Uniti, Nuova Zelanda e Australia hanno portato all'instaurazione di governi progressisti che hanno creato un sistema di cooperazione per le politiche sanitarie, abbandonando definitivamente le rivalità esistenti precedentemente.

In Italia, entrambi i processi hanno avuto inizio dall'impulso della Gran Bretagna la quale, con il Libro Bianco della Thatcher, voleva creare un

⁴⁵ F. TARONI, *“Le 3A: autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali”*, in *Manuale di Diritto Sanitario*, a cura di R. Balduzzi e G. Carpani, il Mulino, 2013, p. 427.

mercato interno per le prestazioni sanitarie separando i soggetti acquirenti dalle organizzazioni di produzione⁴⁶.

Il periodo successivo, invece è stato caratterizzato dal manifesto politico della Terza Via, applicato alle politiche sanitarie dal governo laburista di Blair.

Quest'ultimo con le sue idee, ha avuto un potere molto significativo per le politiche sanitarie in Italia soprattutto tra il 1996 e il 2001 con i governi di centro-sinistra, le quali sono state inserite nel Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, e poi infine ufficializzate nella Riforma Bindi del 1999⁴⁷.

Tuttavia, sia la situazione istituzionale in cui si trovava l'Italia e sia il trasferimento alle regioni delle competenze in materia sanitaria portavano ad evidenziare le maggiore differenze esistenti con il sistema inglese: infatti, mentre in quest'ultimo le organizzazioni sanitarie erano delle agenzie periferiche rispetto al Ministero della Salute sulle quali esso esercitava comunque un rigido controllo, in Italia sono state le regioni, intese come soggetti indipendenti dal governo centrale e responsabili politicamente verso la loro popolazione, a dare pieno sviluppo alle riforme sanitarie.

La fase che ha portato all'elaborazione del sistema delle 3A è stata iniziata dal Ministro Elio Guzzanti, il quale con una circolare⁴⁸ ha totalmente rivisitato i provvedimenti necessari per i soggetti privati di operare in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, distinguendo tra autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali.

⁴⁶ J. LE GRAND, "Quasi-markets and social policy", in *Economy Journal*, 1991, pp. 1256-1267.

⁴⁷ F. TARONI, "Politiche Sanitarie in Italia", Roma, 2011, il Pensiero Scientifico.

⁴⁸ Circolare del 10 Maggio 1996 n. 1221.

Seppure, come si vedrà in seguito, il provvedimento di accreditamento sostituisce la precedente convenzione, egli introduce per la prima volta lo strumento contrattuale per regolare i rapporti tra committenti e produttori già accreditati, siano essi pubblici o privati⁴⁹.

1.2 Il regime autorizzatorio

Secondo una definizione classica, l'autorizzazione è l'atto con cui l'amministrazione rimuove un limite all'esercizio di un diritto soggettivo del quale è già titolare il soggetto che presenta la domanda.

Il rilascio del provvedimento prevede anche una verifica della conformità dell'attività alle norme poste a tutela dell'interesse pubblico.

In via generale, dette autorizzazioni fanno sorgere diritti soggettivi che si trovano in una posizione di costante espansione; tali diritti devono essere sottoposti ad una verifica preventiva per il rispetto dei presupposti e dei requisiti imposti dalla legge, tenendo conto della tutela dell'interesse pubblico.

Il potere conformativo che viene così a delinearsi da parte dell'amministrazione, genera una situazione vantaggiosa per il soggetto privato, il quale si trova in una posizione di interesse legittimo pretensivo, accompagnata dal diritto soggettivo già esistente⁵⁰.

La direttiva dei servizi 2006/123/CE, che in Italia è stata recepita con il decreto legislativo n.59/2010, ha definito il regime autorizzatorio come

⁴⁹ F. TARONI, *“Le 3A: autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali”*, cit., p. 434.

⁵⁰ M. CLARICH, *“Manuale di diritto amministrativo”*, Il Mulino, Bologna, p. 180.

“qualsiasi procedure che obbliga un prestatore o un destinatario a rivolgersi ad un’autorità competente allo scopo di ottenere una decisione formale o una decisione implicita relativa all’accesso ad un’attività di servizio o al suo esercizio”⁵¹.

Per quanto riguarda la materia oggetto di trattazione, già con il Regio Decreto del 1934⁵² si iniziava a costituire un sistema, seppur ancora acerbo, di autorizzazioni sanitarie. Infatti all’art.193 venne statuito che *“Nessuno può aprire o mantenere in esercizio ambulatori, case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, gabinetti di analisi per il pubblico a scopo di accertamento diagnostico, case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del prefetto, il quale la concede dopo aver sentito il parere del consiglio provinciale di sanità. L’autorizzazione predetta è concessa solo dopo che sia stata assicurata l’osservanza delle prescrizioni stabilite nella legge di pubblica sicurezza per l’apertura dei locali ove si da alloggio per mercede”*.

Con la legge del 1968⁵³, all’art.52 (Autorizzazione all’apertura di case di cura private) venne sancito che *“Chiunque intende aprire una casa di cura privata o ampliare o trasformare una casa di cura preesistente, deve inoltrare domanda al medico provinciale, indicando la speciale natura dell’attività sanitaria che in essa dovrà essere svolta, le sue attrezzature igienico-sanitarie e la dotazione dei posti-letto che si intendono istituire. Alla domanda devono essere allegati una planimetria dei locali ed un regolamento sull’ordinamento e sul*

⁵¹ Si veda art. 4 della Direttiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 Dicembre 2006, relativa ai servizi del mercato interno.

⁵² R.D. 27 Luglio 1934, n. 1265 – Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie.

⁵³ Legge 12 Febbraio 1968, n. 132 – Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera.

funzionamento della istituenda casa di cura, in cui deve essere previsto, tra l'altro, un servizio continuativo di guardia medica. Il medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, rilascia l'autorizzazione all'esercizio della casa di cura privata in base alle esigenze igienico-sanitarie ed alle altre condizioni previste dalla legge".

Nel 1978, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, è la legge regionale che deve disciplinare l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato⁵⁴.

Con l'emanazione del decreto legislativo n.502 del 1992, che segnò il passaggio ad un sistema di libera concorrenza tra i soggetti che erano legittimati ad operare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, all'art.8-ter, vennero inserite diverse novità.

Come prima cosa, con la previsione di un'autorizzazione valevole non solo per le istituzioni sanitarie, ma anche per gli esercizi professionali che solitamente sono studi medici, si affianca alla tradizionale abilitazione soggettiva del medico chirurgo, cioè il titolo accademico e l'iscrizione all'albo professionale, anche un'autorizzazione di natura oggettiva per ciò che attiene la struttura nella quale egli pone in essere la propria attività, dove accanto ai provvedimenti di autogoverno degli ordini professionali vi è una competenza istituzionale articolata, nei diversi livelli di intervento, tra Stato, Regioni e Comuni.

Inoltre, si sdoppiano i procedimenti insiti nel sistema autorizzatorio, poiché ve ne sarà uno necessario alla realizzazione di strutture, che fino ad ora non era differenziato dal normale regime che disciplina il rilascio delle concessioni edilizie, e un altro per l'esercizio delle attività.

⁵⁴ Legge 23 Dicembre 1978, n. 833 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, art. 43. Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie.

Infine, vengono introdotti requisiti per l'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie basati non solo su parametri tecnici, ma connessi a decisioni di natura discrezionale da parte della regione.

Quest'ultimo aspetto ha suscitato alcune critiche, poiché effettivamente l'autorizzazione in sé non ha alcuna possibilità di operare da sola nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale visto che sono necessari il rilascio dell'accREDITAMENTO e la stipula di accordi (che verranno successivamente analizzati); inoltre, non tutte le strutture autorizzate sono interessate ad entrare nel circuito pubblico.

Quindi, non si comprende come il rilascio dell'autorizzazione debba essere sottoposto alla verifica regionale, sulla base del fabbisogno complessivo di assistenza sanitaria e della localizzazione delle strutture presenti sul territorio.⁵⁵

In ogni caso la previsione di un'autorizzazione garantisce che le attività sanitarie si svolgano in condizioni di piena sicurezza per chiunque utilizzi strutture sanitarie sia semplici, come alcuni ambulatori medici, sia complesse, come i grandi ospedali pubblici, ma soprattutto evita il fenomeno dell'esercizio abusivo delle professioni.

Sono, quindi, presenti due tipi di autorizzazioni: l'autorizzazione all'esercizio, che costituisce il presupposto fondamentale e obbligatorio per tutte le strutture, pubbliche e private, per essere accreditate (precedentemente convenzionate) e per erogare prestazioni per conto dell'ente pubblico. Essa prevede che venga disposta una verifica, sia preliminare e poi periodica di tre o cinque anni, della struttura al fine di

⁵⁵ G. CILIONE, *“Diritto Sanitario – Profili costituzionali, legislativi e amministrativi. Ripartizione delle competenze. Organizzazione e Prestazioni. Presidi sanitari privati”*, Maggioli, 2012, Bologna, pp. 248-249.

accertare il possesso di requisiti minimi specifici previsti dalla normativa.

È la Regione, in seguito a quanto previsto dal Decreto del Presidente della Repubblica del 14 Gennaio del 1997, a definire i requisiti minimi. La loro verifica positiva dà luogo al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, relativamente all'attività per la quale è stata richiesta.

L'autorizzazione all'esercizio, potrebbe quindi essere considerata come una garanzia al di sotto della quale non sarebbe possibile esercitare un'attività sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Diversamente, è presente anche un'autorizzazione alla realizzazione che si considera necessaria per la costruzione di nuove strutture o per la modifica di strutture già esistenti.

Essa è subordinata al parere del Comune che, una volta acquisita la verifica di compatibilità da parte della Regione, provvede al rilascio del provvedimento. La valutazione da parte della Regione ha come finalità quella di agevolare l'accessibilità dei cittadini alle strutture anche in base alla loro distribuzione sul territorio, che farà prefigurare un limite, non troppo rigido, alla libera iniziativa economica al fine di moderare gli effetti induttivi dell'offerta sulla domanda⁵⁶.

⁵⁶ Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, *"L'accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari, il quadro internazionale"*, in *L'accreditamento*, 2000.

1.3 Il modello convenzionale

Il sistema previsto dalla legge n.833 del 1978 riconosceva un assetto organizzativo della materia sanitaria del tutto decentrato, in cui allo Stato spettavano la programmazione complessiva e il coordinamento e il finanziamento del sistema, alle Regioni spettavano le funzioni di programmazione, soprattutto in ambito ospedaliero, mentre ai Comuni veniva affidata la gestione delle Unità Sanitarie Locali (USL).

Proprio questi ultimi organismi, dotati di autonomia amministrativa e gestionale, potevano avvalersi mediante convenzioni di soggetti esterni o privati, per l'erogazione delle prestazioni.

La concezione prevalente di quel periodo, riconosceva al cittadino la facoltà di rivolgersi al soggetto privato solo dopo quattro giorni che il SSN non era riuscito a provvedervi.

Infatti, ai sensi della legge n.67 del 1988, le strutture sanitarie potevano stipulare convenzioni con il Sistema Sanitario Nazionale soltanto se fosse stata rilasciata l'apposita autorizzazione dalla Usl territorialmente competente e se il servizio pubblico non fosse stato in grado di soddisfare la richiesta di prestazioni specialistiche entro quattro giorni dalla presentazione.⁵⁷

Quindi, in seguito all'accertamento da parte del Piano Sanitario Regionale dell'insufficiente erogazione da parte delle strutture pubbliche, le USL avrebbero potuto stipulare apposite convenzioni⁵⁸.

⁵⁷ Art. 19 Legge 11 Marzo del 1988, n. 67, Legge Finanziaria 1988, *"Disposizioni per il bilancio annuale e pluriennale dello Stato"*

⁵⁸ A tal proposito, art.44 Legge n. 833 del 1978.

Inoltre, le istituzioni sanitarie private potevano stipulare le convenzioni soltanto se in possesso di determinati requisiti, in modo tale che le prestazioni sanitarie da erogare non fossero inferiori rispetto a quelle previste dai presidi e dalle USL⁵⁹.

Tale schema convenzionale, riconosciuto dalla legge n.833 del 1978, rifletteva un sistema amministrativo di natura autoritativa, dove cioè si delineavano dei modelli obbligatori nazionali che rispondevano a esigenze derivanti dalla programmazione nazionale.

Così, la convenzione risultava un elemento attraverso cui si voleva imporre una disciplina organizzativa utilizzando un modello pubblicistico, dove l'assistenza sanitaria era considerata come un compito totalmente affidato allo Stato, il quale attraverso le sue articolazioni, sia pubbliche che private, era tenuto a garantirla.

Secondo questo modello, la posizione del soggetto privato risultava assolutamente subordinata e sussidiaria rispetto alla rete ospedaliera pubblica: la funzione principale era, quindi, del tutto integrativa e a supporto delle USL e ciò portava ad una fortissima limitazione dei soggetti privati coinvolti, generando forti difficoltà nel rilascio di nuove convenzioni⁶⁰.

Il sistema delle convenzioni potrebbe essere concepito come un metodo che andava a disciplinare l'apporto delle strutture private come eventuale e integrativo rispetto a quello pubblico⁶¹.

⁵⁹ Si consulti l'art.43 Legge n. 833 del 1978.

⁶⁰ G. CILIONE, *"Diritto Sanitario – Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni"*, op. cit., p. 347.

⁶¹ M. DE NUCCIO, *L'accreditamento: un sistema per la qualità in piena evoluzione. La ricostruzione legislativa della normativa in materia.*

1.4 Il superamento del modello convenzionale

La grave crisi economica che toccò il nostro Paese negli anni Novanta portò all'elaborazione di un programma relativo alle privatizzazioni, che interessò soprattutto il settore della sanità.

I numerosi interventi legislativi insieme alle pronunce della Corte Costituzionale e dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, fino a prima del 1992, hanno determinato un sistema di erogazione delle prestazioni non omogeneo che non garantiva un bilanciamento stabile degli interessi degli utenti, i quali dovevano, sempre e comunque, godere di una libertà di scelta⁶².

Dal punto di vista istituzionale, sono le Regioni ad assumere un ruolo preponderante per le politiche sanitarie nazionali, mentre dal punto di vista organizzativo si assiste al processo di aziendalizzazione delle USL.

Il modello convenzionale, riconosciuto nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, riconosceva un'amministrazione sanitaria di natura autoritativa, dove l'obiettivo era quello di subordinare alla rete ospedaliera pubblica l'attività di soggetti dell'ospedalità privata; infatti, la legge n.833 del 1978 aveva previsto che le case di cura private e gli altri presidi specialistici avessero una funzione del tutto integrativa, a supporto delle Unità Sanitarie Locali.

⁶² Consiglio di Stato, Sez. V, 23 Marzo 1991, n. 343, *“Ai sensi dell’art.19, secondo comma, della legge 23 Dicembre 1978 n.833, il diritto dei cittadini alla libera scelta del medico è garantito nei limiti oggettivi dell’organizzazione dei servizi sanitari, per cui il rapporto tra l’assistito e il medico resta sempre condizionato alle preminenti esigenze funzionali dell’apparato sanitario, senza che ne derivi una lesione del diritto alla salute sancito dall’art. 32 Cost.”*.

Tale sistema, però, andava in contrasto con le regole di concorrenza che stavano via via affermandosi e perciò vi era una forte limitazione dei soggetti privati.

Il faticoso cammino, che ha portato a delineare nuovamente il rapporto tra soggetto pubblico e soggetto privato risiede nella legge delega n. 421 del 1992, la quale voleva superare il modello delle convenzioni esistenti secondo quattro principi generali, lasciando al Governo *“l’introduzione di norme volte, nell’arco del triennio, alla revisione e al superamento dell’attuale regime delle convenzioni, sulla base dei criteri di integrazione con il servizio pubblico; l’incentivazione al contenimento dei consumi sanitari; la valorizzazione del volontariato; l’acquisizione delle prestazioni da soggetti singoli o consortili, secondo principi di economicità ed efficienza, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta⁶³”*.

La presenza di questi quattro criteri superava le previsioni della legge 833 del 1978, le quali prevedevano procedure del tutto separate per il rilascio delle convenzioni sia ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali, sia ai poliambulatori specializzati⁶⁴.

Ma la delega relativa al riordino vero e proprio della sanità si ebbe dopo soli due mesi con il decreto legislativo 502 del 1992 definito “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, il quale dà luogo ad un sistema oltre che “aperto” anche “concorrenziale”: *aperto*, perché il numero di soggetti gestori corrispondeva esattamente ai presidi interni e non poteva

⁶³ Legge n. 421 del 1992, art.1 - Sanità, comma 1, lettera l.

⁶⁴ Legge n. 833 del 1978, art.48 – Personale e rapporto convenzionale.

essere previsto dal titolare del servizio, e *concorrenziale*, perché ciascuna struttura tendeva ad aumentare la qualità del servizio in modo da far accrescere la competitività, cosicché il finanziamento che spettava loro dipendeva dalla quantità delle prestazioni erogate e non dai costi di mantenimento della struttura stessa.

Il principio fondamentale su cui si basa questo nuovo sistema è proprio la libera concorrenza tra i soggetti che operano all'interno del SSN. Infatti l'art.8⁶⁵ del medesimo decreto, considera necessari gli interventi volti a modificare tutti quei rapporti, che con la legge 833 del 1978 venivano ricondotti nella categoria delle convenzioni.

Il panorama che si presentava agli inizi degli anni Novanta consisteva, quindi, nella presenza di un mercato *aperto* in cui vi era, sia ampia libertà di scelta per gli utenti e sia la liberalizzazione dell'accesso alle strutture tanto pubbliche quanto private, generando così la c.d. *concorrenza amministrata*.

Il concetto di concorrenza amministrata s'inserisce all'interno dell'organizzazione di un settore produttivo, nel senso che, da una parte è volto a limitare il ruolo dell'intervento pubblico quando esso risulta incapace di risolvere le inefficienze derivanti dalla produzione di servizi pubblici e dall'altra, corregge le insufficienze del libero mercato.

Ciò che si realizza, quindi è una dicotomia tra il soggetto pubblico (Azienda Usl), che possiede i fondi per l'acquisto dei servizi al miglior costo, e soggetto pubblico (Azienda Ospedaliera), o privato (Casa di

⁶⁵ Precedentemente alle modifiche apportate dalla legge n. 724 del 1994 (Finanziaria del 1995) e dal decreto legislativo n. 229 del 1999.

Cura), che vendono i propri servizi, autofinanziandosi con i relativi corrispettivi.⁶⁶

Il legislatore del 1992 aveva inoltre previsto che, i rapporti esistenti fino a quel momento secondo il regime convenzionale, dovessero cessare entro tre anni dall'entrata in vigore del decreto n.502; ma, a tale previsione, venne posto un ostacolo da una sentenza della Corte Costituzionale, la quale dichiarò illegittima la disposizione che attribuiva al Governo la competenza di fissare i requisiti minimi per esercitare le attività sanitarie.⁶⁷

In seguito a tale pronuncia, il legislatore dovette modificare i termini entro cui sia lo Stato sia le Regioni avrebbero dovuto adottare i provvedimenti di loro competenza.

Ma, il sistema previsto dal decreto legislativo n.502 del 1992 ha subito diverse modificazioni: infatti, già con la legge n.724 del 1994 è stata operata una sorta di parificazione tra strutture pubbliche e strutture private mediante la creazione di tariffe predeterminate.

Quello che effettivamente si verificò, fu il passaggio dalla convenzione all'accreditamento, generando una concorrenza tra strutture pubbliche e strutture private attraverso un finanziamento a tariffa.

⁶⁶ G. CILIONE, *"Diritto Sanitario – Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni"*, cit., p. 150.

⁶⁷ Corte Costituzionale, 28 Luglio 1993, n. 355.

1.5 *L'istituto dell'accreditamento*

La riorganizzazione del 1992-1994 riconosce che i rapporti tra Regioni e Usl siano fondati sul meccanismo dell'accreditamento, in cui deve essere riconosciuta l'idoneità del soggetto privato sulla base di requisiti di efficienza e qualità tecnica, nonché di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.

La Corte Costituzionale, ha affermato che l'accreditamento viene inteso come quel provvedimento volto ad iscrivere in un elenco gli utenti-assistiti che possono attingere per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, e lo considera come atto *necessario e sufficiente* per costituire il rapporto di servizio pubblico⁶⁸.

Si assiste, così, ad un forte cambiamento rispetto a quanto indicato nel decreto legislativo n.502 del 1992, poiché viene riconosciuta la possibilità ai privati di operare verso gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale, che precedentemente non era subordinata alla presenza di alcun atto normativo ed era sufficiente la sola autorizzazione. L'accreditamento costituisce la condizione necessaria per esercitare attività sanitarie "per conto" del servizio pubblico: è l'atto che conferisce alle strutture sanitarie e ai professionisti lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Ma, con l'emanazione della legge n.549 del 1995⁶⁹ prima, e con la legge n.449 del 1997⁷⁰ poi, si assiste al passaggio da un sistema definito

⁶⁸ Corte Costituzionale, 28 Luglio 1995, n. 416.

⁶⁹ Legge 28 Dicembre 1995, n. 549 - "*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*", art. 2, comma 8.

⁷⁰ Legge 27 Dicembre 1997, n. 449 - "*Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica*", art. 32, comma 8.

precedentemente aperto ad un sistema del tutto programmatico, in cui viene riformato l'assetto organizzativo mediante l'inserimento di nuovi criteri relativi sia al numero di prestazioni da erogare e di soggetti erogatori e sia attribuendo il ruolo decisionale quasi totalmente alle Regioni, limitandolo di fatto alle Usl.

Tuttavia, poco dopo un Decreto del Presidente della Repubblica⁷¹ chiarisce che l'accreditamento non sostituisce l'autorizzazione, ma costituisce un atto successivo alla valutazione; che è la Regione a dover definire i criteri per l'accreditamento e a conferire lo status di struttura sanitaria; che l'accreditamento non si configura come atto vincolato, ma come provvedimento discrezionale, poiché il suo rilascio è subordinato alla programmazione nazionale e regionale; che l'accreditamento si applica alle strutture sia pubbliche che private; e che, per poter erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale è necessaria la stipula di appositi contratti, in relazione alle indicazioni della programmazione regionale.

Quanto appena esposto, fa comprendere come la condizione di soggetto accreditato comporta solo la possibilità di erogare prestazioni *per conto* del sistema pubblico e non il diritto ad erogare prestazioni, poiché le Regioni e le Usl sono tenute a stipulare contratti con le istituzioni e i soggetti accreditati al fine di stabilire le tipologie e le quantità delle prestazioni sanitarie, sulla base degli oneri finanziari sostenibili.

⁷¹ D.P.R. 14 Gennaio 1997, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

Ma, anche questo quadro normativo ha presentato diverse criticità; infatti, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato⁷² ha esposto sia al Governo sia al Parlamento una segnalazione circa alcuni profili distorsivi riguardanti la concorrenza.

Più precisamente l'oggetto di tali segnalazioni concerne sia la limitazione dell'accesso al mercato delle prestazioni sanitarie offerte in regime di Sistema Sanitario Nazionale derivante da politiche regionali e la corrispondente limitazione della libera scelta del cittadino, sia la coincidenza all'interno delle Aziende Sanitarie Locali della duplice funzione di soggetto acquirente-pagatore di prestazioni sanitarie per conto di soggetti assistiti e di soggetto erogatore, con la conseguente possibilità di conflitti di interesse per ciò che attiene la programmazione della spesa e di concorrenza tra gli operatori.

Pertanto, i possibili rimedi secondo l'Autorità possono esprimersi nella separazione strutturale tra la figura dell'ASL come soggetto erogatore di prestazioni sanitarie e la figura dell'ASL come soggetto acquirente-pagatore di prestazioni sanitarie; inoltre, l'accreditamento deve essere utilizzato secondo criteri equi, oggettivi e trasparenti; e, infine determinare meccanismi di contenimento delle remunerazioni sulla base del fabbisogno effettivo e dell'offerta globale programmata nell'area di riferimento.

⁷² Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, *Segnalazione al Parlamento e al Governo del 26 Giugno 1998*.

1.5.1 La Riforma Bindi

Il decreto legislativo n.229 del 1999 introduce la c.d. riforma *ter* del Servizio Sanitario Nazionale e termina il procedimento di costruzione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, iniziato nel 1978.

Tale riforma ha un contenuto prevalentemente programmatico che si compone di obiettivi di efficienza e di qualità del servizio sanitario nazionale con un'attività di verifica preventiva delle professionalità e delle strutture sanitarie, nonché di monitoraggio continuo dell'attività svolta.

Esso viene considerato in un duplice aspetto: da una parte, rappresenta la formalizzazione e la messa a punto dell'assetto organizzativo delle prestazioni, vista l'incoerenza e l'instabilità del quadro delineatosi nel riordino del sistema del 1992-1993 per provvedimenti di natura secondaria e leggi finanziarie; dall'altra, si può notare come l'assetto del nuovo sistema sia poco somigliante al precedente riordino degli anni Novanta considerate le parti in cui viene totalmente ridisegnato.

Analizzando le novità apportate dal nuovo testo, si può notare come oltre ad essere confermato l'aspetto programmatico delle prestazioni, vengono introdotte le contrattazioni di volumi preventivi e predefiniti di prestazioni erogabili nell'ambito di tetti di spesa prefissati, a cui sono funzionali la disciplina dell'accreditamento, concesso sulla base del fabbisogno regionale e degli accordi contrattuali.

Pertanto la distribuzione dei compiti dei soggetti erogatori non viene più determinata dalla libera scelta del cittadino ma, dal potere di programmazione del titolare del servizio e dalle successive contrattazioni

realizzate tra quest'ultimo e i gestori, che ne delimitano l'ambito di esercizio.

Infatti, nella nuova versione del decreto legislativo 502 del 1992, all'art.8-bis comma 2, viene sancito che *“i cittadini esercitano esclusivamente la libera scelta nell'ambito dei soggetti accreditati, con i quali siano stati stipulati appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi - e non più alle prestazioni come era precedentemente - è subordinato all'apposita prescrizione compilata sul modulario del Sistema Sanitario Nazionale”*.

Tale comma conferma il principio di programmazione e la limitazione dell'offerta dei servizi che comporta necessariamente il ridimensionamento della libera scelta, la quale deve basarsi sul ragionevole bilanciamento tra le risorse disponibili e le esigenze dell'utente.

Come affermato da un'autorevole dottrina⁷³, l'originaria versione del decreto n.502 del 1992 prevedeva che la struttura accreditata fosse *ex sé* legittimata all'erogazione di prestazioni con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 1999, invece, il legislatore si è affrettato a subordinare il rimborso pubblico per le attività assicurate da soggetti privati ad una fase successiva, quella degli accordi contrattuali.

Un altro elemento importante risiede nell'abrogazione del comma 5 dell'art.8 del decreto legislativo 502 del 1992, il quale affermava che: *“L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle*

⁷³ G. CERESSETTI, *“Spending Review, Accreditamento Sanitario e proposta di legge n. 4269 del 2011: una riforma possibile per la remunerazione delle prestazioni? Spending Review, health accreditation and the new bill n. 4269 of 2011: a possible reform on the remuneration of services?”*, in *Foro amm. TAR*, fasc. 9, 2012, pag. 2987.

prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presìdi, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, e dei professionisti”.

Con tale cambiamento, si comprende come l’Usl non possiede più il ruolo istituzionale di impresa committente delle prestazioni all’esterno, ma soprattutto la titolarità del servizio di erogazione dell’assistenza sanitaria che risulta invece essere di titolarità della Regione.

Ulteriore aspetto innovativo del sopracitato decreto consiste nella scelta politica di far erogare i servizi specialistici e ospedalieri agli organismi pubblici, e più precisamente ai presidi delle aziende Usl e alle aziende ospedaliere. Tale assunto trova conferma sia nel voler rimettere al centro le istituzioni del Sistema Sanitario Nazionale, sia nel voler evitare la costituzione o la conferma in Aziende di strutture ospedaliere che costituiscono l’unico presidio ospedaliero presente nell’Azienda unità sanitaria locale⁷⁴.

Tuttavia, però, in seguito alla riforma costituzionale del Titolo V del 2001⁷⁵, l’istituzione delle Aziende ospedaliere risulta un compito esclusivo delle singole decisioni regionali.

⁷⁴ Decreto Legislativo n. 229 del 1999, art.4, comma 1-ter.

⁷⁵ Decreto Legge n. 347 del 2001, art.3.

1.5.2 La natura giuridica dell'accREDITAMENTO

La natura del rapporto di accreditamento si trova a metà strada tra concessione di servizio pubblico e abilitazione tecnica idoneativa, nell'ambito di un servizio pubblico essenziale obbediente non già a criteri di mercato, ma a criteri di servizio pubblico di erogazione di prestazioni assistenziali remunerate a tariffa a carico dell'erario.

Esso impone agli operatori privati accreditati non soltanto la semplice fornitura di servizi, ma li configura come soggetti appartenenti ad un complesso sistema pubblico-privato che devono raggiungere fini di pubblico interesse di particolare rilevanza costituzionale, come il diritto alla salute, su cui gravano obblighi di partecipazione e cooperazione nella definizione della stessa pianificazione e programmazione della spesa sanitaria⁷⁶.

Condizioni necessarie affinché venga concesso l'accREDITAMENTO sono la "rispondenza a requisiti ulteriori di qualificazione", la "funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale" e la "verifica periodica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"⁷⁷.

Essi vengono stabiliti a livello regionale sulla base di criteri generali e uniformi definiti da un atto di indirizzo e coordinamento statale.

Pertanto, ai sensi del decreto legislativo n.502 del 1992, il nuovo regime dell'accREDITAMENTO di cui agli articoli 8, 8-bis e 8-quater ha sostituito il preesistente modello convenzionale, ma non ha per nulla modificato la natura del rapporto intercorrente tra l'ente pubblico

⁷⁶ Consiglio di Stato, Sez. III, 22 Gennaio 2016, n. 207.

⁷⁷ Decreto Legislativo n. 502 del 1992, art. 8-quater, comma 1.

incaricato dell'attività sanitaria e la struttura privata, che resta sempre e comunque di natura concessoria.

La caratteristica principale risiede nel fatto che, con il nuovo testo ci si trova dinanzi a concessioni *ex lege*: ciò comporta che, l'oggetto di tali concessioni viene dettato in via generale dalla legge, seppur con rinvii integrativi a disposizioni di secondo grado o regionali.

Da qui emerge come l'accreditamento possa essere considerato sia come atto di accertamento tecnico-discrezionale, nella parte in cui viene verificato il possesso in capo al richiedente, dei requisiti ulteriori di qualificazione, e sia come un atto di discrezionalità amministrativa, nella parte in cui viene considerata la funzionalità delle strutture rispetto alle scelte di programmazione regionale, nell'ambito delle linee della programmazione nazionale⁷⁸.

La Corte Costituzionale⁷⁹ ha affermato, infatti, che *“la competenza regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento di istituzioni sanitarie private deve essere inquadrata nella più generale potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, che vincola le regioni al rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato”*.

Tuttavia, nel nostro ordinamento viene prevista anche la possibilità di concedere un accreditamento che abbia natura provvisoria, cioè per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati; in caso di verifica negativa, l'accreditamento non verrebbe concesso.

⁷⁸ C. MIRABELLI, *“Profili dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella prospettiva costituzionale”*, in *Ragiusan*, 2003, pag. 6.

⁷⁹ Corte Costituzionale, 12 Giugno 2013, n. 132.

Secondo quanto previsto dal Consiglio di Stato⁸⁰, la natura provvisoria ha l'obiettivo di garantire il mantenimento e la continuazione di quei rapporti esistenti tra l'Amministrazione e i privati già convenzionati e dell'attività già svolta precedentemente in attesa del rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo e alla stipula degli accordi contrattuali.

1.6 Gli Accordi

L'accreditamento non costituisce condizione sufficiente per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in nome e per conto del SSN, poiché è necessaria la stipula di accordi contrattuali. Più precisamente, le regioni definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati⁸¹.

Secondo quanto disposto dal comma successivo del medesimo testo legislativo, le regioni e le aziende sanitarie locali definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche attraverso intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale.

Essi fanno riferimento al fatto che le regioni debbano individuare i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti: l'individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle

⁸⁰ Consiglio di Stato, 12 Giugno 2014, n. 3020.

⁸¹ Decreto Legislativo n. 502 del 1992, art. 8-*quinquies*.

attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto; gli indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale; la determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza; i criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

Sulla base di tali criteri, le Aziende Usl, o le Regioni in base ai modelli regionali, sottoscrivono gli accordi con le strutture pubbliche e stipulano contratti con quelle private, concordando e indicando gli obiettivi di salute, il volume massimo delle prestazioni distinto per tipologia e modalità di assistenza che le strutture si impegnano ad erogare, i requisiti dell'erogazione del servizio con riguardo all'accessibilità e all'appropriatezza clinica e organizzativa nonché ai tempi di attesa e alla continuità assistenziale, gli obblighi di informazione delle strutture erogatrici necessari per assicurare il monitoraggio degli accordi e ad eseguire i controlli esterni sull'appropriatezza delle prestazioni, il corrispettivo dovuto a fronte delle attività concordate⁸².

⁸² G. CILIONE, *“Diritto Sanitario - Profili costituzionali, legislativi e amministrativi. Ripartizione delle competenze. Organizzazione e Prestazioni. Presidi sanitari privati”*, cit., p. 165.

Tuttavia, in caso di mancanza di accordi contrattuali tra l'ASL e la struttura privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale consegue la sospensione dell'accREDITAMENTO ed il rigetto della domanda diretta ad ottenere il corrispettivo di tutte le prestazioni erogate⁸³.

1.7 Lo sviluppo del rapporto tra pubblico e privato

Rispetto a quanto esposto, il rapporto tra soggetti pubblici e soggetti privati, risulta un tema non del tutto chiarito.

Infatti, il tortuoso cammino che ha portato alle norme attualmente in vigore e all'unione tra pubblico e privato, ha dovuto attraversare una serie di passaggi essenziali.

In primo luogo, furono istituti privati o comunque religiosi a garantire l'assistenza sanitaria intesa come attività di natura caritatevole; secondariamente, si assiste, dal periodo fascista al dopoguerra, ad una prima pubblicizzazione della sanità, per poi giungere all'ingresso del soggetto privato all'interno del settore.

Come si può facilmente notare, l'interesse nel concedere le cure ai malati ha sempre contraddistinto i privati, seppur appartenenti ad ordini religiosi, ancor prima dei poteri pubblici, attraverso organizzazioni, risorse finanziarie, personali e infrastrutturali⁸⁴.

Tuttavia, quando la salute diviene un obiettivo prettamente statale, le associazioni caritatevoli perdono il loro ruolo fondamentale all'interno

⁸³Legge n. 133 del 2008, art. 79 "Programmazione della spesa sanitaria", comma 2 - *quinquies*.

⁸⁴V. BRONDI, "La beneficenza legale", in *Primo Trattato Completo di Diritto Amministrativo Italiano*, Milano, p. 257.

del settore sanitario; e, neanche con il riconoscimento costituzionale⁸⁵ vennero stabilite regole riguardanti l'eventuale ingresso di attori privati nel campo sanitario.

Infatti, come affermato dalla dottrina⁸⁶, se è vero che la materia sanitaria viene assunta totalmente dallo Stato, è anche vero che la previsione costituzionale non riporta alcun riferimento ad un eventuale ingresso dei soggetti privati, ma richiede solo ed esclusivamente una gestione del servizio a carico dei pubblici poteri.

In realtà, anche con la creazione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, seppur vi è la propensione ad introdurre le strutture private all'interno della sanità pubblica, esse vengono comunque affiancate ai nuovi poteri pubblici, ovvero le aziende sanitarie locali.

La situazione inizia a mutare durante gli anni Novanta, in cui il rapporto intercorrente tra soggetti pubblici e privati inizia ad essere letto e si identifica, col passare del tempo, in una stretta collaborazione tra soggetti diversi.

La libera scelta degli utenti e la parità tra le strutture che erogano i servizi sono i principi ispiratori del decreto legislativo n.502 del 1992 e il ricorso a strutture private s'identifica come lo strumento per far accrescere l'efficienza.

A tal proposito, il parere di un giurista⁸⁷ si sofferma sulla volontà del testo normativo di voler soffermarsi sulla qualità del servizio, come meta a cui giungere indipendentemente dalla configurazione pubblica o privata del soggetto erogatore.

⁸⁶ C. CORBETTA, *"La sanità privata nell'organizzazione dei servizi sanitari"*, Rimini, 2004, p. 24.

⁸⁷ G. PASTORI, *"Sussidiarietà e diritto alla salute"*, in *Diritto pubblico*, 2002, p. 85.

Inoltre, oltre alla sostituzione della convenzione⁸⁸, vi è la volontà di equiparare i rapporti tra le strutture pubbliche e quelle private, anche perché vi è stata sia la legittimazione del carattere vincolante del provvedimento autorizzatorio, sia il riconoscimento normativo dei soggetti privati.

Sul primo aspetto si è espressa anche la Corte Costituzionale⁸⁹, la quale riconoscendo un “diritto all’accreditamento”, apre la strada ad un cospicuo numero di soggetti erogatori.

Tuttavia, la pressante urgenza di far fronte al problema del contenimento della spesa, spingono il legislatore a dover intervenire anche sul rapporto tra pubblico e privato, limitando di fatto il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione, di accreditamento e della stipula degli accordi.

Si dovette attendere la Riforma del Titolo V della Costituzione⁹⁰ per prevedere, come si vedrà nel seguente capitolo, soluzioni differenti

⁸⁸ Avvenuta con il successivo decreto legislativo n. 513 del 1993 e con la Legge n. 724 del 1994.

⁸⁹ Sentenza n. 416 del 1995, “[...] il sistema dell’accreditamento non altera, di per sé, gli equilibri attualmente esistenti, nè incide, scavalcandoli, sui poteri amministrativi regionali: infatti l’accreditamento è una operazione da parte di una autorità o istituzione (nella specie regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve, come nella fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione, altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie). Viene riconosciuto un "diritto all'accreditamento delle strutture in possesso dei requisiti di cui all'art. 8, comma 4, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni", escludendo in radice una scelta ampiamente discrezionale ed ancorando l'accreditamento al possesso di requisiti prestabiliti (strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, a tutela della qualità e della affidabilità del servizio-prestazioni, in modo uniforme a livello nazionale per strutture erogatrici), stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento emanato di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome (art. 6, comma 6, della legge n. 724 del 1994; art. 8, comma 4, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502). [...]”.

⁹⁰ Legge Costituzionale n. 3 del 2001, “Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione”.

all'interno di ciascuna realtà regionale. Ad ogni modo, gli interventi legislativi che si sono succeduti negli anni hanno avuto come obiettivo principale la depoliticizzazione del settore sanitario, ma anche la volontà di rendere maggiormente produttivo il servizio e cercare di contenere il più possibile la spesa pubblica, ormai divenuta ingovernabile. Le conclusioni che si potrebbero trarre dall'evoluzione del rapporto tra pubblico e privato sembrerebbero alquanto complesse. Le scelte normative che si sono susseguite hanno creato da un lato una condizione di uguaglianza tra pubblico e privato, ma contestualmente, dall'altro episodi di concorrenza. Ancora, ciò che potrebbe essere evidenziato è, che la natura discrezionale del provvedimento potrebbe condurre, se usata in modo alterato, e senza presupposti chiari e trasparenti, a limitare la libertà di iniziativa economica dei privati, oltre che modificare la parità e la concorrenza degli attori⁹¹. Ciò che si è effettivamente evoluto non risiede tanto nel rapporto vero e proprio intercorrente tra soggetti pubblici e privati, ma più che altro nei vantaggi che ognuno di loro può trarne: infatti, per la parte pubblica gli interessi sono stati maggiori in virtù del fatto che lo Stato assume il ruolo di erogatore dei servizi, di finanziatore e regolatore, nonché tutore, della concorrenza⁹²; per i privati, invece, l'inserimento all'interno del sistema è avvenuto soltanto grazie alle incertezze proprie del rapporto tra pubblico e privato, ma anche grazie alle insanabili questioni derivanti dalle numerose sembianze assunte dallo Stato.

⁹¹ Così come indicato dall'Agenzia Garante della Concorrenza e del Mercato, in *Prestazioni Sanitarie e Ospedaliere. Segnalazione* – AS/145, in *Boll.* N. 25/1998.

⁹² S. CASSESE, "Stato e mercato: la sanità", in *Il Governo della sanità*, Milano, 1996, p. 18.

CAPITOLO II

L'accreditamento nei sistemi sanitari regionali

2.1 Le differenze regionali in materia di accreditamento

Le differenze esistenti tra le diverse realtà regionali si consolidano con le modifiche apportate dalla riforma Costituzionale del titolo V, parte II del 2001⁹³.

In realtà, già con il decreto legislativo n. 229 del 1999 è stato dato spazio alle differenziazioni regionali: sono state proprio le regioni a rappresentare il punto centrale di funzioni fondamentali come il controllo della domanda e il governo dell'offerta, nonché la regolazione dei rapporti tra erogatori pubblici e privati e la conseguente creazione di un equilibrio finanziario⁹⁴

Infatti, questi cambiamenti hanno fatto sì che ogni regione potesse definire il proprio sistema sanitario, anche dal punto di vista della modalità di gestione, generando conseguenze su quelli che sono i ruoli della componente pubblica e di quella privata.

Infatti, l'introduzione del meccanismo dell'accreditamento nel Servizio Sanitario Nazionale, avvenuta con l'emanazione dei già citati testi normativi tra cui il decreto legislativo n. 502 del 1992, il D.P.R del 14

⁹³ D. MORANA, *"Tutela della salute"*, in *Il diritto amministrativo dopo le riforme costituzionali, parte speciale*, Milano, 2006, p. 261.

⁹⁴ V. ANTONELLI, *"Tutela della salute"*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, op. cit., p. 42.

Gennaio 1997 e il decreto legislativo n. 229 del 1999, si presenta come l'insieme dei singoli sistemi sanitari regionali.

Ogni regione ha aderito in modo diverso a tale sistema: vi sono state regioni che lo hanno considerato come un modo per perfezionare e per rendere ancor più di pregio il proprio modello sanitario; mentre altre hanno fatto sì che l'accreditamento ricoprisse un ruolo di minore importanza. È proprio la Legge Costituzionale n. 3 del 2001 che ha fortemente inciso sui servizi sanitari, poiché è lo Stato che possiede la competenza legislativa esclusiva in materie specificamente elencate, mentre le Regioni intervengono su materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato stesso. Tuttavia, affidando la delega per ciò che riguarda l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari alle Regioni e alle Province autonome, è stato spostato l'oggetto principale del succitato articolo, generando così ventuno sistemi sanitari regionali differenti. Le differenze esistenti tra una regione e l'altra consistono principalmente nella facoltà attribuita ad ognuna di esse di poter tracciare il proprio sistema sanitario facendo riferimento alla modalità di gestione, generando così notevoli conseguenze nei ruoli attribuiti sia alla parte pubblica sia a quella privata. Anche secondo la Corte Costituzionale⁹⁵, sia l'organizzazione e sia la procedura di attribuzione degli incarichi di direzione delle strutture sanitarie devono essere ricomprese all'interno della tutela della salute. Come già affermato, la presenza di determinazioni costituzionali relative alla distribuzione delle competenze in materia di tutela della salute per ciò che attiene i temi di legislazione concorrente, stabilita la competenza esclusiva statale, riconosce la possibilità che vengano a crearsi modelli

⁹⁵ Corte Costituzionale, 5 Maggio 2006, n. 181.

del tutto differenziati⁹⁶. Tuttavia, se è lo Stato ad essere titolare di quello che possiamo definire intervento pubblico all'interno della sanità, il modo di gestire e di svolgere le funzioni del servizio spetta invece alle Regioni. Principalmente l'autonomia regionale si esplica attraverso l'individuazione dei requisiti necessari sia per l'autorizzazione sia per l'accreditamento, ma anche per gli accordi. Ed è proprio questo ruolo che viene attribuito alle regioni che permette loro di influire notevolmente sul rapporto intercorrente tra pubblico e privato, ma soprattutto sul modello di *governance* che intendono adottare⁹⁷. All'interno di ciascuna regione vengono previsti requisiti comuni a tutte le strutture presenti sul territorio; e, i medesimi requisiti cambieranno in relazione ai diversi tipi di prestazione che andranno ad erogare e che incideranno sull'organizzazione e sul livello di qualità che ogni realtà regionale intenderà garantire. Quasi tutte le regioni si sono concentrate nel fissare dei principi inerenti ai processi produttivi, all'organizzazione e alla qualità. Nel profilo organizzativo rientrano i dirigenti, e quindi gli organi rappresentativi per gli utenti, la creazione di strutture suddivise per tipologia di prestazione e la divisione in dipartimenti. Il concetto di qualità, invece, si concentra principalmente nella valutazione professionale del personale e nel ricorrere ad apparecchiature altamente tecnologiche⁹⁸. Altre componenti presenti all'interno della programmazione regionale possono essere identificate come i parametri di remunerazione, la relazione tra il rilascio dell'accreditamento e la

⁹⁶ A tal proposito si veda V. MOLASCHI, *"I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità"*, in *Salute e Sanità*, Milano, 2010, p. 443.

⁹⁷ *Accreditamento: facciamo il punto. Esperienze regionali a confronto*, in *Monitor*, n. 9, 2004, p. 8.

⁹⁸ M. CONTICELLI, *"Privato e pubblico nel servizio sanitario"*, Milano, 2012, Giuffrè, p. 170.

durata della programmazione, nonché la possibilità che l'accREDITAMENTO possa essere revocato, nel caso in cui fosse sprovvisto dei requisiti di qualità o nel caso in cui vengano riscontrate irregolarità rispetto a quanto stabilito nella programmazione⁹⁹. In ciascuna realtà regionale, quindi, il vincolo esistente tra la programmazione e l'accREDITAMENTO è divenuto negli anni sempre più solido, soprattutto quando le strutture private erogano prestazioni solo per completare l'insoddisfacente resa del settore pubblico in quella precisa area territoriale¹⁰⁰.

2.2 Le competenze regionali

In quasi tutte le realtà regionali, le modalità di individuazione delle norme sull'accREDITAMENTO, nonché quelle relative alla sua gestione e al suo controllo sono affidate agli organi amministrativi, oppure alle aziende sanitarie locali.

Nonostante in alcuni casi vi sia stata la creazione di apposite agenzie regionali¹⁰¹ con l'obiettivo di attenuare il potere delle amministrazioni locali, generalmente sono la Giunta Regionale o l'Assessorato alla Sanità ad essere titolari delle competenze nella disciplina dell'accREDITAMENTO.

⁹⁹ Legge Regione Puglia n. 8 del 2004, *"Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accREDITAMENTO istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"*, artt. 21-23-24-27.

¹⁰⁰ Legge Regione Sicilia n. 5 del 2009, *"Norme per il riordino del servizio sanitario regionale"*, art. 25, comma 1 lett.a.

¹⁰¹ Si veda la Legge della Regione Lazio n. 16 del 1999, istitutiva dell'Agenzia di Sanità Pubblica, e la Legge della Regione Lazio n. 4 del 2003, art.13, comma 4, che recita *"La Regione, per la redazione dell'accREDITAMENTO e del suo regolamento, si avvale dell'Agenzia di sanità pubblica"*.

Le agenzie possono avere un ruolo sia funzionale alla regione sia autonomo rispetto ad esse, generando, come nel caso della Liguria, commissioni definite Conferenze d'Area¹⁰², composte da specialisti nel settore e tecnici esterni.

Si potrebbe notare come la decisione di conferire l'onere a soggetti pubblici, o comunque a commissioni esterne, possa implicare alcune conseguenze: infatti, affidare a soggetti pubblici la guida del settore sanitario potrebbe essere un modo per indicare quanto esso sia stato influenzato e vincolato, nel tempo, dalla politica.

Invece, affidando le competenze alle aziende sanitarie locali, si andrebbe ad alimentare il problema della commistione tra le funzioni di erogazione e di regolazione¹⁰³.

Ad ogni modo, quasi tutte le regioni rimettono ad organi tecnici la prima valutazione, indipendentemente dal fatto che essi siano o meno collegati con i poteri amministrativi regionali. Gli stessi organi tecnici, spesso, effettuano gli accertamenti per verificare la presenza dei requisiti che consentono di mantenere la qualifica di soggetto accreditato. La decisione di affidare tali mansioni a questi soggetti risiede nella volontà non solo di voler limitare il più possibile il potere politico, ma anche di accrescere le richieste sia delle classi professionali che degli utenti. Sulla base di quanto esposto, è opportuno ora analizzare l'aspetto relativo alla loro composizione: possono essere sia soggetti esterni e indipendenti,

¹⁰² Legge Regione Liguria n. 41 del 2006, *"Riordino del Servizio Sanitario Regionale"*, art. 13.

¹⁰³ M. CONTICELLI, *"La disciplina dell'accreditamento nel settore sanitario e la sua attuazione"*, Report Annuale – Dicembre 2014.

come nel caso dell'Emilia Romagna¹⁰⁴, sia soggetti appartenenti ad ordini professionali, come nel caso dell'Abruzzo¹⁰⁵, sia, anche, soggetti scelti da elenchi di valutatori, come nel caso del Molise¹⁰⁶.

Un altro elemento rilevante, ai fini della nostra analisi, risiede nei rapporti intercorrenti tra i soggetti poc'anzi citati e i soggetti titolari del potere di programmazione, come le amministrazioni regionali, oppure i soggetti titolari del potere di erogazione, come le aziende sanitarie locali. Infatti, all'interno della regione Calabria, le commissioni aziendali delineano l'elemento tecnico organizzativo per mettere nella rete più figure professionali¹⁰⁷. Questo indica come il collegamento con la Giunta regionale sia molto forte, e al contempo, come si possano concentrare entro un unico istituto sia funzioni di accreditamento sia funzioni di programmazione. Resta al centro del sistema delle competenze, anche il suddetto rapporto tra l'accreditamento e la programmazione. Sembrerebbe ovvio che tale legame appare più o meno forte in base alle esigenze di ciascuna realtà regionale, ma risulta essere comunque molto importante per l'intero sistema sanitario poiché è capace di limitare l'offerta e, di conseguenza, di incidere sul rilascio degli accreditamenti¹⁰⁸.

¹⁰⁴ Legge Regionale Emilia Romagna n. 4 del 2008, *"Disciplina degli accertamenti della disabilità – ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale"*.

¹⁰⁵ Dove dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento fanno parte il Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (GERA).

¹⁰⁶ Si veda il *Codice deontologico dei Valutatori per l'Accreditamento Istituzionale della Regione Molise*.

¹⁰⁷ Legge Regione Calabria n. 24 del 2008, *"Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"*, art. 12.

¹⁰⁸ Al riguardo, Consiglio di Stato, Sez. III, 12 Aprile 2012, n. 2082.

2.3 I diversi modelli di accreditamento

Nonostante vi siano normative regionali distinte, giustificabili dai diversi modelli di competenze adottati, numerose sono le differenze relative al processo attuativo in tema di accreditamento all'interno delle regioni.

In aggiunta, si devono valutare anche i motivi che hanno caratterizzato i ritardi delle normative in materia ma anche le continue perplessità esistenti all'interno di ogni regione che hanno avuto notevoli ricadute nelle controversie giurisdizionali¹⁰⁹.

I problemi relativi alle diversità riscontrate all'interno di ogni singolo modello regionale devono registrarsi non soltanto in relazione alle ostilità di natura amministrativa, ma anche a quelle derivanti dalla politica, le quali hanno ritardato la messa in campo delle nuove regole per l'accREDITAMENTO.

Infatti, come si può notare da un intervento dottrinale¹¹⁰, la valutazione e la verifica dei requisiti di accreditamento avviene in due fasi: prima, si accerta la capacità propria della struttura e, successivamente, i risultati che la stessa ha prodotto.

Tuttavia, essendo ormai noti i problemi di ciascuna realtà regionale, il legislatore, e più precisamente la Corte Costituzionale¹¹¹, ha deciso di

¹⁰⁹ Si veda, Consiglio di Stato, Sez. III, 16 Aprile 2013, n. 2117.

¹¹⁰ M. CONSITO, *“Accreditamento e terzo settore”*, Jovene, 2009, p. 43.

¹¹¹ Corte Costituzionale, 19 Novembre 2012, n. 260, *“[...]le strutture pubbliche e private che alla data del 1° gennaio 2009 erogano prestazioni socio-sanitarie a seguito di “Progetti obiettivo” sono provvisoriamente autorizzate, ai sensi dell’art. 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) fino alla data del 31 dicembre 2011, a continuare ad erogare le stesse prestazioni in attesa della ridefinizione della normativa regionale che consente di accedere*

estendere notevolmente il tempo necessario per adeguare i diversi sistemi di accreditamento esistenti.

Attualmente, i sistemi di accreditamento presenti possono essere classificati a seconda della loro durata, ovvero si avrà un accreditamento definitivo rilasciato per il continuo procrastinarsi nel tempo di concessioni da parte del legislatore, un accreditamento transitorio per quei soggetti precedentemente convenzionati o che comunque esercitano un'attività di erogazione delle prestazioni c.d. indiretta¹¹², e un accreditamento provvisorio per quelle strutture che necessitano di una verifica (positiva o negativa) delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

In merito a tale classificazione, è intervenuto il Consiglio di Giustizia Amministrativa della Regione Sicilia¹¹³, il quale sostiene che: *“sussiste un rapporto di continuità tra convenzione, accreditamento provvisorio e accreditamento definitivo, nel senso che l'accredimento provvisorio ha lo scopo di assicurare la prosecuzione dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti già convenzionati fino alla concessione dell'accredimento istituzionale definitivo e alla stipula dei relativi accordi contrattuali, mediante il riconoscimento, al titolo originario (cioè la convenzione) di fonte regolativa del nuovo rapporto di accreditamento”*.

all'accredimento istituzionale, fermo restando il possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e di personale. [...]”.

¹¹² Legge n. 724 del 1994, art. 6, comma 6, “ [...] L'accredimento opera comunque nei confronti dei soggetti convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta regolata da leggi regionali alla data di entrata in vigore del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, che accettino il sistema della remunerazione a prestazione sulla base delle citate tariffe. [...]”.

¹¹³ Consiglio di Giustizia Amministrativa della Regione Sicilia del 5 Gennaio 2011, n. 4, Sanità Pubblica.

Da tale giudizio, emergono due profili importanti: il primo è che, se è vero che l'accreditamento provvisorio sostituisce il modello convenzionale, ne consegue che esso può riguardare soltanto quelle prestazioni che venivano erogate in regime convenzionale, nonostante resti ferma in capo alla regione la verifica delle regole di programmazione; il secondo, riguarda invece le prestazioni offerte dalle strutture accreditate, le quali devono essere necessariamente incluse nel tariffario regionale. Nuovamente il Consiglio di Stato¹¹⁴ interviene, affermando che l'accreditamento deve garantire ad ogni costo i rapporti creati precedentemente, avendo l'accreditamento natura conservativa. Inoltre, afferma che, in caso di nuove prestazioni, la struttura dovrà fare richiesta di un nuovo provvedimento di accreditamento.

Sembrerebbe che, la volontà sia quella di fornire il principio di parità tra i soggetti erogatori, e che quindi, in caso di accreditamento provvisorio non vi sia l'automatico rilascio di quello definitivo, ma è necessaria la dimostrazione delle caratteristiche previste negli atti che lo regolano¹¹⁵.

Ad ogni modo, ci sono state regioni che hanno aderito prontamente al nuovo sistema delineatosi, mentre altre che, nonostante le costanti proroghe del legislatore, si trovano ancora in fase di sviluppo, o addirittura in fase di stallo.

A tal proposito, si è ritenuto opportuno prendere come riferimento tre regioni italiane che rispecchiano la situazione appena descritta, ovvero l'eccellenza del modello Lombardo, il sistema in crescita delle Marche e le criticità derivanti dal sistema Campano.

¹¹⁴ Consiglio di Stato, Sez.V, 8 Marzo 2011, n. 1434.

¹¹⁵ Consiglio di Stato, Sez. IV, 9 Dicembre 2002, n. 6693.

2.3.1 Il caso della Lombardia

In seguito all'emanazione della Legge Regionale n.23 del 2015 vi è stata un'evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo.

Infatti, si intendono mantenuti intatti i capisaldi¹¹⁶ della precedente normativa come la concorrenza tra le strutture pubbliche e private e il principio di libertà di scelta della persona, mentre si è voluta rafforzare la separazione delle competenze tra enti erogatori di servizi, cioè le Aziende socio sanitarie territoriali, enti di programmazione, cioè l'Agenzia di Tutela della Salute e gli organismi di controllo, ovvero l'Agenzia di controllo.

Le principali novità di questo testo legislativo rientrano nel voler integrare la rete ospedaliera con quella territoriale e nel voler collegare il sistema sanitario e socio-sanitario con le politiche sociali gestite dagli enti locali.

Focalizzando l'oggetto della discussione sull'argomento di tesi, si può affermare che la Regione Lombardia ha, sin dal 1997, ricoperto un ruolo antesignano per ciò che riguarda la programmazione e la realizzazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento per tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio regionale.

La posizione raggiunta, che le ha permesso di diventare la capofila tra le regioni italiane, è stata contraddistinta da una serie di principi come la volontà di garantire la libertà di scelta di cura al cittadino all'interno del

¹¹⁶ Si veda la Legge Regionale n. 31 dell'11 Luglio 1997, art. 4, "*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*", pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 29 Novembre 1997.

circuito di erogazioni delle prestazioni costituito sia da strutture pubbliche sia da strutture private.

Dal complesso di norme previsto, è scaturito che i soggetti erogatori delle prestazioni possono partecipare aderendo alle regole stabilite, alle tariffe e ai controlli sull'attività, indipendentemente dalla natura pubblica o privata delle strutture¹¹⁷.

Inoltre, i requisiti per l'accreditamento non sono differenziati tra le strutture pubbliche e private; pertanto, esse si troveranno a dover presentare e a dover rispondere delle stesse caratteristiche¹¹⁸.

Viene anche previsto che i soggetti accreditati debbano adeguarsi al decreto legislativo n.231 del 2001 che si configura come uno dei requisiti fondamentali per essere iscritti all'Albo degli operatori accreditati. Infatti, prima di esso, non esisteva un sistema normativo che poneva delle sanzioni a carico di soggetti che avessero compiuto alcune irregolarità, ma tutt'al più poteva essere inflitta loro una multa o un'ammenda. Con l'art.1 di suddetto decreto, viene invece riconosciuta la responsabilità amministrativa e, la regione Lombardia con il decreto della Giunta regionale del 23 Novembre del 2009, ha definito come requisito obbligatorio di accreditamento per tutti i soggetti accreditati la conformità al nuovo testo, promuovendo presso gli enti la sua

¹¹⁷ Rapporto di ricerca: *"Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune"*, da Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, p. 18.

¹¹⁸ Si veda Legge Regionale 30 Dicembre 2009, n. 33, *"Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"*, art. 15 *"Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie"*.

implementazione grazie “all’azione volta a sostenere l’efficacia e la qualità del sistema dotale degli operatori accreditati”¹¹⁹.

Questa previsione vuole garantire alla Regione e alla struttura accreditata una maggiore efficienza e trasparenza del proprio operato.

Il sistema indicato dal testo legislativo va ad integrare i controlli e i monitoraggi già presenti nella Regione, infatti gli enti accreditati dovranno sia nominare i membri del c.d. Odv, ovvero l’organismo di vigilanza, sia adottare un modello organizzativo, il quale dovrà da un lato descrivere ed elaborare i risultati dell’analisi dei rischi, e dall’altro adottare misure specifiche per gestire il rischio stesso.

Oltre all’organizzazione interna propria dell’ente, va rilevato come la Regione provvede alla costante revisione e al periodico aggiornamento dei requisiti in vista del miglioramento del proprio Sistema Sanitario Regionale. Questa affermazione sembrerebbe indicare come, l’amministrazione regionale voglia rendere sempre più competitivo il sistema dell’accreditamento, nel senso che ogni struttura deve essere quanto più abile ad adeguarsi ai nuovi requisiti stabiliti. E, inoltre, essendo questo sistema dell’accreditamento fondato sulla qualità, la Regione ha adottato i requisiti indicati dalla Joint Commission¹²⁰, ovvero l’ente accreditante strutture sanitarie più grande al mondo, volto a migliorare l’assistenza sanitaria in ambito internazionale, fornendo servizi strettamente connessi con il processo di accreditamento.

¹¹⁹ Si veda, http://www.lavoro.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=News&childpagename=DG_IFL%2FDetail&cid=1213400715973&packedargs=menu-to-render%3D1213276893520&pagename=DG_IFLWrapper.

¹²⁰ Si veda http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_848_listaFile_itemName_14_file.PDF

2.3.2 Il caso delle Marche

La Regione Marche figura tra le prime ad aver creato un sistema di autorizzazione ed accreditamento. La sua volontà era quella di costruire un modello di accreditamento che garantisse il massimo dell'assistenza, dal ricovero del paziente alle sue dimissioni.

Per essere maggiormente incisiva, la Regione ha inoltre deciso di mettere in atto la collaborazione internazionale ALPHA dell'International Society for Quality in Health Care, per ottenerne la certificazione entro la fine del 2004¹²¹.

Tuttavia, nonostante questo inizio esemplare, nel tempo si è dato sempre meno rilievo al tema dell'accREDITamento e, la spiegazione sembrerebbe risiedere nell'esigenza di dover risolvere i problemi derivanti dal riordino del Servizio Sanitario Regionale e dalla costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). Con la Legge quadro n.20 del 2000, la Regione ha inteso specificare sia le procedure per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e per l'accREDITamento istituzionale, sia la modalità di stipula degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. Per quanto riguarda l'accREDITamento, la scelta della Regione in questione è stata quella di adottare un Manuale di AccREDITamento¹²², all'interno del quale

¹²¹ Come esposto dal Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e sociale, da http://www.cergas.unibocconi.it/wps/allegatiCTP/approfondimento_sistemi_a_ccreditamento_1.pdf.

¹²² Sistema e requisiti per l'accREDITamento delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della regione Marche, ai sensi della Legge Regionale n. 20/2000.

vengono indicati i requisiti ulteriori necessari per il rilascio del provvedimento.

Per comprendere come si è giunti alla redazione di tale Manuale, è necessario notare che vi sono stati circa 32 gruppi di lavoro, formati da specialisti delle discipline maggiormente diffuse nella Regione, sin dal 1997, i quali hanno definito i requisiti per l'accreditamento. Gli obiettivi principali della regione sono quelli di rispettare gli obblighi istituzionali, coinvolgendo tutto il personale sanitario marchigiano, in modo da trasmettere a tutta l'organizzazione la conoscenza dell'accreditamento e generarne una concezione comune; per avere una maggiore *compliance* e cooperazione da tutti gli organi di staff; e per far sì che, i requisiti dell'accreditamento vengano utilizzati come elemento di apprendimento da parte dell'organizzazione al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

È possibile, all'interno del Manuale, prevedere tre livelli di qualità per ogni requisito e classificare l'accreditamento sulla base dei livelli raggiunti, a cui corrispondono tariffe diverse: un livello essenziale di tipo A (necessario per l'accesso all'accreditamento istituzionale), intermedio di tipo B e di eccellenza di tipo C.

Una volta riconosciuti i requisiti di tipo A, si procede con la valutazione di quelli B e C, in modo tale da poter classificare le strutture in relazione alla qualità: infatti, all'interno di questa Regione, le strutture accreditate vengono suddivise in 5 categorie: partendo dalla categoria 1 si avrà un accreditamento di base, fino a giungere alla categoria 5 che prevede la presenza del 100% dei requisiti di base, intermedi e di eccellenza.

È il dirigente del servizio sanità della Regione, coadiuvato dall' Agenzia regionale sanitaria, che si occupa delle funzioni amministrative necessarie per il rilascio del provvedimento di accreditamento.

Esso viene concesso soltanto dopo la verifica positiva della funzionalità della struttura, nonché della sua attività svolta e dei risultati raggiunti in relazione alla programmazione regionale.

Infatti, la stessa normativa regionale riconosce la possibilità per le strutture accreditate di conseguire attestati di qualità da parte di organismi di certificazione o di accreditamento professionale¹²³.

2.3.3 Il caso della Campania

L'elemento maggiormente rappresentativo di questa regione rispetto alle altre è la presenza di un numero elevatissimo di operatori privati rispetto a quelli pubblici. Infatti, come indicato nel Piano Sanitario Regionale¹²⁴, gli strumenti dell'autorizzazione, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali vengono utilizzati per regolare la capacità produttiva di entrambi i settori, sia pubblico che privato.

È anche vero, però, che ad oggi è presente una sola legge regionale (seppure con successive modificazioni) che regola la materia oggetto di analisi, e per questo motivo viene considerato un sistema in fase di

¹²³ Legge Regionale n. 20 del 16 Marzo 2000, *"Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"*, art. 21.

¹²⁴ Piano Sanitario Regionale 2011-2013, in Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 32 del 27 Maggio 2011, p.1 45.

attesa. Sono tuttavia presenti due regolamenti: il primo¹²⁵, ha subito un percorso particolare, vista la dichiarazione di incostituzionalità affittagli dopo un ricorso di alcune Associazioni di categoria per la parte in cui vi era stata l'attribuzione, ad opera della legge regionale n.2/2003, del potere in capo alla Giunta Regionale di emanare atti di natura regolamentare; pertanto, con tale regolamento, la Regione si occupa soltanto della riabilitazione ambulatoriale e dell'emodialisi. Tutti gli altri settori vengono disciplinati da un secondo regolamento¹²⁶, il quale si concentra principalmente nel voler garantire qualità per il Servizio Sanitario Regionale e per i cittadini. Ma, con una delibera della Giunta Regionale viene approvato l'atto di ricognizione relativo al fabbisogno delle strutture di dialisi e di riabilitazione ambulatoriale, necessario per verificare la compatibilità dei soggetti privati che richiedono l'accreditamento istituzionale. Così, l'Assessorato alla Sanità, in caso di esito positivo della verifica, provvederà al rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale.

Tuttavia, in seguito alla normativa regionale¹²⁷, sono state previste una serie di misure straordinarie volte alla razionalizzazione e alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, tra cui la delega alle Aziende Sanitarie Locali dei compiti nel settore dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie; questo ha

¹²⁵ Regolamento n. 3 del 31 Luglio 2006, *“Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure dell'accreditamento istituzionale dei soggetti che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e riabilitazione ambulatoriale”*.

¹²⁶ Regolamento n. 1 del 22 Giugno 2007, *“Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati accreditati che erogano attività di assistenza specialistica ambulatoriale in regime ambulatoriale, di ricovero e assistenziale”*.

¹²⁷ Legge Regionale n.16 del 28 Novembre 2008, art. 8.

comportato il trasferimento dei fascicoli contenenti le istanze di accreditamento dall'Assessorato alla Sanità alle Aziende Sanitarie Locali, insieme a tutta la documentazione ad esse allegata. Ma, dopo aver siglato il Piano di Rientro, il Presidente della Giunta Regionale viene nominato, dal Consiglio dei Ministri¹²⁸, Commissario ad Acta, il quale ha dovuto dare attuazione agli indirizzi espressamente indicati dal Governo mediante “[...] la sospensione di nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l’apertura di nuove strutture sanitarie private fino all’avvenuta adozione del Piano di Riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale [...]”. Perciò, il Commissario ha disposto¹²⁹ l’interruzione delle procedure di accreditamento e di autorizzazione alla realizzazione di tutte le strutture sanitarie private presso le Aziende Sanitarie Locali. Con l’emanazione della successiva legge regionale¹³⁰, è intervenuta la Corte Costituzionale¹³¹, dichiarando illegittimo l’art.1, comma 237-*vicies* quater, perché in contrasto con l’art.117, comma 3 della Costituzione, il quale afferma che *“in caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l’avvio di nuove attività in strutture preesistenti, detto accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei risultati”*. La disposizione ad oggetto del giudizio prevede che *“ai soggetti che hanno presentato domanda di accreditamento [...] e che, in virtù di acquisto per il tramite del curatore fallimentare, sono subentrati nella titolarità di strutture per le quali si è risolto il rapporto*

¹²⁸ Con Delibera del 24 Luglio 2009.

¹²⁹ D.C.A. n. 21 del 30 Dicembre 2009 e D.C.A. n. 5 del 4 Febbraio 2010.

¹³⁰ Legge Regionale n. 4 del 15 Marzo 2011, *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania”*.

¹³¹ Corte Costituzionale, 7 Giugno 2013 n. 132.

di provvisorio accreditamento con il servizio sanitario regionale [...], la Regione concede l'accreditamento definitivo qualora all'esito delle verifiche effettuate dalle Commissioni locali ASL risulti confermato l'assetto organizzativo e tecnologico della precedente struttura ed il possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento definitivo". Viene riconosciuto¹³² che la legge regionale non esplicita il passaggio verso l'accreditamento provvisorio, nonché tutti i controlli connessi ad esso, per quei soggetti che sono diventati titolari della struttura sanitaria dopo l'acquisto effettuato dal curatore fallimentare, ma ritiene sufficiente e valevole l'accreditamento provvisorio posseduto dal precedente titolare.

2.3.4 Alcune indicazioni ricavabili dal quadro regionale

Alla luce di quanto esposto, è bene sottolineare che nonostante le diversità esistenti, con il Piano Sanitario nazionale del triennio 2011-2013 si è voluto procedere all'approvazione e all'elaborazione di criteri comuni; così, l'Agenas, su richiesta del Ministero della Salute e della Commissione salute della Conferenza delle regioni e delle province autonome, ha ricevuto l'incarico di stabilire gli elementi di qualità uniformi, in modo tale da facilitare le regioni alla stipula di un accordo da inserire in un testo e da presentare alla Conferenza¹³³.

¹³² G. SERENO, "Corte costituzionale, sent. 7 giugno 2013, n. 132: la disciplina della Regione Campania viola la legislazione", in *Amministrazione in Cammino*, 2013.

¹³³ Si veda

<http://www.agenas.it/areetematiche/qualita/accreditamento/governance-nazionale>.

Sebbene fossero questi i presupposti, tuttavia nel 2011 le strutture definitivamente accreditate erano soltanto la metà di quelle esistenti su tutto il territorio nazionale: infatti, secondo un'indagine svolta¹³⁴ le percentuali relative all'accREDITAMENTO definitivo indicano per l'area settentrionale il 90%, per l'area centrale il 28% e per l'area meridionale il 25%.

Ci si è resi conto come i problemi relativi alla lentezza dell'attuazione uniforme del sistema di accREDITAMENTO sono molteplici.

In primo luogo, vi rientrano sicuramente i conflitti tra la programmazione e l'offerta, ma anche la complessità nel determinare i principi giuridici, gli strumenti e le procedure, o ancora il fatto che non vi sia una propensione da parte di tutte le regioni ad orientare i propri sistemi verso la qualità, e infine la mancanza di un'adeguata gestione amministrativa.

Secondo quanto previsto da un'autorevole dottrina¹³⁵, la Commissione nazionale per l'accREDITAMENTO e la qualità dei servizi sanitari, istituita presso l'Agenas, ha analizzato i motivi che ostacolano effettivamente l'attuazione quasi in tutte le regioni.

Tra di essi, ci si è accorti come entrambi gli scopi da raggiungere, ovvero garantire la qualità delle prestazioni e essere funzionali rispetto alla programmazione, pongano numerosi problemi con la realizzazione di un sistema di accREDITAMENTO definitivo.

Sembrerebbe opportuno quindi, operare una separazione tra i due obiettivi individuando così, da una parte criteri generali per selezionare

¹³⁴ Si consulti <http://www.quotidianosanita.it/>

¹³⁵ L. PELLEGRINI, *“Le quattro fasi dell'accREDITAMENTO: perché il sistema stenta a decollare?”*, in Monitor n. 2, 2002, pp. 6-7.

strutture operanti per conto del Servizio Sanitario Nazionale, all'interno della programmazione regionale; e dall'altra inserendo un'unica disciplina univoca e omogenea per ciò che riguarda il tema dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, e casomai eliminare l'autorizzazione alla realizzazione che ha destato non poche difficoltà di gestione.

Ad ogni modo, la materia appartiene alla competenza concorrente tra Stato e Regioni e, perciò, a livello nazionale, dovrebbe avere ad oggetto soltanto gli aspetti di principio, previsti all'articolo 117 della Costituzione.

2.4 La proposta dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

L'art.3 della Legge n. 136 del 2010¹³⁶ disciplina la tracciabilità dei flussi finanziari, i quali hanno come scopo non solo di rendere maggiormente trasparenti le operazioni economiche derivanti da corrispettivi di contratti pubblici, ma anche di permettere un controllo *ex post* su quei flussi finanziari che provengono dalle pubbliche amministrazioni; proprio in queste ultime c'è una maggiore propensione da parte delle organizzazioni mafiose di inserirsi.

Il punto su cui si esprime l'Autorità è che i servizi erogati in regime di accreditamento non sono sottoposti agli obblighi di tracciabilità, e pertanto sarebbe auspicabile che venissero applicati alle imprese che operano all'interno del settore sanitario.

¹³⁶ Legge del 13 Agosto 2010, n. 136, "*Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia*".

In via generale, viene ritenuto che il principio di tracciabilità dovrebbe essere alla base dell'azione amministrativa, proprio per cercare di contenere il più possibile l'infiltrazione della criminalità organizzata che si esplica principalmente nelle realtà locali dove sussistono le attività maggiormente remunerative, e quindi dove è presente la spesa pubblica. Perciò oltre agli appalti pubblici, vengono presi di mira tutti i settori, principalmente quello sanitario in cui si concentra la spesa pubblica nelle Regioni.

Tuttavia, rispetto al passato, le modalità di infiltrazione sono cambiate: mentre prima il modello era quello di *prestazione – tangente*, ora vi è il coinvolgimento di più soggetti, rendendo molto più difficile il riconoscimento degli accordi criminali.

Infatti, è stato riconosciuto¹³⁷ che “con la corruzione non si acquista più un singolo atto illecito, ma il credito-debito viene cartolarizzato e ceduto ad altri soggetti che partecipano al sistema sotto diverse forme, come le opere, le assunzioni, le polizze assicurative, le vacanze,...”.

Pertanto, il settore dell'accreditamento viene visto dall'Autorità come un luogo in cui possono essere presenti infiltrazioni non solo perché al suo interno confluiscono cospicue somme finanziarie, ma anche perché costituisce una parte fondamentale del sistema sanitario.

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2013-2016 ci si è preoccupati di verificare le componenti presenti all'interno delle diverse fasi di accreditamento entro cui possono inserirsi organizzazioni mafiose. Tra di esse, nella fase della stipula degli accordi contrattuali, sono stati

¹³⁷ Report di Transparency International Italia, “Corruzione e sprechi in sanità”, 2013.

rinvenuti fenomeni quali ritardi nei compensi oppure fatturazioni di prestazioni non avvenute.

In seguito a ciò l’Autorità si è adoperata per adottare misure di prevenzione al fine di evitare fenomeni di corruzione¹³⁸.

Ma, è stato dimostrato che esse non sono sufficienti e si consiglia, pertanto, di estendere al settore sanitario misure straordinarie di gestione, sostegno e monitoraggio¹³⁹, “prevedendo il commissariamento della parte contrattuale dell’attività sanitaria che i soggetti privati svolgono a favore della collettività in regime di convenzione, in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale”¹⁴⁰.

Quello che l’Autorità sottolinea, è la necessità di stringenti controlli della spesa pubblica, connessa alla gestione privata dei servizi sanitari, mediante proprio la tracciabilità dei flussi finanziari.

Questo tentativo, potrebbe cercare di arginare le infiltrazioni della criminalità organizzata, ormai molto presenti nel settore, che si esauriscono in fenomeni corruttivi e di cattiva gestione della cosa pubblica.

¹³⁸ Delibera del 3 Agosto 2016, n. 831, *Piano Nazionale Anticorruzione 2016*.

¹³⁹ Si veda l’art. 32 del Decreto Legge del 24 Giugno 2014 n. 90, “*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari*”.

¹⁴⁰ Delibera del 7 Settembre 2016, n. 958, “*Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento concernente la proposta di estensione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, previsti dall’art. 3 della legge 13 Agosto 2010, n. 136, ai servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate*”, p. 7.

2.5 I limiti esistenti nel rapporto pubblico-privato

Il rapporto intercorrente tra pubblico e privato risulta ricco di problemi per ciò che riguarda l'alternativa tra Stato e mercato¹⁴¹.

Da questa affermazione, secondo la dottrina¹⁴², il fatto che alcune attività sanitarie vengano affidate a soggetti privati, non comporta che gli interessi sottesi non siano meritevoli di tutela, ma piuttosto che non è ritenuta essenziale la presenza pubblica affinché essi vengano garantiti.

Infatti, al fine di introdurre i privati nel Servizio Sanitario Nazionale è necessaria l'espansione della disciplina pubblicistica; più precisamente, sembrerebbe opportuno applicare le stesse regole previste per i soggetti pubblici anche ai soggetti privati, i quali erogano servizi per conto e a carico della finanza pubblica.

Per accedere al rilascio dell'accreditamento e degli accordi contrattuali, è previsto un trattamento diverso per le strutture pubbliche e per quelle private. Infatti, ai soggetti accreditati non sono riconosciuti i medesimi vantaggi dei presidi ospedalieri presenti all'interno delle aziende sanitarie locali.

Allo stesso modo, anche nel rapporto tra strutture, pubbliche o private, che erogano già prestazioni e strutture che mirano a farlo, sussistono pesanti differenze. Effettivamente, se si pensa alle condizioni di rilascio dei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, non sembrerebbe che appaiano differenze, ma la reale probabilità di accedere

¹⁴¹ G. CORSO, *“La tutela della concorrenza come limite della potestà legislativa (delle regioni e dello Stato)”*, in *Dir. Pubbl.*, Milano, 2002, p. 980.

¹⁴² G. ROSSI, *“Diritto pubblico e diritto privato nell'attività della pubblica amministrazione: alla ricerca della tutela degli interessi”*, in *Dir. Pubbl.*, p. 660.

al servizio viene limitata di fatto dalle esigenze di contingentamento imposte e previste dalla programmazione regionale.

Tali differenze si accentuano se si pensa alla presenza del principio di continuità rispetto al precedente modello convenzionale e al perdurare dell'accREDITAMENTO provvisorio. Sebbene doveva essere già decaduto, di fatto esso continua ad operare mediante molteplici strumenti, rallentando così l'attuazione e la stabilizzazione dell'accREDITAMENTO definitivo¹⁴³.

Secondo la dottrina¹⁴⁴, sembrerebbero più attenuate le differenze per quanto riguarda la attività del pubblico e del privato, ma anche le forme di tutela garantite ai destinatari delle prestazioni sanitarie erogate.

Infatti, si ritiene opportuno affermare che le strutture pubbliche e private operano in modo praticamente uguale, se si pensa al regime della fornitura e a quello delle responsabilità. In sede di tutela degli utenti, invece, i rapporti vengono valutati come una rete di relazioni tipicamente intersoggettive.

La giurisprudenza, invece, è intervenuta per ciò che attiene i legami tra l'amministrazione e le strutture di natura privata che erogano prestazioni. Relativamente a questo tipo di rapporto, le maggiori controversie risiedono nei ricorsi tra fornitori privati e decisori pubblici contro gli atti di programmazione, riguardo specificamente a provvedimenti di classificazione degli accREDITAMENTI oppure a determinazioni in ordine ai tetti di spesa¹⁴⁵.

¹⁴³ Rapporto del 2011, di E.CARUSO e N.DIRINDIN, *“La sanità tra conservazione, innovazione e incertezze normative”*, in *La finanza pubblica italiana*, il Mulino, Bologna, p. 160.

¹⁴⁴ R. FERRARA, *“L'ordinamento della sanità”*, Giappichelli, Torino, 2007, p. 228

¹⁴⁵ Si veda al riguardo, Consiglio di Stato, Sez. IV,, 14 Aprile 2008 n. 1016.

A rafforzare i limiti esistenti tra pubblico e privato, come più volte ribadito, esistono le forti differenze presenti in ambito regionale ed i molteplici modelli organizzativi adottati.

Entrambi gli elementi, vengono legittimati nella Carta Costituzionale, dalla riforma del Titolo V, parte II; pertanto, non si sono definiti soltanto modelli di governo e di direzione differenti per ogni sistema sanitario regionale, ma anche diverse alternative organizzative per quanto riguarda la scelta tra pubblico e privato.

Le forti differenze risiedono principalmente nell'ampia discrezionalità riconosciuta dal legislatore nazionale sia all'amministrazione regionale sia al legislatore regionale, che consente loro l'adozione di soluzioni organizzative eterogenee.

Ulteriore limite esistente è stata la crisi finanziaria del 2007, la quale ha imposto notevoli esigenze di contenimento della spesa.

L'analisi svolta rispecchia un quadro in cui i rapporti tra pubblico e privato si sono fortemente combinati ed evoluti in modo limitativo rispetto a quanto previsto dal decreto legislativo n.502 del 1992.

Infatti, prendendo come riferimento l'accreditamento, esso era nato con l'obiettivo di conferire maggiore qualità, ma di fatto si è concretizzato in uno strumento di controllo di accesso al mercato.

La stessa cosa vale per le autorizzazioni e per gli accordi: le prime, sono diventate un mezzo necessario per la pianificazione territoriale; per i secondi, le trattative si svolgono con soggetti già prestabiliti, riaffermando il principio di continuità e non di concorrenzialità¹⁴⁶.

¹⁴⁶ M. CONTICELLI, *"Privato e pubblico nel servizio sanitario"*, cit., p. 252.

2.6 La scelta tra pubblico e privato

Un aspetto importante, da non sottovalutare, risiede nella presenza di controversie circa i costanti tagli relativi al finanziamento delle strutture. Infatti, dagli anni Novanta ad oggi, le influenze provenienti dalla finanza hanno scaturito numerose implicazioni in tutti gli ambiti del diritto pubblico, ed in particolar modo nel settore sanitario.

Ad oggi, la spesa sanitaria pubblica ammonta a circa il 7% del prodotto intero lordo¹⁴⁷ e sono circa otto le regioni che si trovano in una situazione con un disavanzo sanitario molto elevato¹⁴⁸.

Tale configurazione consente di affermare che sono stati necessari numerosi interventi legislativi, volti a cercare di ripianare la situazione esistente.

Tra di essi rientrano sicuramente i Piani di Rientro, che permettono il continuo contatto tra le amministrazioni statali e regionali.

Tuttavia, nonostante il rapporto tra pubblico e privato non incida sul controllo della spesa in senso stretto, quest'ultimo è assolutamente connesso alle decisioni organizzative della materia.

Quindi, se il rapporto pubblico-privato fosse rappresentato in modo migliore, sicuramente le risorse a disposizione verrebbero utilizzate in

¹⁴⁷ Si vedano i dati Istat, da http://noi-italia2015.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=41&cHash=db405762d2515e64ee4660d17f886241.

¹⁴⁸ Si veda al riguardo il *Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma, marzo 2016, p.255 ss., da http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2016/rapporto_coordinamento_finanza_pubblica_2016.pdf.

modo più adeguato, al fine di garantire agli utenti maggiori servizi e prestazioni con un'ideale qualità.

Questa affermazione ha certamente mosso gli interventi legislativi, che si sono succeduti dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale fino ad oggi, in una logica, in prevalenza, organizzativa.

Se è effettivamente la strutturazione del rapporto ad essere oggetto della scelta tra pubblico e privato, è opportuno analizzare quali sono i confini che esistono tra il pubblico e il privato, ma soprattutto la motivazione per cui essi non riescano a giungere ad un ordine definito.

Molto spesso è intervenuta la Corte Costituzionale per cercare di assegnare una serie di regole, di principi e di criteri, che però non hanno fatto altro che avvalorare la tesi di un'assoluta enigmaticità tra questi due soggetti.

La giurisprudenza costituzionale ha affermato che *“[...] l’abolizione del criterio di integrazione con il servizio pubblico che ha, sino ad oggi, disciplinato la collaborazione tra strutture pubbliche e private, e la sua sostituzione con la facoltà di libera scelta da parte dell’assistito comporterebbe in sostanza una duplicazione dei costi delle prestazioni sanitarie, e quindi uno spreco consistente nella mancata prioritaria utilizzazione delle strutture pubbliche e nel pagamento, accanto al costo della struttura pubblica, di quella privata; il tutto paradossalmente in contrasto con la ratio ispiratrice della normativa in esame, volta al contenimento delle suddette spese [...]”*¹⁴⁹.

Questo implica che, durante la metà degli anni Novanta, nonostante le regioni temevano l’aumento della spesa pubblica, la Corte ha chiarito

¹⁴⁹ Corte Costituzionale, 28 Luglio 1995, n. 416.

che non esiste una connessione tra la spesa pubblica e gli erogatori privati.

Però, con un'altra sentenza, la stessa giurisprudenza ha modificato il suo orientamento ritenendo erronea *“l'esigenza di «complessiva riduzione della spesa sanitaria» che dovrebbe essere soddisfatta, per ciò che concerne la «riorganizzazione del piano ospedaliero», incidendo esclusivamente su «la sola ospedalità pubblica»”*¹⁵⁰.

Ciò ha portato ad una rivisitazione della concezione della spesa pubblica sanitaria, la quale ormai ricade indistintamente sia sulle strutture pubbliche sia su quelle private.

Gli elementi analizzati dal punto di vista finanziario hanno inciso sulla scelta tra soggetto pubblico e soggetto privato; infatti, come esposto dalla dottrina¹⁵¹, il fatto che un soggetto di natura pubblica eroghi prestazioni con il carattere della necessità, fa comprendere come sarebbe altrettanto necessario che esso si uniformasse alle esigenze tipiche di finanza pubblica, in modo da contenere il servizio, oppure al fine di partecipare ai costi di gestione.

In relazione a quanto indicato, è evidente come i confini tra pubblico e privato non riescono ad essere bene delimitati né dal legislatore né dalla giurisprudenza, ma parrebbe utile quantomeno rendere di facile individuazione il criterio che possa permettere un'adeguata scelta tra un erogatore pubblico e un erogatore privato.

¹⁵⁰ Corte Costituzionale, 8 Ottobre 2010 n. 289.

¹⁵¹ A. PAJNO, *“Servizi pubblici e tutela giurisdizionale”*, in *Dir. Amm.*, 1995, p. 589.

2.7 Il parere dell’Autorità Garante della concorrenza e del mercato

Rispetto a quanto è stato esposto, particolare importanza riveste, attualmente, il parere dell’Autorità Garante delle Concorrenza e del Mercato, la quale richiama l’attenzione sulle distorsioni della concorrenza e del corretto funzionamento del mercato derivanti dalle disposizioni di cui alla legge della Regione Lazio n.4/2003, recante *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”* e al Decreto Legislativo n. 502/1992, recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria”*.

È stato evidenziato come le distorsioni derivino dalle disposizioni presenti nel decreto, e più precisamente dall’assoggettamento del rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie private ad una previa verifica di compatibilità con il fabbisogno di assistenza risultante dal piano sanitario regionale.

L’Autorità ha osservato che la verifica di compatibilità non è *“idonea ad assicurare l’obiettivo di politica sanitaria consistente nel contenimento dell’offerta di prestazioni sanitarie, poiché può comportare che gli operatori già autorizzati siano indotti ad incrementare la loro offerta nell’intento di diminuire il fabbisogno potenziale di assistenza dal quale dipende il numero delle strutture autorizzabili: con l’esito di ridurre la possibilità di ingresso nel settore di operatori più efficienti e, con esse, la libera scelta degli utenti”*.

Rileva inoltre che, *“criteri di compatibilità finanziaria possono essere presi in considerazione solo per limitare, tramite gli accreditamenti e gli accordi, l’ingresso e la permanenza degli operatori nel settore più*

ristretto delle prestazioni a carico del SSN, mentre non dovrebbero essere utilizzati per limitare, tramite autorizzazioni discrezionali, la possibilità degli operatori di entrare nel settore più ampio delle prestazioni che non gravano sull'erario pubblico”¹⁵².

Le osservazioni citate, fanno comprendere come secondo l’Autorità vi siano inefficienti applicazioni delle norme, che hanno così provocato una situazione di totale paralisi.

Essa auspica che le considerazioni svolte conducano ad una revisione delle disposizioni contenute nelle leggi, sia a livello nazionale che a livello regionale.

¹⁵² Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, “Attività di segnalazione Consultiva” p.31, Bollettino Settimanale n. 27, 25 Luglio 2011.

CAPITOLO III

La disciplina e il funzionamento dei Piani di Rientro

3.1 Il quadro normativo

Il Servizio Sanitario Nazionale ha recentemente affidato ai Governi regionali la responsabilità di dover far fronte alle esigenze provenienti da forti disavanzi sanitari, i quali creano a loro volta notevoli deficit finanziari.

Per questo motivo, il legislatore ha previsto una serie di interventi destinati a ritrovare l'equilibrio economico-finanziario, mediante la collaborazione tra lo Stato e i Governi regionali.

Ripercorrendo l'iter normativo che ha portato all'adozione di questi accordi, occorre fare riferimento in prima battuta ai decreti legislativi n.502 del 1992 e n.517 del 1993, i quali prevedevano che ciascuna Ausl (Azienda Unità Sanitaria Locale) e Ao (Azienda Ospedaliera) dovesse garantire il pareggio di bilancio.

Poco dopo, con il decreto legislativo n.229 del 1999, che andava a consolidare alcuni aspetti relativi all'aziendalizzazione e alla regionalizzazione da precedenti decreti non totalmente attuati, venne introdotto un articolo¹⁵³ dove veniva ad essere previsto che, *“il Ministro*

¹⁵³ Decreto Legislativo n. 229 del 1999, art.19-ter: *“Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale”*.

della Sanità, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, determina i valori di riferimento relativi all’utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell’assistenza anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni per aree di offerta e ai parametri per la valutazione dell’efficienza, dell’economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle regioni gli eventuali scostamenti osservati.”

Inoltre, la stessa norma disponeva che fosse definito un Programma operativo, all’interno del quale: il Ministro della Salute verificava gli eventuali scostamenti in relazione ai valori individuati a livello nazionale; le Regioni verificavano le cause degli scostamenti e, insieme all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, redigevano dei programmi operativi (con una durata non superiore ai tre anni) di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Sistema Sanitario Regionale; e, le Regioni stipulavano una convenzione con il Ministro della Salute, d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni, per supportare il programma operativo, all’interno della quale sarebbero stati indicati gli obiettivi, le modalità, i tempi e i profili di un’eventuale penalizzazione, derivante da rallentamenti o inoperosità nell’attuazione del programma¹⁵⁴.

Tuttavia, con la riforma¹⁵⁵, che nel frattempo si stava avviando in materia federalista, si può notare come vi sia stato il riscontro di una

¹⁵⁴ M. BELLENTANI e L. BUGLIARI ARMENIO, “L logica dei piani di rientro e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità”, in *Manuale di Diritto Sanitario*, a cura di Renato Balduzzi e Guido Carpani, il Mulino, 2013, p. 392.

¹⁵⁵ Decreto legislativo n. 56 del 18 Febbraio 2000, “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell’articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133”.

procedura di concertazione tra Stato e Regioni, che negli anni porta alla definizione di un meccanismo di condivisione del sistema sanitario.

La partecipazione di entrambi divenne maggiormente autorevole con la stipula dell'Accordo 8 Agosto 2001, dove venne introdotto un metodo di verifica degli adempimenti delle Regioni, che in caso di esito negativo comportava il ripristino del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale stabilito nel precedente Accordo Stato-Regioni del 2000.

Inoltre, con tale accordo si decisero le modalità per ripianare i precedenti disavanzi regionali, e le Regioni si assunsero la responsabilità di sopperire ad eventuali deficit seguenti rispetto a quanto concordato.

Poco dopo, il 29 Novembre 2001 venne emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il quale definisce per la prima volta i Livelli Essenziali di Assistenza.

Il quadro di esperienze normative succedutosi, però non è riuscito ad evitare la persistenza di disavanzi sanitari in numerose regioni: pertanto, ci si rese conto come fosse necessario non già dettare una disciplina generale valevole per tutte le regioni, ma incidere su di esse singolarmente, ovvero verso quelle realtà territoriali caratterizzate dai maggiori dissesti finanziari.

Perciò, con la Legge finanziaria del 2005¹⁵⁶, precisamente all'art.1, comma 180, venne stabilito che: *“La regione interessata, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di*

¹⁵⁶ Legge n. 311 del 30 Dicembre 2004, *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”*.

potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica dell'effettiva attuazione del programma”.

In seguito a quanto disposto, per riportare l'equilibrio finanziario era previsto l'innalzamento al livello massimo delle aliquote Irap e Irpef a partire dal 2005, per tutte le regioni che non rientravano dal loro deficit.

In merito è intervenuta la Corte Costituzionale¹⁵⁷ la quale, dopo la conferma e l'estensione dell'innalzamento oltre il limite massimo delle aliquote Irap e Irpef avvenuti con il *Patto per la Salute*¹⁵⁸, si è pronunciata su un ricorso proposto dalla regione Emilia Romagna.

La Corte riconobbe la fondatezza dell'obbligo fiscale, specificando che esso non si trovava in contrasto con l'articolo 117 della Costituzione poiché *“la disciplina censurata non è riferibile alla competenza di tipo concorrente in materia di coordinamento della finanza pubblica, indicata dalla Regione ricorrente, bensì alla competenza esclusiva statale in materia di sistema tributario, e la prevista attribuzione alle regioni, in tutto o in parte, del gettito fiscale, non ne altera la natura erariale, sicché compete allo Stato la disciplina del tributo”*.

¹⁵⁷ Corte Costituzionale, 5 Giugno 2007 n. 193.

¹⁵⁸ Patto per la Salute, siglato il 28 Settembre 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

La firma dell'accordo comportava il finanziamento integrativo da parte dello Stato nei confronti della regione sottoposta al Piano di Rientro; nei confronti di quest'ultima, doveva essere verificata la concreta realizzazione del programma.

Nell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, venne stabilito che il controllo doveva essere effettuato dal Tavolo di Verifica degli Adempimenti¹⁵⁹ e dal Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali d'assistenza¹⁶⁰.

La medesima Intesa prevedeva che le Regioni che stipulavano l'accordo dovessero avere un deficit pari o superiore al 7% nell'anno 2005; inoltre, tutte le regioni dovevano, ogni tre mesi, verificare il loro equilibrio economico-finanziario e, nello stesso periodo, inviare un'attestazione sia al Ministero della Salute sia al Ministero delle Finanze. In caso di inadempienza da parte delle regioni, si sarebbe provveduto alla decadenza dei direttori generali e all'obbligo per le stesse di ripianare il proprio disavanzo.

Poco dopo, in seguito all'emanazione della Legge Finanziaria del 2006¹⁶¹, vennero riconfermati gli obblighi previsti dall'Intesa del 2005, modificandone alcuni aspetti.

A tal proposito, la Corte Costituzionale¹⁶² fu chiamata a giudicare una serie di controversie proposte da alcune regioni che lamentavano l'illegittimità di alcune norme verso svariati articoli della Costituzione,

¹⁵⁹ Si veda l'art.12.

¹⁶⁰ Si consulti l'art.9.

¹⁶¹ Legge n.266 del 23 Dicembre 2005, *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"*.

¹⁶² Corte Costituzionale, 7 Marzo 2007, n. 98.

tra cui il principio di uguaglianza, quello di buon andamento, nonché gli artt. 117, 118 e 119.

Secondo le ricorrenti, infatti, le disposizioni della suddetta legge *“violerebbero la competenza legislativa concorrente e le attribuzioni amministrative della regione in materia di tutela della salute[...] e, il legislatore avrebbe compresso l'autonomia regionale in modo illegittimo e irragionevole, posto che le intese e l'accordo previsti dalle norme impugnate solo all'apparenza sarebbero sottoscrivibili o rifiutabili, mentre nella realtà sarebbero imposti alla regione dall'urgente necessità di ottenere il contributo finanziario dello Stato”*.

La pronuncia della Corte indica come la cooperazione finanziaria disposta dallo Stato è diretta all'acquisizione per il servizio sanitario di un funzionamento maggiormente efficiente, conservando in capo alle regioni un ampio margine di autonomia necessario ad esercitare le loro competenze nel campo della tutela della salute.

Quindi, il fatto che lo Stato si occupi di ripianare parzialmente i deficit regionali, permette che le risorse regionali, anch'esse destinate al ripianamento del deficit, possano essere liberamente usate dalla regione interessata per accrescere il proprio servizio sanitario.

Inoltre, la Corte specifica che la scelta delle regioni di partecipare alle Intese non consiste in un obbligo, visto e considerato che potrebbero rifiutare l'adesione e riparare al deficit con propri mezzi organizzativi e finanziari.

Come sottolineato dalla dottrina¹⁶³, la giurisprudenza costituzionale, rigettando i ricorsi di tutte le Regioni, riconosce allo Stato la possibilità di inserire vincoli in materie di competenza regionale, limitando di fatto il principio di leale collaborazione.

La Legge finanziaria per il 2007¹⁶⁴ introduce una novità per ciò che riguarda i Piani di Rientro: se non sono stati raggiunti gli obiettivi (contenuti nel Piano) per ridurre il deficit, la regione può presentare misure analoghe che devono essere comunque approvate dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, ma deve anche innalzare oltre il livello massimo le aliquote Irap e Irpef per la realizzazione dei mancati obiettivi. Al contrario, se i risultati e gli obiettivi sono stati raggiunti, la regione può diminuire per l'anno successivo l'imposizione fiscale per la parte che corrisponde al miglior risultato ottenuto. In aggiunta a tali indicazioni, la Legge Finanziaria per il 2007 introduce il c.d. *Fondo transitorio di accompagnamento*, in cui lo Stato si vincola a ripianare i disavanzi dei servizi sanitari regionali, per il periodo 2001-2005, agevolando le regioni che hanno stipulato l'accordo per accedere al Fondo di accompagnamento. Anche con l'emanazione di questo testo legislativo, la Corte Costituzionale¹⁶⁵ è stata chiamata a giudicare un ricorso proposto dalla regione Veneto e della regione Lombardia, che contestavano il dislivello di trattamento con quelle regioni che, nonostante versassero in una grave situazione di disavanzo, di fatto ricevevano molti più finanziamenti da parte dello Stato. Perciò la Corte,

¹⁶³ A. S. DI GIROLAMO, "Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione", in *Quaderni Costituzionali - Giurisprudenza Costituzionale 2007*, pp. 17-18.

¹⁶⁴ Legge n. 296 del 27 Dicembre 2006, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".

¹⁶⁵ Corte Costituzionale, 9 Giugno 2008, n. 216.

ribadendo quanto esposto nella già citata sentenza n.98/2007, afferma che *“l’incremento delle risorse per il Servizio sanitario nazionale, accompagnato da specifici adempimenti a carico delle Regioni, va letto in termini di carattere incentivante del finanziamento statale ai fini del conseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e del connesso miglioramento del livello di assistenza”*. La Corte continua sostenendo che, sebbene le Regioni ricorrenti considerino la Legge come un modo per invadere le competenze regionali da parte dello Stato, tuttavia essa si pone invece come *“un’erogazione condizionata al rispetto di obiettivi precisi stabiliti a livello centrale, la cui realizzazione è monitorata periodicamente attraverso appositi nuclei di affiancamento formati da rappresentanti del governo e della Conferenza delle regioni”*.

3.1.1 Il legame con la Legge n.42 del 2009

La questione appena descritta è connessa all’emanazione della legge n.42 del 2009, c.d. legge delega sul federalismo fiscale, insieme con la norma costituzionale n.117, comma 2, lett. *m*), volta a definire il finanziamento delle spese riconducibili alla tutela costituzionale dei livelli essenziali delle prestazioni.

Più di preciso, l’art.2, comma 2, lett. *f*) di detta legge, riconosce la presenza del c.d. fabbisogno *standard*, ovvero quel *“fabbisogno che, valorizzando l’efficienza e l’efficacia, costituisce l’indicatore rispetto al quale comparare e valutare l’azione pubblica”*.

Quindi, se il legislatore doveva definire un processo di finanziamento che andasse a coprire i livelli essenziali di assistenza (Lea), il Governo doveva emanare un decreto volto ad indicare i costi e i fabbisogni standard sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep).

Inoltre, l'esercizio della delega poteva comportare l'utilizzo di un intervallo di tempo pari a due anni, mentre per coprire il finanziamento era indicato un termine di cinque anni¹⁶⁶.

Il dibattito sul federalismo fiscale evidenzia che, dal punto di vista sanitario, si sono registrati risultati positivi per ciò che riguarda il rapporto tra la corretta e adeguata individuazione dei livelli essenziali di assistenza e il riconoscimento di precisi standard volti a valutare i risultati di performance delle gestioni regionali¹⁶⁷

Secondo un'autorevole dottrina¹⁶⁸, la restrizione a carico delle Regioni e degli enti locali di trasferimenti economici dipende soprattutto dall'incertezza della situazione finanziaria venutasi a creare; rispetto agli anni Novanta, infatti, ciò che si è verificato è stato effettivamente l'arresto del finanziamento verso i sistemi regionali e locali, per

¹⁶⁶ Legge delega n. 49 del 5 Maggio 2009, *"Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"*, pubblicata in G.U. n.103 il 6 Maggio del 2009, art.2, comma 6, *"Almeno uno dei decreti legislativi di cui al comma 1 è adottato entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e reca i principi fondamentali in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici di cui al comma 2, lettera h). Un altro decreto legislativo, da adottare entro il termine previsto al comma 1 del presente articolo, contiene la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni di cui al comma 2 dell'articolo 20. [...]"*.

¹⁶⁷ V. ANTONELLI, *"Tutela della Salute"*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti delle regioni*, L. Vandelli e F. Bassanini (a cura di), Il Mulino, Bologna, 2012, p. 36.

¹⁶⁸C. TUBERTINI, *"La sanità in Italia. Organizzazione, Governo, regolazione, mercato"*, a cura di Claudio de Vincenti, Renato Finocchi Gherzi e Andrea Tardiola, in *Quaderni di Astrid*, il Mulino, 2010, p. 77.

consolidare, aumentare e accrescere l'autonomia statale. E questo ha portato ad un sistema di finanziamento del tutto inadeguato rispetto a quanto previsto a livello costituzionale.

Come è facilmente immaginabile, nonostante lo Stato abbia mantenuto per sé la quasi totalità delle risorse pubbliche, esso non ha di fatto garantito agli enti territoriali un quantitativo di mezzi adeguati, necessari per l'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Secondo la Corte Costituzionale¹⁶⁹, chiamata a giudicare un ricorso proposto da alcune Regioni che consideravano smisurato il finanziamento concesso ad altre Regioni, non sussiste alcuna violazione dell'art.3¹⁷⁰ della Costituzione poiché “[...] le Regioni sono legittimate a censurare, in via di impugnazione principale, leggi dello Stato esclusivamente per questioni attinenti al riparto delle rispettive competenze, essendosi ammessa la deducibilità di altri parametri costituzionali soltanto ove la loro violazione comporti una compromissione delle attribuzioni regionali costituzionalmente garantite”.

Questa pronuncia fa comprendere come, seppure le risorse destinate agli enti territoriali si siano ridotte notevolmente e, di conseguenza, perdurino gravi situazioni finanziarie all'interno delle Regioni, il legislatore abbia optato per soluzioni *una tantum*.

Sebbene il quadro finanziario in materia sanitaria sia abbastanza problematico, è da rilevare come sia lo Stato sia le Regioni abbiano adottato un processo di monitoraggio maggiormente incisivo rispetto a

¹⁶⁹ Corte Costituzionale, 18 Giugno 2008, n. 216.

¹⁷⁰ A tal proposito si veda il principio di uguaglianza sancito all'articolo 3 della Costituzione.

quello precedente, in cui la stessa giurisprudenza costituzionale¹⁷¹ ha affermato che, il sistema del finanziamento possa includere il ricorso a poteri amministrativi, di regolazione tecnica, nonché a rilevazioni di dati e di controllo.

3.1.2 Dalla Legge Finanziaria per il 2010 al Patto per la Salute 2014-2016

Con la Legge n.191 del 2009¹⁷² viene introdotta una novità per ciò che riguarda il sistema di monitoraggio, ovvero la creazione di un nuovo organismo: la Struttura tecnica di monitoraggio, fondata presso la Conferenza Stato-Regioni e composta da soggetti scelti dal Ministero di Economia e Finanza, dal Ministero della Salute e dal Dipartimento per gli Affari Generali. Essa viene affiancata dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato Lea, e si avvale per l'espletamento delle sue funzioni del supporto dell'Agenas e dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

La volontà di creare questa nuova figura nasce con l'obiettivo di conferire un nuovo punto di equilibrio tra Stato e Regioni per l'aspetto di monitoraggio e, inoltre, per affidare loro un luogo all'interno del quale possano esercitare un'attività di confronto.

¹⁷¹ Corte Costituzionale, 30 Dicembre 2003 n. 376: *“Il coordinamento finanziario può richiedere, per la sua stessa natura, anche l'esercizio di poteri di ordine amministrativo, di regolazione tecnica, di rilevazione di dati e di controllo [...]”*.

¹⁷² Legge n. 191 del 23 Dicembre 2009, *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”*, pubblicata in G.U. n. 302 il 30 Dicembre 2009.

Il Patto per la Salute 2010-2012, invece, fornisce una serie di elementi di natura finanziaria per cercare di ripianare il disequilibrio economico esistente.

Esso prevede che, in caso di inadempimento da parte della regione degli obblighi previsti per coprire, in tutto o in parte, il disavanzo sanitario, si applicano oltre che l'innalzamento oltre il limite massimo dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap, anche il blocco automatico del turnover del personale del sistema sanitario regionale e il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino al 31 Dicembre del secondo anno successivo.

Viene inoltre sancito l'obbligo di elaborare il Piano di Rientro qualora il deficit sanitario sia pari al 5%, e non più superiore al 7% come previsto nell'Intesa del 2005. Nell'elaborazione del Piano si affiancano per la prima volta l'Agenas e l'Aifa per supportarne gli obiettivi.

Una rilevante novità sta nel fatto che, qualora non venga presentata l'elaborazione del Piano o se ne riscontrino irregolarità, il Consiglio dei Ministri può nominare il Presidente della Regione commissario *ad acta*, per predisporre entro un mese il Piano da cui ne sarà responsabile per l'attuazione¹⁷³.

La volontà di inserire nella gestione commissariale un organo regionale indica non solo la necessità di conciliare tutti gli interventi per rientrare dal deficit di bilancio in maniera più rapida, ma anche l'intenzione di utilizzare tutti gli strumenti a disposizione per riorganizzare complessivamente il servizio sanitario regionale¹⁷⁴.

¹⁷³ Patto per la Salute 2010-2012, art. 13, comma 2, "Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario".

¹⁷⁴ M. BELLENTANI e L. BUGLIARI ARMENIO, in "La logica dei piani di rientro e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità", cit., p. 409.

Tuttavia, con la Legge di stabilità del 2011¹⁷⁵ viene disposto che le regioni che non hanno garantito gli obiettivi previsti per risanare e riequilibrare la propria situazione economica, dovranno provvedere con proprie risorse derivanti dal bilancio regionale; viene, altresì, prevista una deroga pari al 10% del blocco del *turnover* del personale sanitario soltanto se, entro il 31 Ottobre 2010, c'è stata la verifica positiva dell'attuazione parziale delle misure inserite nel Piano di Rientro della regione interessata.

Con la c.d. Manovra Finanziaria di Luglio¹⁷⁶ vengono introdotte alcune disposizioni riguardanti principalmente la figura del commissario *ad acta*, e più precisamente la regolazione dei suoi poteri con quelli degli organi governativi e con gli organi legislativi regionali.

Viene previsto che, se il commissario riscontra difficoltà provenienti da leggi regionali durante l'attuazione del Piano, dovrà inviare questi provvedimenti al Consiglio Regionale, il quale provvederà ad apportare le opportune modifiche entro 60 giorni; scaduto inutilmente tale termine, il Consiglio dei Ministri potrà adottare le misure, anche di natura legislativa, necessarie per il superamento degli ostacoli.

Riconosce ancora, una deroga parziale al blocco del turnover, specificando che essa è possibile solo per gli incarichi di natura complessa e solo se sussiste un reale stato di necessità ai fini di garantire le prestazioni contenute nei Livelli Essenziali di Assistenza.

In merito a quest'ultimo punto vi sono state diverse sentenze, ma una in particolar modo merita di essere citata. Si tratta di quella del Tar Abruzzo, che ha evidenziato una serie di criticità derivanti dai poteri del

¹⁷⁵ Legge n. 220 del 13 Dicembre 2010, "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*".

¹⁷⁶ Legge n. 111 del 15 Luglio 2011.

commissario *ad acta*, riconoscendo che questa figura non avrebbe potuto in alcun modo adottare atti che contrastassero il Piano sanitario regionale, né tantomeno operare oltre i limiti delle sue funzioni: è stato rilevato, infatti, che il commissario avrebbe chiuso ospedali di piccole dimensioni con procedure differenti rispetto a quelle previste dal Piano di Rientro 2007-2009¹⁷⁷.

Con il Patto per la Salute 2014-2016, si introduce una nuova disposizione¹⁷⁸ nella quale, se il commissario *ad acta* riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi dei Piani di Rientro, potrà provvedere a far decadere dall'incarico i direttori generali, i direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale.

È bene ricordare, tuttavia, che in seguito all'emanazione della Legge di stabilità per il 2015¹⁷⁹, la nomina del commissario *ad acta* è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di un qualsiasi incarico istituzionale presso quella Regione che è soggetta al commissariamento.

Tale disciplina viene applicata, però, per le nomine successive all'emanazione del testo legislativo appena citato.

¹⁷⁷ Tar Abruzzo, l'Aquila, 9 Giugno 2011 n. 324.

¹⁷⁸ Patto per la Salute 2014-2016, art. 12, comma 5, "Piani di organizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali".

¹⁷⁹ Legge n. 194 del 23 Dicembre 2014, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", art. 2, comma 2.

3.2 Gli obiettivi del Piano di Rientro

I Piani di Rientro nascono con una doppia funzione: la prima è sicuramente ripianare una situazione di deficit economico che, coinvolgendo una o più Regioni, rischia di incidere sul sistema finanziario nazionale, facendo sì che non vengano rispettati i vincoli di stabilità interni ed esterni; la seconda è quella di garantire i livelli essenziali di assistenza¹⁸⁰.

Essi sono strutturati, quindi, per raggiungere l'equilibrio economico e finanziario tra la spesa tendenziale e la spesa programmata coerentemente con l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Devono, inoltre, rispettare oltre che la programmazione sanitaria regionale anche e soprattutto il Piano sanitario nazionale. Questo indica che, le misure da adottare non dovranno solamente prevedere provvedimenti di riduzione ma anche consolidare e incrementare i servizi esistenti, in modo tale da garantire i Lea. Per realizzare quest'ultimo passaggio occorre, però, rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con i cambiamenti socioeconomici ma soprattutto demografici, e valutare l'aumento della domanda dell'assistenza territoriale in alcune zone del Paese dove il Servizio Sanitario Nazionale non è riuscito a funzionare al meglio. In ciascun Piano di Rientro viene fatta l'analisi dei punti di forza e dei punti di debolezza che permette di considerare gli eventi esterni al Piano di Rientro, i quali potrebbero incidere sugli obiettivi previsti.

¹⁸⁰ D. IMMORDINO, *“Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contributo regionale di solidarietà ambientale: prove tecniche (fallite) di federalismo fiscale”*, in *Le Regioni*, 2012, p. 608.

Il Piano di Rientro si compone di una serie di obiettivi: quelli generali, che vengono raggruppati a seconda dell'assistenza sanitaria, ovvero collettiva nell'ambiente di vita e di lavoro, ospedaliera o territoriale; quelli specifici, dedicati alla modifica del sistema sanitario regionale, ristrutturando l'organizzazione e la disposizione delle risorse finanziarie; quelli operativi, che consistono nel frazionamento degli obiettivi specifici e si sostanziano in interventi e azioni di riforma (come ad esempio, gli interventi regionali e le azioni affidate a livello aziendale che sono sottoposti a verifica). Una volta sottoscritto l'accordo, la Regione riceve immediatamente il 40% del finanziamento, mentre il restante 60% viene concesso soltanto dopo che è stata verificata l'attuazione del programma. Tuttavia, però, la strutturazione dei Piani di Rientro ha notevolmente inciso sulla competenza legislativa regionale, come più volte percepito nel precedente paragrafo. Andando più nello specifico, le numerose pronunce della giurisprudenza costituzionale hanno evidenziato come l'autonomia legislativa regionale risulti compressa, affidando invece al legislatore statale la possibilità di intervenire non soltanto nella materia del diritto alla salute, ma anche nel principio di coordinamento della finanza pubblica. Infatti, nonostante le Regioni ritenessero di essere competenti per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, lo Stato attraverso lo strumento dei Piani di Rientro è finito per svuotarle della loro autonomia¹⁸¹.

Ultimamente, la tendenza principale è che le Regioni siano soggette al principio di coordinamento della finanza pubblica, anche se la Corte Costituzionale ha spesso ribadito che leggi statali devono soltanto fissare

¹⁸¹ T. CERRUTI, *"I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale"*, in *Associazione italiana dei costituzionalisti*, Riv. n. 4/2013, pubblicata il 25 Ottobre 2013.

i tetti massimi di spesa, ma non costringere o impegnare le Regioni in un modo per conseguirli¹⁸². Ma, secondo la dottrina¹⁸³, le norme sui Piani di Rientro sono molto più specifiche di quelle di principio e spesso sembra che vadano oltre i limiti imposti dalla Corte alle disposizioni sul coordinamento della finanza pubblica, generando così un contrasto nella relazione tra le disposizioni in tale categoria. Partendo dal presupposto che due sono stati i punti di partenza da cui i Piani di Rientro si sono sviluppati, ovvero evitare l'aumento dei deficit finanziari all'interno delle Regioni, le quali dovrebbero limitare ai propri cittadini il godimento di alti livelli di tutela e la natura concertata di tali Piani che, in virtù del principio di leale collaborazione, si elevano a fonti del diritto¹⁸⁴. Ma, vi sono realmente degli elementi che fanno comprendere come le Regioni siano effettivamente limitate: in primo luogo, esse non sono totalmente autonome al momento della contrattazione perché, se la loro situazione finanziaria è particolarmente grave, esse sono obbligate dalla legge; in secondo luogo, sempre al momento della contrattazione, le Regioni sono rappresentate dal Presidente della Giunta, mentre si riterrebbe più opportuno che ci fosse un maggiore coinvolgimento da parte del Consiglio¹⁸⁵; da ultimo, ci si è resi conto come nella fase di redazione del Piano, la parte relativa all'accordo sta diventando sempre più marginale, lasciando così allo Stato la possibilità di effettuare

¹⁸² Corte Costituzionale, 18 Luglio 2013 n. 205.

¹⁸³M. BELLETTI, *"Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale tra tutela dei valori fondamentali, esigenze strategiche e di coordinamento della finanza pubblica"*, Aracne, 2012, p. 220.

¹⁸⁴ G. D'AURIA, nota alla sentenza della C. Cost. n. 100/2010, in *Foro.it*, 2010.

¹⁸⁵ E. GRIGLIO, *"Il legislatore dimezzato: i consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari e interventi sostituitivi governativi"* in *Le Regioni*, 2012, p. 485.

un'imposizione¹⁸⁶. Anche facendo riferimento al fine principale per cui i Piani di Rientro sono stati creati, ovvero la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza, vi sono state diverse posizioni in dottrina: c'è stato chi ha ritenuto che sulla base delle norme previste nei Piani, non solo sono state sacrificate le competenze regionali, ma soprattutto si sono ridotti i livelli delle prestazioni¹⁸⁷; ma c'è stato anche chi ha considerato i Piani di Rientro come gli strumenti che attribuiscono una lettura funzionale alla necessità di tutelare i diritti fondamentali¹⁸⁸.

3.3 Il ruolo del Sistema Nazionale di Verifica e di Controllo sull'Assistenza sanitaria

Come è stato più volte ricordato, in seguito all'Intesa Stato-Regioni del 2005, è stato istituito presso il Ministero della Salute il Comitato permanente, al quale è stato assegnato l'incarico di verificare l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Tale verifica, non solo deve avvenire rispettando i principi di appropriatezza e di efficienza per ciò che attiene l'utilizzo delle risorse, ma soprattutto si deve constatare che vi sia una coerenza tra le

¹⁸⁶ G. RIVOSECCHI, *"Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze"*, da Relazione su Convegno: Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V, Roma 13 Giugno 2013.

¹⁸⁷ E. JORIO, *"La Corte dei Conti bocchia i piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità"*, in *Federalismi.it*, n. 2 del 2010.

¹⁸⁸ R. BALDUZZI, *"Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi regionali"*, in E. CATELANI, *"Il diritto alla salute tra uniformità e differenziazione"*, Giappichelli, 2011, p. 158.

prestazioni da erogare e le risorse stesse¹⁸⁹. Numerose altre attribuzioni sono state riconosciute al Comitato, tra cui la certificazione e la verifica degli adempimenti previsti per le Regioni che richiedono l'accesso al finanziamento da parte del bilancio dello Stato. Più precisamente, la Legge Finanziaria per il 2006¹⁹⁰ ha riconosciuto in capo al medesimo comitato l'obbligo di certificare i piani regionali aventi ad oggetto il contenimento delle liste di attesa, di verificare l'effettiva stipula degli accordi regionali in conformità con quelli collettivi nazionali per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e di verificare i provvedimenti regionali relativi alle prestazioni sanitarie esenti.

Tuttavia, le sue funzioni sono state integrate grazie alla stipula del Patto per la Salute del triennio 2010-2012, il quale ha costituito una struttura paritetica con le Regioni definita appunto STEM, ovvero struttura tecnica di monitoraggio.

Inoltre, il Comitato si avvale anche del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che serve al governo sanitario nazionale, regionale e locale per accrescere l'accesso alle strutture e per aumentare i benefici derivanti dai servizi per i cittadini-utenti.

L'attività relativa al monitoraggio è garantita, in modo quasi totalitario, dal Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (Siveas)¹⁹¹. Le sue funzioni principali si fondano su una serie di

¹⁸⁹ G. CARPANI, *“Le garanzie per l'effettività dei LEA: quale ruolo per l'esecutivo e l'amministrazione statale”*, in *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Quaderni di sanità pubblica, a cura di L. Vandelli e C. Bottari, Maggioli, 2014, p. 106.

¹⁹⁰ Legge n. 266 del 23 Dicembre 2005, *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”*.

¹⁹¹ Istituito con legge n. 296 del 27 Dicembre 2006 (legge finanziaria per il 2007), *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”*.

elementi: il primo, risiede nel definire gli strumenti di valutazione e i metodi per misurare i fenomeni sanitari, come ad esempio monitorare le azioni poste in essere dalle regioni in conformità con quanto previsto dai Piani di Rientro, o ancora monitorare il sistema sanitario regionale per ciò che attiene la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e l'equilibrio economico-finanziario; il secondo, si basa sullo stretto legame intercorrente tra organizzazioni nazionali e regionali per raccogliere e gestire gli elementi necessari per le procedure di valutazione e di monitoraggio; il terzo, infine, ha ad oggetto un forte vincolo tra i Ministeri e le Regioni per un'adeguata realizzazione delle funzioni di affiancamento.

A sostegno di quanto esposto, il Siveas richiede che venga definito un metodo per far sì che i Ministeri possano verificare lo stato dei Piani di Rientro in relazione agli obiettivi di garanzia dei livelli essenziali di assistenza e al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario. Così come descritto il sistema di monitoraggio indica il modo attraverso cui possano essere sottoposte a controllo le Regioni che si trovano in Piano di Rientro, e quindi valutare il proprio operato non solo per quanto riguarda il ripiano del disavanzo sanitario ma anche come esse riescono effettivamente a garantire i livelli essenziali di assistenza ai propri cittadini. Ad ogni modo, la realizzazione degli obiettivi previsti nel Piano di Rientro viene valutata grazie ai documenti forniti dalla Regione ai Ministeri; vengono poi effettuate verifiche stabilite nell'accordo di approvazione, il cui termine può essere di tre mesi o di un anno; ad esse possono aggiungersene altre, in modalità straordinaria e se si ritiene opportuno.

Se, al termine di tale verifica, risulta che la Regione ha eseguito la realizzazione degli obiettivi, quest'ultima potrà ricevere un maggiore finanziamento; in caso contrario, le quote finanziarie smetteranno di essere trasmesse¹⁹². Qualora, invece, però dopo la verifica annuale non risultino rispettati gli obiettivi contenuti nel Piano di Rientro, la Regione potrà chiedere ai Ministeri delle misure equivalenti, che dovranno essere approvate dagli stessi, e dovrà comunque innalzare l'imposizione fiscale oltre il limite massimo per provvedere alla copertura del disavanzo sanitario. Ma, se la Regione dovesse aver raggiunto gli obiettivi previsti, potrà ridurre l'aliquota Irap e l'addizionale Irpef per l'anno d'imposta successivo¹⁹³.

3.3.1 Il monitoraggio formale

Il monitoraggio formale indica l'effettiva verifica della compiuta attuazione dei provvedimenti previsti dal Piano di rientro.

Questa modalità di monitoraggio si è configurata, per la sua importanza ed estrema complessità e onerosità organizzativa-gestionale, come la prima attività sulla quale si sono concentrati gli impegni attuativi a livello centrale¹⁹⁴.

¹⁹² R. CALANNI, *"I piani di rientro dal deficit sanitario"*, in *Norma quotidiano di informazione giuridica*, 2011, p. 10.

¹⁹³A tal proposito si veda la Legge n. 296/2006, Legge finanziaria per il 2007, art.1, comma 796, lett. b).

¹⁹⁴ Si consulti http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1908&area=pianiRientro&menu=obiettivi.

Poiché il flusso di documenti da dover gestire, inviati dalle Regioni, risultava particolarmente cospicuo, si è optato per la creazione di un sistema di rete che supporta la gestione delle attività collegate con la funzione relativa all'approvazione dei provvedimenti regionali attuativi dei Piani di Rientro.

Tale sistema permette, così, di gestire l'intero processo partendo dall'invio dei provvedimenti da parte delle Regioni fino a giungere al parere da parte dei Ministri affiancanti, generando in tal modo una garanzia e una certificazione sul controllo dei documenti in formato elettronico.

Le aree di monitoraggio su cui questo sistema s'inserisce sono molteplici: l'assistenza ospedaliera, socio-sanitaria e farmaceutica, la specialistica ambulatoriale, l'offerta privata e l'accreditamento, l'acquisto di beni e servizi, la gestione del personale, l'edilizia sanitaria e gli aspetti finanziari. Focalizzando l'attenzione sull'oggetto di tesi, e quindi sulla materia dell'accreditamento, la maggior parte delle regioni sottoposte ai Piani di Rientro non hanno riportato risultati eccellenti.

Infatti, il dato che accomuna le realtà territoriali è che i rapporti con gli erogatori privati si caratterizzano per notevoli conflittualità basate sulla mancanza di una preventiva specificazione dei fabbisogni, o addirittura per non aver definito i requisiti né tantomeno le procedure per l'accreditamento definitivo degli erogatori.

Adirittura nella realtà calabrese, che verrà descritta nel successivo capitolo, nonostante essa abbia adottato un decreto per l'accreditamento definitivo delle strutture private sanitarie e socio-sanitarie, i Ministeri hanno effettuato numerose critiche basate sulla mancata ridefinizione del fabbisogno.

3.3.2 Il monitoraggio sostanziale

Il Siveas nell'affiancamento delle Regioni in Piano di Rientro esercita un monitoraggio sostanziale al fine di analizzare tutti gli effetti delle manovre poste in essere dai sistemi sanitari regionali, che sono oggetto di osservazione sia per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza sia per il contenimento della spesa.

Il monitoraggio sostanziale sostituisce i precedenti monitoraggi di sistema e di attuazione.

Nel primo, l'obiettivo principale era quello di verificare l'impatto che i Piani di Rientro avevano nel sistema sanitario regionale, individuando, eventualmente, ambiti di intervento prioritari.

Nel secondo, invece, erano stati previsti alcuni gruppi di lavoro che si impegnavano ad operare nell'assistenza ospedaliera e territoriale, nella rete dell'emergenza-urgenza, nel settore del personale e anche in quello della farmaceutica.

Attualmente, il sistema di monitoraggio sostanziale si occupa di verificare una serie di situazioni: in primis, l'analisi degli scostamenti tra quanto previsto e quanto effettivamente realizzato; secondariamente, l'accertamento dei programmi operativi, i quali identificano il processo di implementazione degli atti regionali e aziendali finalizzati all'attuazione dell'intervento formalmente previsto; in terzo luogo, vengono effettuate delle valutazioni periodiche sulle regioni e precisamente, sui risultati ottenuti, in modo tale da, eventualmente, intervenire sulle aree ritenute maggiormente critiche mediante interventi di correzione rispetto a quelli inizialmente previsti nel Piano.

Il complesso sistema di affiancamento e di monitoraggio costituisce da un lato, un modo per comprendere come il governo del sistema sanitario sia divenuto nel tempo sempre più condiviso, ma dall'altro, esso riconosce in capo alle Regioni un modo per comprimere costantemente la loro autonomia. È da notare che, in via generale, attribuire alcune funzioni amministrative in materie rientranti nella competenza legislativa regionale concorrente o residuale non comporta un freno per la competenza regionale, purché, però, vengano messi in luce i motivi dell'attribuzione, venga rispettato il principio di leale collaborazione e vengano totalmente coinvolte le regioni.

3.4 Il commissariamento delle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro

Al mancato raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano di Rientro, conseguono per la Regione notevoli difficoltà dal punto di vista finanziario, ma anche per i cittadini che non vedranno garantita la piena erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Quando la regione non adotta un meccanismo efficace di utilizzo delle risorse, si procederà con la diffida o la messa in mora della regione stessa, per la quale è previsto un termine entro cui dovrà adempiere agli obblighi di risanamento, di riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del servizio sanitario regionale previsti nel Piano.

Tuttavia, per le Regioni sottoposte ai Piani di Rientro che non siano in regola con le verifiche del Tavolo degli adempimenti e del Comitato Lea, è prevista la nomina di commissari *ad acta*, previa diffida.

Sia la diffida che il commissariamento sono di competenza del Presidente del Consiglio dei Ministri, che agisce su proposta del Ministro dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministro della Salute.

Lo schema prevede che la Regione interessata, una volta diffidata ha 15 giorni di tempo per adottare tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali per garantire gli obiettivi previsti nel Piano.

Scaduto inutilmente questo termine, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina il commissario *ad acta* per tutta la durata del Piano di Rientro¹⁹⁵.

Poco dopo, è stata riconosciuta la possibilità di nominare uno o più subcommissari con alte competenze specialistiche nel campo della gestione sanitaria, anche dopo che il primo mandato commissariale è iniziato.

I subcommissari saranno responsabili per ciò che attiene l'affiancamento del commissario *ad acta* nel programmare e disporre i provvedimenti da adottare¹⁹⁶.

È da notare come il ricorso al commissariamento si fondi sul principio posto all'art.120 Cost. che disciplina i poteri sostitutivi del governo nei confronti delle regioni.

¹⁹⁵ Legge n. 222 del 29 Novembre 2007, art. 4, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale".

¹⁹⁶ Decreto legge n. 154 del 7 Ottobre 2008, "Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali", convertito nella legge n. 189 del 4 Dicembre 2008.

L'introduzione di questo strumento ha consentito di rendere più flessibile il sistema delle competenze, regolato dal principio di sussidiarietà¹⁹⁷.

Secondo una sentenza della Corte Costituzionale¹⁹⁸ vi sono due elementi che aiutano a comprendere la struttura del potere sostitutivo: esso si presenta come un istituto straordinario al quale si ricorre solo in caso di gravi necessità, affidandone al governo la potestà legislativa; inoltre, esso si configura come una deroga, seppur temporanea, quando l'ente, in principio titolare della competenza, non compie gli atti obbligatori previsti nei Piani di Rientro.

La medesima giurisprudenza¹⁹⁹ è stata chiamata a esprimersi su numerosi ricorsi proposti, quasi sempre, dal Presidente del Consiglio dei Ministri avverso leggi regionali. La più significativa è quella che vede coinvolta la regione Lazio, nella cui legge regionale²⁰⁰ sono state riscontrate alcune disposizioni limitative o preclusive delle competenze del commissario *ad acta*.

All'interno del testo normativo vengono ravvisate alcune irregolarità come l'individuazione nei soli organi ordinari di poter provvedere alle modifiche di disposizioni finanziarie e contabili della regione; o ancora, la presenza di interi articoli a favore del personale operante nel servizio sanitario regionale, derogando di fatto al *turnover* previsto al momento

¹⁹⁷ V. ANTONELLI, "Livelli essenziali. Materie trasversali e altri fattori unificanti", in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, L. Vandelli e F. Bassanini (a cura di), Il Mulino, Bologna, 2012, p. 395.

¹⁹⁸ Corte Costituzionale, 20 Gennaio 2004, n. 43, relativamente ai poteri sostitutivi.

¹⁹⁹ Corte Costituzionale, 11 Gennaio 2010, n. 2.

²⁰⁰ Legge Regione Lazio, 11 Agosto 2008, n. 14 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008-2010 della Regione Lazio".

della sottoscrizione del Piano di Rientro; infine, viene contestata la scelta dei direttori generali, amministrativi e sanitari di aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere che non avviene secondo quanto disposto dal provvedimento di commissariamento. La Corte ha dichiarato costituzionalmente illegittime tutte le disposizioni proposte dal Presidente del Consiglio dei Ministri, specificando che risulta violato l'art.120 Cost., poiché il commissario *ad acta* risulta palesemente esautorato delle sue attribuzioni. Comunque, prima che fosse emanata la legge del 2015 che impedisce al Presidente della Giunta Regionale di essere nominato commissario *ad acta*, vi sono state numerose critiche relative al fatto che tale scelta limitasse e comprimesse l'autonomia regionale²⁰¹. Infatti, con l'emanazione del decreto legislativo n.149 del 2011 recante "*Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli artt. 2, 17, 26 della legge 42/2009*", era stato previsto addirittura lo scioglimento dei Consigli regionali in caso di grave dissesto finanziario; dissesto che si poteva verificare se il commissario, e quindi il Presidente della Giunta, non avesse adempiuto all'obbligo di redazione del piano di rientro, o se si fosse riscontrato il mancato raggiungimento degli obiettivi, con perdurante disavanzo sanitario oltre la misura prevista dal piano. Subito dopo l'emanazione di questo testo legislativo la dottrina si è espressa pronunciando alcune critiche relative alla confusione che si creava ponendo in unico soggetto il ruolo del commissario e del Presidente della Giunta²⁰². Nel tempo,

²⁰¹ R. DICKMANN, "*Il Commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa?*", nota alla sentenza della Corte costituzionale del 14 Gennaio 2010, n. 2, in *Federalism.it*, n. 3, 2010.

²⁰² G. PICCIRILLI, "*Il fallimento politico del Presidente della giunta regionale. Note critiche sul decreto legislativo in materia di premi e sanzioni*", in Associazione italiana dei costituzionalisti, Riv. n. 4 del 30 Novembre 2011, p. 2.

infatti lo strumento del commissariamento si è trasformato: inizialmente veniva utilizzato per determinare le competenze pur facendole rimanere inalterate, mentre poi è diventato un modo per lo Stato di invadere l'autonomia regionale. Il pensiero appena esposto è testimoniato dal fatto che la figura del commissario *ad acta* non viene facilmente inquadrata a livello giuridico e per di più non permette il corretto svolgimento delle dinamiche proprie del principio di leale collaborazione²⁰³. Il mancato successo dei commissari risiede anche nel fatto che la regione non riesce a gestire in modo autonomo i piani di rientro e che non possiede un'autorevole responsabilità politica, poiché non attua politiche di programmazione. A ciò deve anche aggiungersi il fatto che la regione risulta quasi priva di atti normativi e si compone principalmente di un susseguirsi di decreti del commissario²⁰⁴. Un'ulteriore questione relativa alle criticità del commissariamento risiede nell'aspetto finanziario che prevale, di fatto, sull'aspetto sanitario²⁰⁵. Sembrerebbe, però, che il Patto per la Salute 2014-2016 vorrebbe rafforzare i vantaggi sia per lo Stato sia per le regioni: per il primo, resterebbe il controllo sui conti pubblici mediante monitoraggio formale e sostanziale; per le regioni, invece si tratterebbe di riottenere la propria autonomia attraverso una cooperazione reale che porti al vero rispetto del principio di leale collaborazione²⁰⁶.

²⁰³ D. SCARPONE, "I piani di rientro", in *Federalismi.it*, Osservatorio di diritto sanitario n. 0 del 7 Febbraio 2014.

²⁰⁴ C. CUCCURULLO, "Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai piani di rientro", in *Rapporto Oasi 2012*, p. 220.

²⁰⁵ M. ESPOSITO, "Sanità, la Campania è ultima per assistenza", da *Il Mattino* del 26 Maggio 2014, n. 9.

²⁰⁶ C. CUCCURULLO, "Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai piani di rientro", cit., p. 225.

3.5 L'accreditamento e i Piani di Rientro

L'impatto che il sistema di accreditamento ha nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro risiede nel fabbisogno di acquisto delle prestazioni dal privato coerentemente con la programmazione regionale e con i vincoli economici e finanziari.

L'accreditamento si esplica, quindi, nel ridisegnare le modalità e i criteri di riorganizzazione della rete ospedaliera al fine di risultare maggiormente efficace per soddisfare i bisogni dei cittadini.

Più precisamente, diverse sono state le misure adottate: in primo luogo, è stata creata una rete di monitoraggio insieme alla definizione di modelli necessari per l'organizzazione dell'offerta ospedaliera; in secondo luogo, si sono prodotti degli schemi con principi e regole volti a disciplinare il rapporto tra erogatori pubblici e privati, e finalizzati a garantire qualità e appropriatezza; inoltre, sono stati individuati nuovi aspetti di governance delle Aziende Ospedaliere Universitarie mediante la definizione sia di linee guida per gli assetti di governance delle Aziende Ospedaliere Universitarie sia di progettazione organizzativa delle Aziende Ospedaliere Universitarie per rinforzare l'integrazione tra formazione, ricerca e assistenza²⁰⁷.

Per di più, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali svolge un ruolo fondamentale nel supportare le Regioni in Piano di Rientro con particolare riferimento all'oggetto di questo lavoro: infatti, essa oltre a verificare i provvedimenti adottati dalle Regioni per garantire il perseguimento degli obiettivi previsti nei Piani di Rientro, ricopre una

²⁰⁷ Sistema di Valutazione dell'Assistenza del Servizio Sanitario Nazionale, Ufficio X, p. 596.

considerevole posizione nella riorganizzazione e riqualificazione delle regioni in deficit.

Si occupa quindi, di rimodulare la rete degli ospedali, del territorio e dell'emergenza-urgenza sulla base del "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"²⁰⁸. Con quest'ultimo, all'art.1, comma 5, lett.b), viene indicato che il fabbisogno sanitario regionale deve essere adottato " [...] nell'ambito delle procedure di accreditamento con le opportune iniziative affinché gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e della legge 26 novembre 1973, n. 817, trasmettano alla regione stessa, annualmente, il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. [...]".

Tuttavia, non sono mancate le pronunce della giurisprudenza circa controversie in materia di autorizzazione e accreditamento nelle Regioni in Piano di Rientro.

Tra le più recenti, vale la pena ricordare il parere della Corte Costituzionale, la quale riconosce l'illegittimità di due articoli presenti in una legge regionale perché ritenuti idonei a compromettere, o a restringere significativamente, l'applicabilità di eventuali regimi diversi e più stringenti, come quello che il Commissario *ad acta* dichiara di aver elaborato in adempimento all'incarico ricevuto per l'attuazione del piano di rientro e che è destinato ad essere sottoposto al procedimento di formazione delle leggi regionali²⁰⁹. Viene riconosciuto²¹⁰ che sussiste

²⁰⁸ Decreto del 2 Aprile 2015, n. 70, entrato in vigore il 19 Giugno 2015.

²⁰⁹ Corte Costituzionale, 7 Ottobre 2015, n. 227.

²¹⁰ G. COSMELLI, "Corte Costituzionale, Sent. 7 Ottobre-11 Novembre 2015, n. 227, in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale delle strutture

anche una violazione degli artt. 117 comma 2 e 120 della Costituzione, perché l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni in materia di tutela della salute, e in tal caso nella materia di gestione del servizio sanitario, si scontra con dei limiti imposti dalle esigenze della finanza pubblica, volte a contenere i disavanzi del settore sanitario. Gli accordi che verranno ad essere stipulati fanno sì che la Regione possa sia definire i percorsi di risanamento del proprio disavanzo ma, contestualmente, ne escludono la possibilità che esse possano adottare misure in contrasto con i percorsi definiti. Una giurisprudenza ancora più recente²¹¹ afferma che l'accreditamento istituzionale può essere concesso solo a quelle strutture che si trovano in una condizione di accreditamento provvisorio e mai a quelle solamente autorizzate. La regione Campania, oggetto della pronuncia, incontra un limite derivante dal Piano di Rientro, e perciò ha sospeso il rilascio delle autorizzazioni per nuove strutture, nonché le valutazioni del fabbisogno proprio per contenere il più possibile la spesa pubblica.

La decisione del Consiglio di Stato conferma quanto previsto dalla regione Campania, specificando che le società (che molto spesso ricorrono in giudizio) che non possiedono l'accreditamento provvisorio, ma soltanto una verifica positiva dei requisiti non sono sottoposte al rilascio dell'accreditamento istituzionale, ovvero al limite derivante dal Piano di Rientro²¹².

sanitarie nelle regioni in Piano di Rientro", da www.amministrazioneincammino.luiss.it.

²¹¹ Consiglio di Stato, 9 Giugno 2016, n. 2462.

²¹² G. DE MARCO, "Il Consiglio di Stato sull'accreditamento istituzionale in Campania", in *Associazione Italiana Ospedaliera Privata*, Approfondimento giuridico.

CAPITOLO IV

IL COMPLESSO CASO DELLA REGIONE CALABRIA

4.1 Il sistema sanitario della Regione Calabria

La Regione Calabria ha, da sempre, tardato ad attuare gli obiettivi previsti dal Servizio Sanitario Nazionale, indicati dal decreto legislativo n.502 del 1992, e dalle sue successive modificazioni.

Nel 1995, con l'emanazione da parte della Regione del Piano Sanitario Regionale ²¹³, sembrava che fossero state inserite una serie di disposizioni che andassero a regolare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, ma sostanzialmente esse non hanno prodotto alcun effetto.

Nonostante in detta legge fossero presenti norme che intendevano sia eliminare gli squilibri territoriali e strutturali esistenti²¹⁴ e sia conferire al Piano l'efficacia di indirizzo, di prescrizione e di vincolo per tutti gli interventi in materia sanitaria nell'ambito regionale²¹⁵, esse non si sono mai concretizzate per i ritardi e le inadempienze della Regione, causati dalla mancanza di politiche di programmazione che non hanno permesso lo sviluppo di una riforma organica che andasse a rispettare quanto disposto dalla legislazione nazionale²¹⁶.

²¹³ Piano Sanitario Regionale 1995-1997, attuato con la legge regionale del 3 Aprile 1995 n. 9.

²¹⁴ Ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge regionale del 3 Aprile 1995, n. 9.

²¹⁵ Ai sensi dell'art. 7, comma 1, della legge regionale del 3 Aprile 1995, n. 9.

²¹⁶ E. GRIGLIO, *"Il sistema sanitario della regione Calabria a due anni dalla riforma costituzionale"*, in *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, a cura di R.Balduzzi, Giuffr , Milano, 2005, p. 253.

Analoghi ritardi si sono registrati anche in seguito all'emanazione di altre due leggi regionali del 1996 poiché, non avendo carattere autoapplicativo, necessitavano di ulteriori specificazioni, e quindi di provvedimenti attuativi anche a livello aziendale.

La medesima sorte è toccata per gli adempimenti previsti dal decreto legislativo del 1998 n.112, che ha trovato attuazione soltanto quattro anni dopo con la pubblicazione della legge regionale n.34 del 2002²¹⁷.

Le continue inadempienze da parte della Regione hanno fatto sì che si delineasse un quadro che indicava come essa fosse inefficiente e incapace a rispettare gli obblighi previsti dalla normativa statale, la quale ha dovuto sempre “assistere” il governo regionale in materia di tutela della salute.

A tal proposito è intervenuta anche la Corte dei Conti che ha riconosciuto *“carenze, omissioni e ritardi nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza sanitaria in conseguenza di una politica per decenni rimasta insensibile ai profondi cambiamenti che hanno interessato il Servizio Sanitario Nazionale”*²¹⁸.

²¹⁷ Legge regionale del 12 Agosto 2002, n. 34 recante *“Riordino delle funzioni amministrative regionali e locali”*, pubblicata in G.U. n. 005 l'1 Febbraio 2003.

²¹⁸ Corte dei Conti, *“Indagine sul tema dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento alla gestione ospedaliera nella Regione Calabria”*, anni 2000/2001 e stime 2002.

4.1.1 Il Piano Regionale per la Salute 2004-2006

Il Piano Sanitario Regionale²¹⁹ si colloca in un contesto di rilevante evoluzione dello scenario normativo, finanziario e contrattuale della sanità nel nostro Paese.

Esso afferma di non essere riuscito a garantire l'equità, il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, l'efficienza organizzativa e la sostenibilità economica.

L'inerzia della Regione si giustifica nelle precedenti due leggi regionali, le quali hanno provveduto solamente ad indicare i principi fondamentali della materia sanitaria, lasciando spazio all'autonomia delle aziende sanitarie per autodisciplinarsi²²⁰.

Si può notare, infatti, come la regione Calabria goda di forti differenze territoriali, sia dal punto di vista geografico per la presenza di aree montane nelle vicinanze delle località costiere, sia dal punto di vista demografico per l'esistenza di aree molto popolate accanto ad aree con bassissima densità demografica; perciò, ogni struttura sanitaria può delineare il proprio modello a seconda del luogo in cui si trova²²¹.

Ma, la motivazione principale per la quale la Regione non è riuscita ad adempiere ai principi di aziendalizzazione, posti alla base del decreto legislativo n.229 del 1999, risiede nell'accorpamento delle responsabilità

²¹⁹ Approvato con la legge regionale del 19 Marzo 2004, n. 11, pubblicato in B.U. n. 3 del 20 Marzo 2004.

²²⁰ E. BORGONOVÌ, *"Il modello organizzativo: analisi delle varianti regionali nel Servizio sanitario nazionale"*, in Ragiusan, 1999, p. 11.

²²¹ E. GRIGLIO, *"Il sistema sanitario della regione Calabria a due anni dalla riforma costituzionale"*, cit., p. 257.

politiche e di quelle amministrative, le quali hanno impedito il rispetto dei parametri organizzativi posti in essere dallo Stato.

Inoltre, vediamo come la ristrutturazione della rete ospedaliera non è avvenuta in modo conforme rispetto a quanto previsto dalla normativa nazionale: infatti, la situazione non appare assolutamente modificata rispetto al passato, poiché le aziende ospedaliere presenti sul territorio regionale continuano ad essere quattro con pochissimi posti letto.

Inoltre, la loro relazione con i presidi risulta del tutto sproporzionata, di fatto sfavorendoli.

Analizzando il profilo oggetto di questo lavoro, ovvero l'accreditamento, contrariamente alle aspettative, il rapporto tra pubblico e privato è caratterizzato da una prevalenza di strutture private accreditate, che costituiscono un aspetto peculiare per la Regione. Infatti, seppure i posti letto ospedalieri sono molto pochi, la presenza del privato accreditato incide non soltanto sul tipo di prestazione erogata, ma anche sulla spesa effettuata per finanziarne il servizio.

Ne consegue che, la rete ospedaliera deve ancora uniformarsi ai parametri previsti dal decreto legislativo n. 229 del 1999, poiché permane uno squilibrio notevole di disponibilità dei posti letto in relazione alle diverse tipologie di assistenza: vi sono molti più posti letto per acuti, e una notevole carenza di posti letto per lungodegenza e riabilitazione.

Il tutto ha condotto alla conclusione che molto spesso la Regione abbia dovuto far fronte alle cospicue spese derivanti dalla mobilità passiva. Inoltre, le sue continue inadempienze hanno generato la creazione di un sistema di aziendalizzazione del tutto disorganico e incompleto. Su

spinta della Corte dei Conti, un modo per iniziare a sopperire a questi costanti ritardi è stata la creazione di un sistema informativo, tra l'altro tutt'ora in corso di realizzazione, che consente alla Regione di poter monitorare l'attività di ciascuna azienda sanitaria. Il rallentamento persino di questa procedura fa facilmente comprendere come la Regione avrebbe potuto svolgere un ruolo di coordinamento, facilitando, così la programmazione sanitaria e la sua valutazione sull'implementazione della stessa.

4.1.2 Il percorso che ha portato all'adozione del Piano di Rientro

Dopo l'elaborazione del Piano Regionale per la Salute 2004-2006, gli organi regionali hanno disposto una serie di interventi finalizzati a redigere un nuovo Piano Sanitario.

Precisamente, essi proponevano di riorganizzare le undici Aziende Sanitarie Locali in tre nuove Aziende, che avrebbero coperto rispettivamente la parte settentrionale, centrale e meridionale del territorio regionale.

Inoltre, si voleva riorganizzare anche le quattro Aziende Ospedaliere presenti, aggiungendone un'altra, una per ogni provincia.

L'obiettivo era quindi quello di separare le funzioni di committenza delle prestazioni da quelle proprie di erogazione: queste ultime dovevano essere affidate alle aziende ospedaliere e alle strutture accreditate, mentre le prime, esclusivamente alle Aziende Sanitarie Locali.

C'è stato chi ha ritenuto che si volesse, per certi versi, creare un sistema c.d. aperto, proprio come quello esistente in Lombardia, dove cioè le

funzioni erano separate, e dove si sarebbe potuto ricorrere alla privatizzazione in alternativa all'organizzazione per aziende.

Ma, due sono stati principalmente i nodi critici della questione: il primo, relativo alle caratteristiche proprie del modello e il secondo per la composizione territoriale e sanitaria calabrese.

Infatti, in Lombardia essendo il fulcro del sistema il principio della libera scelta del cittadino, il problema effettivo è relativo ai costi che nel breve periodo tenderanno ad aumentare, proprio per l'apertura del mercato²²².

Inoltre, ci si è resi conto come le minime criticità del modello lombardo andrebbero a crescere in una realtà come quella calabrese, la quale possiede un contesto sociale, economico, amministrativo, demografico, ma soprattutto politico del tutto diverso.

Tuttavia, però nessuno di questi interventi è riuscito ad arrivare all'approvazione di un vero e proprio piano sanitario, nonostante fosse stata una delle poche volte in cui la Regione voleva elaborare una forma di programmazione ponendo l'accento su quei principi e su quei valori che avrebbero portato ad una riforma dell'intero sistema sanitario regionale.

Quindi, la proposta della Giunta regionale di creare un mercato aperto non è andata a buon fine, mantenendo inalterata la configurazione delle undici Aziende Sanitarie Locali e delle quattro Aziende Ospedaliere, nonché quella dei soggetti privati che continuano ad essere coinvolti nella ristrutturazione della rete ospedaliera.

²²² G. CILIONE, *“Diritto sanitario. Profili Costituzionali ed amministrativi. Ripartizione delle competenze. Organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico. Ruolo dei soggetti sanitari privati. Disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità”*, cit., p. 57.

Per la riorganizzazione del sistema sanitario regionale particolare importanza riveste, ai fini della nostra analisi, la legge regionale n. 11 del 2004²²³, la quale all'art.8 prevede la tassativa riduzione e decadenza del meccanismo di accreditamento.

Infatti esso recita *“I posti letto per acuti delle strutture pubbliche e private accreditate concorrono, su base complessiva regionale, al conseguimento dello standard di quattro posti letto ogni mille abitanti stabilito dal piano regionale per la salute, rimanendo inalterato il rapporto percentuale tra posti letto pubblici e privati accreditati per acuti, fino alla concorrenza massima del 32% di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto per acuti esistenti alla data del 31 dicembre 2003. I posti letto eccedenti delle strutture pubbliche e private sono ridotti e decadono dall'accreditamento e possono essere riconvertiti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione, con priorità per la riconversione dei posti letto pubblici, nei limiti delle relative disponibilità ed in coerenza con le indicazioni del piano regionale per la salute.”*

Il ruolo del privato accreditato si modifica, riconoscendo un principio per cui il rapporto tra posti letto pubblici e privati deve rimanere inalterato fino alla concorrenza massima del 32% dei posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto pubblici fino al 31 Dicembre 2003.

La soluzione proposta dalla nuova normativa regionale indica, quindi, una sorta di compromesso tra il vecchio e il nuovo regime poiché cerca, per quanto possibile, di mantenere la stabilità precedentemente ottenuta.

²²³ Legge regionale del 19 Marzo 2004, n. 11, BUR del 16 Marzo 2004, n. 5, supplemento ordinario n. 3.

Poco dopo, è stata emanata un'ulteriore legge regionale volta a specificare e a dare attuazione al complesso meccanismo dell'accREDITAMENTO.

Essa²²⁴ introduce una disposizione che regola l'eventuale cessione e decadenza dell'autorizzazione all'esercizio, riconoscendo all'art.9, comma 1, che *“a seguito di trasferimento di fusione di più soggetti accreditati o di trasformazione societaria, in qualsiasi forma, della proprietà della struttura o della concessione in godimento della struttura stessa ad un soggetto diverso da quello autorizzato, l'autorizzazione all'esercizio può essere ceduta previo assenso del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie a seguito di verifica della permanenza dei requisiti. In caso di cessione all'esercizio lo stesso soggetto non può essere autorizzato all'esercizio della stessa attività ceduta per almeno un anno”*.

Per dare attuazione alle norme prevista in detta legge, è stato anche emanato un Regolamento per l'autorizzazione all'esercizio e l'accREDITAMENTO nel servizio sanitario regionale, il quale oltre ad indicare gli obiettivi, le finalità e i requisiti specifici necessari per il rilascio dei provvedimenti, riprende quanto esposto poc'anzi, precisando all'art. 13, comma 5, che alla struttura che intende fare richiesta della voltura dell'autorizzazione, ma che possiede anche l'accREDITAMENTO, è consentita anche la trasformazione per quest'ultimo. Si occupa inoltre di specificare che qualora la struttura possieda soltanto l'accREDITAMENTO e non già l'autorizzazione, non si potrà in alcun modo procedere.

²²⁴ Legge regionale del 18 Luglio 2008, n. 28, BUR del 16 Luglio 2008, n. 14, supplemento straordinario del 26 Luglio 2008, n. 3, *“Norme in materia di autorizzazione, accREDITAMENTO, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”*.

Nonostante gli interventi volti a ricercare nuove soluzioni organizzative per garantire un servizio maggiormente efficace ed efficiente e per adeguare le offerte di prestazioni ai bisogni sempre in crescita dei cittadini, tuttavia è sempre mancata una programmazione sanitaria che recepisce in modo opportuno e approfondito quanto disposto dai decreti legislativi n. 502/1992 e n. 229/1999.

Perciò, con una delibera di Giunta²²⁵ Regionale viene approvato il Piano di Rientro del servizio sanitario regionale.

Dopo pochissimi giorni²²⁶, confermando le deliberazioni precedenti viene sottoscritto l'Accordo per il suddetto Piano tra il Ministro dell'Economia e delle Finanze, il Ministro della Salute e il Presidente della Regione Calabria. Esso prevedeva una serie di interventi da attuare nel triennio 2010-2012 per ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della regione. Dopo quasi un anno dalla sottoscrizione, le verifiche poste in essere dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei Lea hanno confermato le criticità e le inadempienze già presenti in Regione e, quindi, con una delibera²²⁷ stavolta del Presidente del Consiglio, ai sensi del Patto per la Salute del 3 Dicembre 2009, art. 13, comma 5, è stato nominato come commissario *ad acta* il Presidente della Regione, responsabile dell'attuazione del Piano. Perdurando una situazione di instabilità e particolarmente problematica, lo stesso Presidente del Consiglio²²⁸, ha affiancato al commissario *ad acta* un generale della Guardia di Finanza in qualità di subcommissario, per rafforzare l'effetto delle attività commissariali.

²²⁵ Del 16 Dicembre 2009, n. 845.

²²⁶ Accordo del 17 Dicembre 2009.

²²⁷ Del 30 Luglio 2010.

²²⁸ In data 4 Agosto 2010.

4.2 Il mandato commissariale e i suoi limiti

Inizialmente, ai sensi della Legge n.159 dell'1 Ottobre 2007²²⁹, è stato disposto il commissariamento della Regione Calabria; la medesima disposizione è stata utilizzata dalla Deliberazione del Consiglio dei Ministri ²³⁰ per nominare l'attuale commissario *ad acta* e il subcommissario.

Da un'attenta lettura della norma richiamata emerge che laddove *“si prefigurano il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani... il Presidente del Consiglio dei Ministri, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, ... diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano”* e soltanto *“Ove la regione non adempia alla diffida di cui al comma 1, ovvero gli atti e le azioni posti in essere, valutati dai predetti Tavolo e Comitato, risultino inadeguati o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro...”*.

A tal proposito, è bene evidenziare che ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 159/2007 la nomina del Commissario *ad acta* è prevista *“...per l'intero periodo di vigenza del singolo piano”*, ossia, originariamente in

²²⁹ Art. 4, *“Commissari ad acta per le regioni inadempienti”*.

²³⁰ Del 12 Marzo 2015.

forza della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, per tutta la vigenza del Piano di Rientro 2010-2012, e la legge non contempla alcuna proroga al riguardo, con la conseguenza che già al 1° gennaio 2013, essendo terminato il primo piano di rientro, i c.d. “Piani Operativi in prosecuzione del Piano di rientro per il periodo 2013-2015” dovevano rientrare nella gestione ordinaria della Regione Calabria, alla quale avrebbe potuto fare seguito un nuovo commissariamento ai sensi del citato art. 4 della Legge n. 159/2007 soltanto a condizione che *“[...] nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza [...] si prefigurino il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani”* e comunque solo previa nuova diffida e nuovo inadempimento regionale.

A quanto sopra, peraltro, si aggiunga il disposto dell’art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191, nella parte in cui sancisce espressamente che *“A seguito dell’approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale”*, con cui è testualmente comprovata la decadenza del commissariamento al termine di ogni singolo piano di rientro (o piano operativo).

Lo stesso art. 2, comma 88, della Legge n. 191/2009 afferma ancora in chiusura che *“si applicano le disposizioni di cui all’articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311”* nella sua formulazione vigente ma anche quest’ultima norma, lungi dal prevedere una ultravigenza del Commissariamento disposto in relazione ad ogni piano

operativo, afferma esattamente il contrario laddove stabilisce testualmente che “...la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzi un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale”.

Si tratta pertanto di ipotesi completamente diversa, relativa alla gestione ordinaria regionale, ma che è significativa laddove prevede sempre che il potere sostitutivo deve essere di regola affidato con provvedimento espresso all'Organo Regionale, nella persona del suo Presidente, nel rispetto della sua autonomia costituzionalmente garantita.

Alla luce di quanto esposto, posto che l'originario commissariamento doveva intendersi cessato *ex lege* alla data del 31 dicembre 2012, ossia con il termine del primo Piano di rientro, non essendo previste proroghe, era necessario restituire integralmente tutte le competenze in materia sanitaria alla Regione e prima ancora di dare nuovamente applicazione al richiamato art. 4 della Legge n. 159/2007, unica norma tra l'altro richiamata dalla stessa deliberazione ministeriale, sarebbe stato auspicabile adottare una serie di misure, tra cui effettuare un preventivo accertamento ricognitivo su eventuali inadempienze della Regione tali da

mettere a rischio i L.E.A. o gli equilibri finanziari e in caso affermativo, diffidare la Regione a porre rimedio; solo all'esito dell'accertata inadempienza sarebbe stato possibile nominare un commissario *ad acta* per il successivo Piano di Rientro 2013-2015.

Ne consegue che già la prosecuzione del commissariamento con i poteri commissariali posti in capo al presidente della regione *pro tempore* doveva ritenersi illegittima in quanto sono mancati sia il previo accertamento di possibili inadempienze ai Tavoli di verifica, sia la previa diffida governativa alla Regione volta ad evitare le inadempienze, sia l'inadempimento della Regione a seguito del quale soltanto poteva essere disposto il nuovo commissariamento, dovendosi ritenere illegittima la "*proroga*" in capo al Presidente della Regione, in quanto mai effettuata, né prevista dalla legge.

Nonostante ciò, anche le successive nomine dei commissari *ad acta* sono risultate illegittime, poiché basate sull'errato presupposto di sostituire un commissario *ad acta* legittimamente operante.

In realtà, in quanto nominato per il Piano di rientro 2010-2012, il ruolo di commissario era già cessato dalle funzioni al 31 dicembre 2012, non essendo ipotizzabili proroghe della carica in quanto non previste per legge, né mai effettuate dal Governo.

Inoltre, le nomine avvenivano in palese violazione dei limiti dell'art. 2, comma 88, della Legge n. 191/2009, in quanto non si è dato atto della decadenza del Commissario *ad acta* e non è stata restituita alla Regione la gestione ordinaria della sanità;

Appare, pertanto, particolarmente evidente l'illegittimità del procedimento seguito con la nomina diretta di nuovi commissari *ad acta* per i piani operativi successivi al primo e particolarmente per quello ora

in vigore dal 2013 senza il previo accertamento dell'inadempienza al piano operativo e senza la diffida ad adempiere alla Regione, dando per scontata la incapacità della stessa, e ledendo così la sua autonomia ed attribuendo poteri esterni ai commissari.

Da quanto sopra emerge il provvedimento sul quale l'attuale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dal deficit della sanità trae la sua legittimazione e i suoi poteri è palesemente illegittimo.

Infatti, a tal proposito, è opportuno rammentare che l'attuale commissariamento, secondo la legge prevede che “...*per l'intero periodo di vigenza del singolo piano*” cesserà con la chiusura del Piano Operativo in prosecuzione del Piano di Rientro 2013-2015, ossia alla data del 31 dicembre 2015, con la conseguenza che alla data del 1° gennaio 2016 tanto il Commissario *ad acta*, quanto il sub-commissario, decadono di diritto dalla carica e le funzioni tornano *ex lege* alla gestione ordinaria della Regione Calabria, anche se la stessa sia chiamata a dare attuazione ad un nuovo piano di rientro/piano operativo, in forza di quanto espressamente disposto dall'art. 2, comma 88, della Legge n. 191/2009, in ragione del quale il nuovo piano di rientro/piano operativo deve prevedere “*i tempi e le procedure ... per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale*”, in assenza dei quali la gestione ritorna in capo alla Regione immediatamente, tanto più se si considera che la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12 marzo 2015 ha nominato il commissario *ad acta* “per l'intero periodo di vigenza del piano” ma non oltre detta vigenza e che nel regime di proroga istituzionale il Commissario *ad acta*, in quanto decaduto, deve limitarsi ai soli atti di ordinaria

amministrazione ovvero agli atti indifferibili e urgenti, i quali comunque poi saranno oggetto di ratifica da parte della Regione laddove ne ricorrano i presupposti.

Ne consegue che tutti i provvedimenti adottati dall'attuale Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro sono viziati per illegittimità derivata scaturita dall'illegittimità della nomina stessa, con conseguente incompetenza da parte del commissario *ad acta* all'adozione di qualsivoglia provvedimento, che, di fatto e di diritto, spetta all'Amministrazione Regionale nella sua ordinaria gestione.

Fermo restando il vizio di nomina, in assenza della rimozione del provvedimento illegittimo, occorre esaminare gli effettivi limiti cui vanno incontro i poteri commissariali in questione.

Il primo dato che emerge è l'elenco delle funzioni attribuite al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro in forza della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12 marzo 2015 che provvede alla sua nomina, il quale può adottare il provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica; monitorare le procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale; razionalizzazione e contenere la spesa per il personale; definire i contratti con gli erogatori privati accreditati e i tetti di spesa delle relative prestazioni; attuare la normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale; trasferire

tempestivamente le risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale.

Dunque, posto che il commissariamento di un ente dotato di particolare autonomia costituzionalmente garantita come una Regione è un atto straordinario ed eccezionale, proprio in quanto “eccezione” rispetto allo svolgimento ordinario delle funzioni, l’elencazione delle funzioni e delle competenze del commissario *ad acta* per l’attuazione del Piano di rientro dal deficit della sanità della Regione Calabria deve intendersi come tassativa e di stretta interpretazione.

In altri termini, al commissario *ad acta* competono strettamente le funzioni e i compiti espressamente indicati nella Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12 marzo 2015 e tali poteri devono essere interpretati ed attuati in senso restrittivo, cosicché, ad es. gli interventi di “*razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale*” e di “*razionalizzazione e contenimento della spesa per l’acquisto di beni e servizi*”, di cui ai punti 5 e 6 del mandato commissariale, devono intendersi come competenza all’emanazione di atti di indirizzo, regolamentazione o programmazione generale in materia e/o autorizzazioni alla spesa, ma non possono comprendere il conferimento di incarichi a chiunque o l’indizione e/o l’espletamento di bandi di gara per l’affidamento di contratti pubblici o di bandi di concorso, in quanto attività non espressamente menzionate nella declaratoria delle funzioni demandate al Commissario *ad acta*.

Se così è, allora, particolare rilevanza assume l’esercizio dei poteri commissariali in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie che, nella sostanza, non pare conforme a quanto la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12 marzo 2015.

La citata deliberazione del Consiglio dei Ministri, infatti, stabilisce espressamente che al Commissario *ad acta* è affidato il compito di dare “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”, con una chiara e testuale limitazione delle competenze del Commissario *ad acta* alla modifica dell’assetto normativo e senza cenno alcuno a poteri gestionali diretti in materia di autorizzazione e accreditamento.

Ne consegue che, una volta “attuata la normativa nazionale, mediante adeguamento della normativa regionale” dal Commissario *ad acta* che vi provvede con propri atti, la mera applicazione concreta delle norme in materia di autorizzazione e accreditamento appartiene alla competenza delle ordinarie articolazioni amministrative della Regione Calabria che vi devono provvedere secondo la vigente normativa e con propri provvedimenti.

Non si vede pertanto alcuna ragionevole motivazione o argomentazione giuridica che giustifichi l’emanazione da parte del Commissario *ad acta* per l’attuazione del Piano di rientro di provvedimenti che attengano non già all’assetto normativo delle autorizzazioni e dell’accreditamento, bensì alla normale gestione ordinaria concernente l’adozione di provvedimenti di rilascio, modifica e revoca dell’autorizzazione sanitaria e/o dell’accreditamento delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie della Regione Calabria, competenza della quale non vi è cenno alcuno nella delibera di nomina del Commissario che, dunque, di fatto si sta arrogando illegittimamente poteri che rientrano nella competenza regionale.

Al contrario, in base alla vigente normativa è evidente che tale comportamento del Commissario *ad acta* costituisce un'illegitima, indebita e forzosa modifica dell'assetto dei poteri, delle competenze e delle responsabilità fissate dalla legge in materia, posto che in materia l'emanazione dei provvedimenti di concessione, modifica e revoca di autorizzazione sanitaria all'esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie, in forza dell'art. 11, comma 6, della legge regionale n. 24/2008, ricadono espressamente nella competenza del Dirigente Generale del Dipartimento "*Tutela della Salute e Politiche Sanitarie*" della Regione Calabria²³¹.

A comprova di ciò, rileva il fatto che se attualmente le suddette competenze fossero state già in capo al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dal deficit, in forza del proprio mandato commissariale, per costui non vi sarebbe stato motivo di prevedere una norma che li attribuisse espressamente *ex novo* con una legge regionale, come invece si evince dall'art. 24, comma 3, del disegno di legge commissariale sulla nuova disciplina in materia di autorizzazioni sanitarie e accreditamento, di cui al D.C.A. n. 83 del 21 luglio 2015, il quale prevede che "*Per tutta la prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria in conformità ai Programmi Operativi, i procedimenti che, ai sensi della presente legge, rientrano nella competenza della Giunta Regionale, del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, ovvero di altro dirigente del medesimo Dipartimento, sono adottati con Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, salva diversa*

²³¹ Legge regionale del 18 Luglio 2008, n. 24, art.11, comma 6.

indicazione della struttura commissariale”, norma peraltro totalmente illegittima poiché, con ogni evidenza, assorbita completamente dal mandato commissariale e svuota i poteri della Regione Calabria, attribuendo al Commissario *ad acta* tutte le funzioni, ivi incluse quelle che il proprio mandato commissariale non contempla e, per di più, violando il principio generale per cui, il commissariamento è un provvedimento eccezionale e le funzioni ad esso attribuite sono tassative e di stretta interpretazione, andando ad incidere sull’ordinaria attività di altro organo.

Quanto sopra, oltre a comportare la palese illegittimità per incompetenza dei provvedimenti specifici in materia di autorizzazione e accreditamento emanati dal Commissario *ad acta*, potrebbe configurare altresì responsabilità di carattere penale, in considerazione del fatto che l’arrogazione da parte del Commissario *ad acta* di funzioni non contemplate nel proprio mandato, oltre a poter configurare il reato di “Abuso d’Ufficio”²³², ben potrebbe includere anche il reato di “Usurpazione di funzioni pubbliche”²³³, il quale espressamente riconosce che *“Chiunque usurpa una funzione pubblica o le attribuzioni inerenti a un pubblico impiego è punito con la reclusione fino a due anni. Alla stessa pena soggiace il pubblico ufficiale o impiegato il quale, avendo ricevuta partecipazione del provvedimento che fa cessare o sospendere le sue funzioni o le sue attribuzioni, continua ad esercitarle. La condanna importa la pubblicazione della sentenza”*.

²³² Previsto e punito dall’art. 323 del Codice Penale.

²³³ Previsto e punito dall’art. 347 del Codice Penale.

4.3 La programmazione sanitaria

Il principio della programmazione sanitaria costituisce il fondamento alla base del servizio sanitario regionale.

Solamente dal 2003, essa ha assunto in Calabria maggiore importanza²³⁴ grazie all'emanazione del Piano sanitario regionale 2004-2006, che in seguito alla Riforma costituzionale del 2001 ha conferito un approccio più integrato e globale al problema della gestione sanitaria.

La programmazione viene intesa come la relazione esistente tra offerta e domanda di prestazioni e di attività sanitaria; prevede l'integrazione delle prestazioni e delle attività sanitarie e sociosanitarie; riconosce lo sviluppo e l'attuazione di un sistema a rete dei servizi, volto a garantire la qualità e l'economicità dei processi; individua, inoltre, l'importante ruolo delle comunità locali e dei loro enti istituzionali.

È però necessario che venga definito all'interno della Regione un ruolo strategico nella programmazione.

Tuttavia, i poteri che vengono assegnati alla Regione, che gode della competenza legislativa concorrente in materia sanitaria²³⁵, fanno sì che il settore sanitario non si configuri come separato dalla Regione, ma al contrario, esso rientra totalmente nella programmazione complessiva regionale.

In relazione ai poteri sopra citati della Regione, essa deve definire in dettaglio le funzioni relative agli indirizzi, alle valutazioni e ai controlli delle attività e delle prestazioni sanitarie.

²³⁴ Grazie alla Deliberazione della Giunta Regionale, 11 Marzo 2003, n. 269.

²³⁵ Ai sensi dell'art. 117 Costituzione.

Deve inoltre prevedere un incremento in capo al Dipartimento della Tutela della Salute di funzioni conoscitive dei bisogni dei cittadini, nonché sulla domanda di salute e sugli elementi sociali e ambientali che determinano la salute stessa attraverso lo sviluppo di flussi informativi gestionali, in modo tale da fornire le conoscenze utili per valutare lo stato di salute della popolazione e dell'organizzazione del sistema.

È opportuno che vengano definiti gli standards di programmazione che costituiscono il riferimento per il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento di nuove strutture sanitarie, nonché per la stipula di accordi contrattuali²³⁶.

Le condizioni e i requisiti di accreditamento devono essere rispettati sia dai soggetti pubblici che da quelli privati che ne richiedono il rilascio.

I soggetti che sono già accreditati devono adeguarsi, a pena di decadenza, ai requisiti ulteriori di accreditamento.

La domanda di accreditamento deve essere presentata al Dipartimento della Tutela della Salute, su apposito modulo definito dal competente settore del Dipartimento; quest'ultimo si avvale delle aziende del servizio sanitario regionale per l'istruttoria delle strutture e deve concludere il procedimento entro 120 giorni.

Al termine dell'istruttoria, il Dirigente del competente settore, valutati i risultati e la documentazione di istruttoria, decide se la struttura è accreditabile o non accreditabile.

Inoltre, presso il Dipartimento Sanità è istituito il registro delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, in modo che le stesse possano essere facilmente indentificate e classificate sulla base della tipologia delle attività sanitarie e sociosanitarie.

²³⁶ Piano Regionale per la Salute 2004-2006, pp. 10-11.

Nell'eventualità in cui si decida di voler aggiungere ulteriori requisiti per l'accREDITAMENTO, è necessaria una delibera della Giunta Regionale, previa costituzione di un gruppo di lavoro, coordinato dal dirigente del settore, di cui fanno parte anche due rappresentanti designati dalle associazioni di appartenenza delle strutture accreditate.

4.4 Il blocco delle autorizzazioni e degli accreditamenti

Occorre considerare l'adozione del D.P.G.R. n. 29 del 7 marzo 2013, con il quale veniva già rimossa una prima volta la sospensione dei procedimenti inerenti il rilascio delle sole nuove autorizzazioni sanitarie (ma non degli accreditamenti), precedentemente disposto con il D.P.G.R. n. 4/2010, modificato dal D.P.G.R. n. 9/2010.

L'adozione del D.P.G.R. n. 29 del 7 marzo 2013 era stata determinata da una sentenza del Consiglio di Stato²³⁷ che in ordine alla sospensione del rilascio delle autorizzazioni sanitarie previsto dal Piano di Rientro operante nella Regione Lazio, ne aveva dichiarato l'illegittimità, annullandone i relativi provvedimenti, sostanzialmente in base al principio previsto dall'art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni.

Infatti, pur ponendo il rilascio dell'autorizzazione non viene condizionata l'espansione del diritto del privato che vuole fornire le prestazioni sanitarie all'esistenza a monte di un apposito strumento pianificatorio che ne verifichi le esigenze.

²³⁷ Consiglio di Stato, Sez. III, 11 Gennaio 2013, n. 550.

La Regione Calabria che si trovava in una situazione del tutto identica a quella della Regione Lazio, doveva prevenire l'insorgere di numerosi contenziosi, avviati sulla scia della citata sentenza, che avrebbero visto quasi sicuramente soccombente la Regione Calabria, sicché con il citato D.P.G.R. n. 29/2013, la Regione Calabria aveva fatto propri i principi stabiliti nella citata sentenza del Consiglio di Stato n. 550/2013.

Tale determinazione, tuttavia, non è stata condivisa dal Ministero della Salute affiancante, il quale con un Parere²³⁸ aveva sconfessato i principi espressi nella citata sentenza del Consiglio di Stato, esprimendo parere negativo sul citato D.P.G.R. n. 29/2013.

Successivamente, al Parere del Ministero della Salute, il Sub-Commissario aveva sollevato ulteriori rilievi chiedendo nella sostanza di rivedere tale parere, ma a quest'ultima nota, ha fatto seguito ulteriore parere negativo del Ministero della Salute²³⁹, rimasto su identiche posizioni nonostante le specifiche osservazioni formulate dal Sub-Commissario.

Tale presa di posizione del Ministero della Salute ha, di fatto, determinato una disforme applicazione della medesima normativa derivante dal Piano di Rientro sulla sospensione delle autorizzazioni tra la Regione Lazio, dove la sospensione delle autorizzazioni non opera più in virtù della sentenza poc'anzi citata del Consiglio di Stato, e la Regione Calabria, dove il Ministero della Salute ha di fatto imposto, con il proprio parere, di non applicare i principi stabiliti nella sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, 11 gennaio 2013 n. 550, chiedendo il ripristino della sospensione delle autorizzazioni.

²³⁸ Parere del 29 Maggio 2013, n. 213.

²³⁹ Parere del 9 Novembre 2013, n. 382.

Tuttavia, successivamente alla conferma del parere negativo da parte del Ministero della Salute e della richiesta conseguentemente formulata dal subcommissario circa il ripristino della sospensione delle autorizzazioni, è intervenuta la sentenza del Consiglio di Stato²⁴⁰, con cui i giudici amministrativi confermavano e ampliavano quanto già affermato nella loro precedente sentenza n. 550/2013, definendo la corretta interpretazione della norma di riferimento, cioè l'articolo 8-ter del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 229/1999 e stabilendo il principio secondo cui se è vero che la realizzazione di nuove strutture è condizionata alla verifica di compatibilità da parte della Regione, da effettuarsi in base al fabbisogno complessivo e alla localizzazione dei centri presenti in ambito regionale, questa regola di principio non può risolversi, alla luce degli articoli 32 e 41 della Costituzione, senza rimborsi o sovvenzioni a carico della spesa pubblica, e con corrispettivi a carico unicamente degli utenti, mezzi e strumenti di diagnosi, di cura e di assistenza sul territorio, e affermando che *“una politica di contenimento dell'offerta sanitaria non può tradursi in una posizione di privilegio degli operatori del settore già presenti nel mercato, che possono incrementare la loro offerta a discapito dei nuovi entranti”* evidenziando, che non si può far riferimento ai criteri di contenimento della spesa, trattandosi di soggetti non accreditati, e che il diritto del privato che vuole fornire prestazioni sanitarie non è condizionato a monte da un apposito strumento pianificatore generale della Regione, ma soltanto *“da una valutazione dell'idoneità della nuova struttura a soddisfare il fabbisogno complessivo di assistenza”*, il che

²⁴⁰ Consiglio di Stato, Sez.III, 26 Settembre 2013, n. 4788.

confermava la corretta impostazione del D.P.G.R. 29/2013 e smentiva il contenuto del parere del Ministero della Salute.

Quest'ultimo si configurava quindi come un'intransigente presa di posizione ministeriale che un parere giuridico debitamente argomentato.

Fatto sta che alla luce del parere n. 382 del 9 Novembre 2013, il Commissario ad acta si determinava ad adottare il D.P.G.R. n. 151 del 19 dicembre 2013, con il quale, di fatto, sospendeva il D.P.G.R. n. 29/2013 e ripristinava il blocco del rilascio di nuove autorizzazioni e accreditamenti, fatti salvi solo quei procedimenti per i quali era presente il parere di compatibilità con la programmazione regionale e l'autorizzazione alla realizzazione rilasciata dal competente Comune ai sensi dell'art. 8-ter del decreto legislativo n. 502/1992.

In seguito, è intervenuto il decreto del Commissario *ad acta* (D.C.A.) n. 88 del 21 agosto 2015, con il quale è stato annullato il D.P.G.R. n. 29/2013, è stata dichiarata la cessazione degli effetti del D.P.G.R. n. 151/2013 ed è venuta meno la sospensione del rilascio di nuovi provvedimenti di autorizzazione e accreditamento di strutture sanitarie.

Tra le disposizioni contenute nel suddetto D.C.A. 88/2015 vi è quella che, sostanzialmente, stabilisce che le strutture che abbiano presentato istanza di autorizzazione sanitaria all'esercizio in forza del D.P.G.R. n. 29/2013, ma in carenza del previo rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione ai sensi dell'art. 8-ter del decreto legislativo n. 502/1992 da parte del Sindaco del Comune territorialmente competente, cioè quello ove la struttura sanitaria è ubicata e/o in carenza del parere di compatibilità con la programmazione regionale rilasciato dalla Regione su richiesta del Comune territorialmente competente, possono acquisire *ex post* i suddetti provvedimenti e/o pareri mancanti.

Il problema sorge nel momento in cui, alla richiesta di parere di compatibilità con la programmazione sanitaria regionale le risposte dei competenti settori del Dipartimento “Tutela della Salute e Politiche Sanitarie” sono sistematicamente negative.

Tale situazione pone un serio problema di legittimità dell’operato dell’amministrazione regionale come, tra l’altro, dimostrano numerosissime pronunce in materia della giurisprudenza amministrativa.

È bene ricordare una sentenza della Corte Costituzionale²⁴¹, la quale dichiara l’illegittimità costituzionale dell’art.15, comma 3 della legge regionale 18/2004: in quest’ultima, infatti, veniva bloccato a tempo indeterminato il rilascio delle autorizzazioni e degli accreditamenti, dando come giustificazione l’esigenza di contenimento della spesa sanitaria. La Corte considera violato l’art.3 della Carta costituzionale, specificando che questo tipo di imposizione avrebbe contrastato il principio di uguaglianza, che impone la parità di trattamento tra i soggetti che si trovano in situazioni equivalenti.

Vi è un’ulteriore pronuncia, stavolta del TAR Calabria²⁴², in base alla quale *“Il diniego per il contrasto con la programmazione sanitaria di una mera autorizzazione, la quale non comporta alcun esborso per le casse regionali, richiede un’adeguata istruttoria e motivazione”*; o, addirittura è presente quella decisione²⁴³ che ribadisce e rafforza il principio già precedentemente esposto, per cui *“una politica di contenimento dell’offerta sanitaria non può tradursi in una posizione di privilegio degli operatori del settore già presenti nel mercato, che possono incrementare la loro offerta a discapito dei nuovi entranti”*

²⁴¹ Corte Costituzionale, 7 Novembre 2008, n. 361.

²⁴² TAR Calabria, Catanzaro, Sez. I, 29 Ottobre 2008, n. 1478.

²⁴³ Consiglio di Stato, Sez. III, 16 Settembre 2013, n. 4574.

evidenziando, in proposito, che non si può far riferimento ai criteri di contenimento della spesa, trattandosi di soggetti non accreditati, e che il diritto del privato che vuole fornire prestazioni sanitarie non è condizionato a monte da *“un apposito strumento pianificatore generale» della Regione, ma soltanto «da una valutazione dell'idoneità della nuova struttura a soddisfare il fabbisogno complessivo di assistenza”*.

In conclusione, per quanto sopra esposto, è evidente la necessità ed urgenza di risolvere il contrasto delle disposizioni nazionali con le norme costituzionali che, risulterebbero violate con conseguente illegittimità delle norme esaminate.

Ne consegue che, essendo stati dichiarati esauriti gli effetti del D.P.G.R. n. 151 del 19 dicembre 2013, essendo stato annullato in autotutela il D.P.G.R. n. 29 del 7 marzo 2013, e non essendo state di fatto ancora approvate le nuove reti assistenziali, l'effetto evidentemente imprevisto del D.C.A. n. 88 del 21 agosto 2015 è stato quello di un fattuale ripristino della sospensione delle autorizzazioni fino alla definizione delle reti già all'epoca prevista dal D.P.G.R. n. 4/2010 come modificato dal D.P.G.R. n. 9/2010, con cui si reintroduce una nuova sospensione dei procedimenti di rilascio delle autorizzazioni sanitarie alla realizzazione e all'esercizio, per assenza dell'avvenuto completamento del riassetto delle reti, in aperto contrasto con tutte le normative nazionali richiamate e con i tassativi orientamenti della giustizia amministrativa richiamati.

È necessario inoltre, richiamare fondati dubbi di legittimità dello stesso D.C.A. n. 88/2015 e della sopravvivenza dei D.P.G.R. n. 4/2010 e n. 9/2010, considerato, tra l'altro, che nel nuovo mandato del commissario *ad acta* del 15 marzo 2015, a differenza che nella

precedente deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010, non vi è alcun mandato a porre in essere la sospensione dei procedimenti di rilascio di nuove autorizzazioni e/o accreditamenti.

Sarebbe, quindi, auspicabile che la questione venisse affrontata con la massima urgenza in sede di concertazione con il Ministero della Salute, quanto meno affinché quest'ultimo riesamini la propria posizione in merito espressa con i pareri n. 213 del 29 Maggio 2013 e n. 382 del 9 Novembre 2013, al fine di consentire il ripristino dell'uniforme e corretta applicazione del diritto e delle procedure su tutto il territorio nazionale.

4.5 La posizione della Corte di Giustizia europea

Sulla base delle sentenze citate dai giudici amministrativi italiani, possiamo notare come essi ricalcano sostanzialmente un principio espresso dalla Corte di Giustizia²⁴⁴ con riferimento alla normativa austriaca in tema di autorizzazioni sanitarie, del tutto analoga a quella italiana.

Più precisamente, la Corte ha affermato l'incompatibilità della normativa austriaca con il diritto comunitario²⁴⁵, stabilendo come vincolante il principio in base al quale *“La libertà di stabilimento osta al requisito di una previa autorizzazione basata su una valutazione delle necessità sanitarie della popolazione [...] e il potere discrezionale delle autorità nazionali non è sufficientemente circoscritto”* in quanto la

²⁴⁴ Corte di Giustizia, CE, Causa C – 169/07, *“Hartlauger Handelsgesellschaft mbH contro Wiener-Landesregierung e altri”*.

²⁴⁵ A tal proposito si consultino gli artt. 43 e 48 del Trattato CE.

normativa in esame “ [...] *costituisce una restrizione alla libertà di stabilimento poiché, da un lato, le imprese rischiano di sopportare gli oneri amministrativi ed economici aggiuntivi connessi ad un’ autorizzazione siffatta e, dall’altro, la normativa nazionale riserva l’esercizio di un’attività autonoma a taluni operatori economici che rispondono ad esigenze predeterminate al cui rispetto è subordinato il rilascio di questa autorizzazione [...] con l’effetto di privare [...] i soggetti interessati di qualunque accesso al mercato delle cure*”, decidendo che “*il requisito di una previa autorizzazione basata su una valutazione delle necessità sanitarie della popolazione è contrario al principio della libertà di stabilimento*”.

Da ciò ne consegue che tale situazione non può essere “*oggettivamente giustificata da motivi imperativi di interesse generale, in particolare dall’obiettivo di mantenere un servizio medico di qualità, equilibrato e accessibile a tutti e di prevenire un rischio di grave alterazione dell’equilibrio finanziario del sistema previdenziale*”; e che, “*la normativa nazionale non persegue in modo coerente e sistematico gli obiettivi evocati*”, perché differenzia l’attività “libero professionale” anche in forma associata dove non è necessaria l’autorizzazione, dall’apertura di “ambulatori” per cui l’autorizzazione è richiesta, nonostante queste due categorie di prestatori di servizi possano avere caratteristiche simili e il medesimo impatto sulla realizzazione degli obiettivi di programmazione perseguiti dalle autorità nazionali; infine, “*la valutazione delle esigenze di mercato (intesa come “fabbisogni di salute” e “programmazione sanitaria regionale”) non è fondata su una condizione che è idonea a circoscrivere sufficientemente l’esercizio, da parte delle autorità nazionali, del loro potere discrezionale*”.

Dai principi sopra esposti, peraltro, sembrerebbe che si vogliano disapplicare le norme nazionali che si trovano in contrasto con l'art. 43 CE in combinato disposto con l'art. 48 CE e con i principi espressi dalla citata sentenza della Corte di Giustizia.

Quindi, dall'analisi effettuata, numerose sono le disposizioni di diritto interno in contrasto con quelle comunitarie poc'anzi citate, tra cui, a livello statale: l'art. 8 - *ter*, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 229/1999, dove per l'autorizzazione sanitaria alla realizzazione, di competenza del Comune, prevede la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione, nella parte in cui *“tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture”*; o ancora, la delibera del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, lettera b), nella parte in cui prevede di *“incaricare il Commissario ad acta di sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale, tranne quelle necessarie alla attuazione del Piano di rientro”*.

Non sembra porsi in contrasto con gli artt. 43 e 48 del Trattato CE, invece, l'art. 8 - *ter*, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992, in quanto lo stesso si limita a disporre che *“L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e*

organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi”, non facendo in alcun modo riferimento alla “valutazione delle esigenze di mercato”, intesa come fabbisogni di salute e programmazione sanitaria regionale, le quali non costituiscono elemento di valutazione per il rilascio dell’autorizzazione sanitaria all’esercizio, pena la contrarietà alle norme comunitarie. Dal punto di vista regionale invece, il contrasto con le norme comunitarie lo si riscontra all’art. 3, comma 5, della Legge Regionale del 18 luglio 2008 n. 24, nella parte in cui viene previsto che l’autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie pubbliche e private, è rilasciata dal Comune territorialmente competente, “previa verifica di compatibilità con la programmazione sanitaria regionale da parte del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie ai sensi dell’ art. 8 - ter, comma 3, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229”; ma, anche all’art. 11, comma 6, della medesima legge nella parte in cui viene stabilito che l’autorizzazione sanitaria all’esercizio è concessa “previa verifica del fabbisogno e della programmazione regionale nonché il relativo livello organizzativo di applicazione ottimale”. È, inoltre, necessario citare il regolamento regionale n. 13/2009, dove, nella parte relativa alla “Richiesta di Autorizzazione alla realizzazione”, viene riconosciuto che “per quanto attiene ai soggetti interessati al rilascio dell’Autorizzazione alla realizzazione, qualora siano presentate diverse richieste per il rilascio

dell’Autorizzazione alla realizzazione di strutture che erogano le medesime prestazioni nello stesso ambito territoriale aziendale, il Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie effettua la verifica di compatibilità, procedendo contestualmente alla comparazione dei progetti”. Con il D.P.G.R. n. 151 del 19 dicembre 2013 viene disposto che *“fino all’avvenuta formalizzazione della nuova rete ospedaliera, laboratoristica e specialistica ambulatoriale, è sospeso il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione sanitaria all’esercizio, accreditamento istituzionale, tranne quelle necessarie alla attuazione del Piano di rientro”.* Infine, lo stesso Decreto del Commissario *ad acta* n. 88 del 21 agosto 2015 viene ritenuto contrario alle disposizioni comunitarie nella parte in cui impone all’amministrazione di effettuare la valutazione del fabbisogno e il rilascio di un parere di compatibilità anche per la semplice autorizzazione alla realizzazione di strutture private che svolgano attività in regime esclusivamente privatistico e senza oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale. È opportuno ricordare, infatti che, anche la sospensione dei procedimenti di rilascio di tutte le nuove autorizzazioni, aventi ad oggetto strutture private che operano in regime di libera concorrenza e i cui costi non sono sopportati dal Fondo Sanitario Regionale, non costituisce esercizio di un *“potere discrezionale delle autorità nazionali sufficientemente circoscritto”* e quindi, si pone in contrasto con le norme comunitarie.

La sentenza comunitaria era stata recepita dall'Italia con una legge²⁴⁶ dove viene ad essere sancito che, *“le disposizioni previste dal presente*

²⁴⁶ Legge del 22 Dicembre 2011, n. 214, *“Liberalizzazione delle attività economiche ed eliminazione dei controlli ex – ante”*, Capo II, *“Concorrenza”*.

articolo sono adottate ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettere e) ed m), della Costituzione, al fine di garantire la libertà di concorrenza secondo condizioni di pari opportunità e il corretto ed uniforme funzionamento del mercato, nonché per assicurare ai consumatori finali un livello minimo e uniforme di condizioni di accessibilità ai beni e servizi sul territorio nazionale”; e, che, “l’introduzione di un regime amministrativo volto a sottoporre a previa autorizzazione l’esercizio di un’attività economica deve essere giustificato sulla base dell’esistenza di un interesse generale, costituzionalmente rilevante e compatibile con l’ordinamento comunitario, nel rispetto del principio di proporzionalità”.

4.7 Prospettive di riforma

L’approfondimento delle politiche sanitarie in Calabria ha fatto sì che si potesse avere una visione d’insieme delle differenze esistenti prima e dopo la Riforma costituzionale del 2001.

Prima della Riforma, infatti, gli interventi regionali erano finalizzati principalmente a ristrutturare l’organizzazione del servizio attraverso l’attuazione delle norme nazionali.

Inoltre erano state rilevate notevoli contraddizioni circa gli obiettivi effettivamente conseguiti e gli atti programmatici e normativi, che hanno generato per la realtà territoriale una condizione di arretratezza non indifferente, nonché una situazione di costante inerzia, nella quale sono sempre mancati atti di programmazione.

La Riforma costituzionale ha inciso notevolmente nella materia sanitaria, riconoscendo per la Regione Calabria la possibilità di attuare meccanismi di ristrutturazione delle reti ospedaliere, di ridefinizione dell'assistenza territoriale, di razionalizzazione delle prestazioni farmaceutiche²⁴⁷.

All'inizio, essa ha voluto porre l'accento sugli aspetti innovativi degli interventi normativi e di programmazione, in modo tale da poter modificare i modelli organizzativi esistenti all'interno delle regioni, soprattutto quelle caratterizzate da notevoli deficit finanziari.

Le nuove disposizioni non hanno alterato i principi presenti nel servizio sanitario come l'uguaglianza, la globalità o l'universalità, ma piuttosto li hanno recepiti creando un sistema che costituisce il Servizio Sanitario Nazionale così come viene oggi inteso²⁴⁸.

Tuttavia, però nonostante ci fossero all'inizio tutte le buone intenzioni per concorrere dal punto di vista regionale alla realizzazione di un sistema sanitario che potesse, forse, per la prima volta funzionare, in realtà l'inerzia di attuare politiche programmatiche e normative ha compromesso non soltanto l'efficienza organizzativa del sistema, ma anche la garanzia dell'assistenza ai cittadini²⁴⁹.

Il reale problema, però, oltre alla mancanza di un'adeguata politica di programmazione, risiede però nella creazione di una propria autonomia regionale, soprattutto dal punto di vista finanziario.

²⁴⁷ E. GRIGLIO, *"Il sistema sanitario della Regione Calabria a due anni dalla Riforma Costituzionale"*, in I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema, Giuffrè, Milano, 2005, p. 315.

²⁴⁸ R. BALDUZZI, *"La legge 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: prime considerazioni d'insieme"*, in *Sanità pubblica* n. 2, 1999.

²⁴⁹ V. RAFTI, *"Il processo di aziendalizzazione nella sanità attraverso le riforme"*, in *Sanità pubblica*, 1999, p. 307.

Mentre inizialmente alla Regione era stato richiesto un maggiore impegno per favorire una migliore assistenza ai cittadini connessa ad un'adeguata programmazione, successivamente, in seguito alle sue continue inadempienze, si è dovuto procedere con la rinuncia all'autonomia, sottomettendosi ad un insieme di decreti ministeriali in cambio di ulteriori finanziamenti²⁵⁰. L'obiettivo che dovrebbe essere posto a capo di un programma sanitario, che consenta la presenza di un servizio di qualità dovrebbe essere, ai sensi dell'analisi effettuata, l'adeguata regolamentazione dell'integrazione funzionale tra strutture sanitarie pubbliche e private. La Regione, dovrebbe quindi farsi carico di disciplinare l'istituto dell'accreditamento, riconoscendolo non soltanto come un atto che accerta la presenza di requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici in capo ai soggetti erogatori, ma come una vera e propria norma che vada a regolare le diverse tipologie di istituzioni. Si ritiene che si debba maggiormente incidere sul sistema dei controlli e degli accordi contrattuali che devono essere stipulati tra la Regione e i soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie. Inoltre, sarebbe auspicabile che si instaurasse un regime amministrativo che sottoponesse l'autorizzazione per l'esercizio di un'attività economica al riconoscimento di un interesse generale, che oltre ad essere costituzionalmente rilevante, debba rispettare il principio di proporzionalità²⁵¹.

²⁵⁰ A. QUARANTA, *"Che cosa cambia nei rapporti tra Stato e Regioni"*, in *Monitor* 2004, n. 8, p. 22.

²⁵¹ R. CHIEPPA, *"Codice di diritto amministrativo"*, Giuffrè, Milano, 2013, p. 621.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto esposto, si può notare come il decreto legislativo n. 229 del 1999 abbia riaperto l'accesso dibattuto tra coloro che ritenevano che il rapporto pubblico-privato dovesse inserirsi in un modello pubblicistico della gestione dei servizi sanitari e coloro che invece, sostenevano una separazione tra i soggetti acquirenti e i soggetti erogatori delle prestazioni, generando così un mercato regolato con forme di competizione.

Da tale confronto, non sembra apparire alcun dubbio circa la prevalenza della visione pubblicistica: infatti, il decreto sopra citato ha previsto che le erogazioni dei servizi dovessero avvenire all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, mediante un'adeguata programmazione delle risorse disponibili, a discapito di quelle private.

L'effettiva erogazione delle prestazioni, resta quindi subordinata, oltre che alla programmazione, anche agli accordi stipulati dalla Regione con le Aziende Sanitarie Locali, che delimitano i tetti di spesa e i volumi delle prestazioni, limitando di fatto l'offerta, e di conseguenza la concorrenza.

Quello che accade, come sostenuto anche dalla giurisprudenza costituzionale e amministrativa, è che la libertà di scelta riconosciuta in capo al singolo cittadino, sulla base dell'art. 32 della Costituzione, viene ridotta proprio per la presenza degli accordi contrattuali.

Ne consegue, così, che il sistema aperto, previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992, viene totalmente abbandonato, ed insieme a lui anche la concorrenza tra i soggetti erogatori di prestazioni sia pubblici sia privati.

Va, tuttavia, chiarito che il Servizio Sanitario Nazionale non costituisce un'attività di natura imprenditoriale nella quale è presente un mercato che genera utilità economiche, ma rappresenta la finalità primaria di raggiungimento del benessere fisico dei cittadini.

È vero che eroga prestazioni valutabili economicamente, ma esse non sono considerabili esclusivamente dal punto di vista economico quanto piuttosto sono rese sostanzialmente in forma amministrativa, per cui il modello di cui fanno parte non ha né una logica imprenditoriale né tantomeno un'organizzazione aziendale di tipo produttivo.

Secondo il quadro venutosi a delineare, il principio su cui dovrebbe poggiare il rapporto tra soggetti pubblici e privati è quello concorsuale e non concorrenziale.

Quindi, ciò che resterebbe ai soggetti privati sarebbe un diritto d'impresa, ma subordinato alle disposizioni statali e regionali che consentono loro di svolgere il ruolo di erogatore, ferme restando, però, le condizioni e i limiti per ciò che concernono gli standard previsti.

Quello che si è modificato nel tempo, è stato proprio il provvedimento dell'accreditamento, il quale era nato per favorire la logica concorrenziale, ma è finito per essere uno strumento della programmazione regionale.

Dall'evoluzione riportata, si comprende come esso perde la sua iniziale configurazione di valutazione tecnica allo scopo di entrare sul mercato per diventare, poi, una barriera all'accesso, che deve essere considerato sulla base del fabbisogno totale di assistenza e valutato dall'autorità regionale.

Il tutto ha portato a notevoli contenziosi tra le strutture private e le regioni, soprattutto per il mancato rilascio dei provvedimenti di

autorizzazione e di accreditamento, nonché per il costante ricorso allo strumento del c. d. blocco dei medesimi atti.

Gli interventi della giurisprudenza hanno, infatti, confermato la mancanza di un diritto all'accREDITamento, ricordando da un lato che la Regione può accreditare nuove strutture solo se ci si trova dinanzi ad un reale bisogno assistenziale; ma, dall'altro che la competenza regionale in materia di autorizzazione e accREDITamento è di tipo legislativa concorrente, e quindi le Regioni devono rispettare i principi posti dalle leggi statali.

Non bisogna dimenticare, poi, che ogni modello regionale che si viene a rappresentare deve fare i conti con la propria situazione finanziaria.

Infatti da un lato, le Regioni soggette ai Piani di Rientro, perdendo la loro autonomia, sono obbligate ad adottare tutte quelle misure che, di fatto, condizionano l'offerta assistenziale per gli utenti del servizio; ma dall'altro lato, i Piani di Rientro si configurano come garanzia per quanto riguarda l'effettiva assicurazione dei livelli essenziali di assistenza, soprattutto in quelle realtà territoriali dove vi sono forti deficit finanziari²⁵².

Al fine di sopperire ai contesti regionali maggiormente problematici dal punto di vista economico, due potrebbero essere le strade percorribili: la prima, considererebbe maggiormente apprezzabile la presenza di controlli sulla spesa, generando così risultati efficienti; la seconda, invece potrebbe dar luogo all'abbandono del provvedimento di accREDITamento dalla programmazione sanitaria regionale.

²⁵² V. ANTONELLI, *"Tutela della salute"*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, op. cit., p. 53.

Questo implicherebbe un minor carico finanziario gravante sul bilancio regionale, favorendo contestualmente la rinascita di un mercato aperto e concorrenziale.

Attualmente, la maggior parte delle Regioni sono contraddistinte dalla programmazione, mentre invece sarebbe auspicabile che esse assicurassero un principio di parità tra i privati, in modo da agevolare il superamento di ostacoli amministrativi posti all'accesso del Servizio Sanitario Nazionale.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Il governo della sanità*, Milano, FrancoAngeli, 1999.

ANTONELLI V., *Tutela della salute*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, Luciano Vandelli e Franco Bassanini (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2012.

- *Livelli essenziali, materie trasversali e altri fattori unificanti*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, Luciano Vandelli e Franco Bassanini (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2012.

BACHELET V., *L'attività tecnica della pubblica amministrazione*, Milano, 1967.

BALDUZZI R., *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi regionali*, in E.CATELANI, *Il diritto alla salute tra uniformità e differenziazione* Torino, Giappichelli, 2011.

- *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013.
- *La legge 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: prime considerazioni d'insieme*, in *Sanità pubblica n.2*, 1999.

BASSANINI F., *Unità sanitarie locali e riforma dell'amministrazione locale*, in *Region. Comun. Loc.*, 1977.

- *La sanità in Italia.*, in De Vincenti C., Finocchi Gherzi R., Tardiola A. (a cura di) *Organizzazione, Governo, Regolazione e Mercato*, Bologna, Il Mulino, 2010.

BELLENTANI M., BUGLIARI ARMENIO L., *La logica dei piani di rientro e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in *Manuale di Diritto Sanitario*, Renato Balduzzi e Guido Carpani (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2013.

BELLETTI M., *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale tra tutela dei valori fondamentali, esigenze strategiche e di coordinamento della finanza pubblica*, in *Aracne*, 2012.

BORGONOVİ F., *Il modello organizzativo: analisi delle varianti regionali nel Servizio sanitario nazionale*, in Ragiusan, 1999.

BOTTARI C., *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, 11.

BRONDI V., *La beneficenza legale*, in Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano, Milano, 1905.

CALANNI R., *I piani di rientro dal deficit sanitario*, in Norma quotidiano di informazione giuridica, 2011.

CARPANI G., *Le garanzie per l'effettività dei LEA: quale ruolo per l'esecutivo e l'amministrazione statale*, in I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie, Quaderni di sanità pubblica, L. Vandelli e C. Bottari (a cura di), Rimini, Maggioli, 2014.

CARUSO E, DIRINDIN N., *La sanità tra conservazione, innovazione e incertezze normative*, in M.C. Guerra, A. Zanardi (a cura di), La finanza pubblica italiana, Rapporto 2011, Bologna, il Mulino.

CAZZOLA G., *La sanità liberata. Il mercato possibile per la tutela della salute*, Bologna, Il Mulino, 1997.

CERESETO G.B., *Sanità pubblica (interna, marittima, militare)*, in Digesto.it, Torino, 1891.

CERESETTI G., *Spending Review, Accredimento Sanitario e proposta di legge n.4269 del 2011: una riforma possibile per la remunerazione delle prestazioni? Spending Review, health accreditation and the new bill n.4269 of 2011: a possible reform on the remuneration of services?*”, in Foro amm. TAR, 2012.

CERRUTI T., *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in Associazione italiana dei costituzionalisti, Riv. n.4/2013.

CHIEPPA R., *Codice di diritto amministrativo*, Milano, Giuffrè, 2013.

CILIONE G., *Diritto Sanitario – Profili costituzionali, legislativi e amministrativi. Ripartizione delle competenze. Organizzazione e Prestazioni. Presidi sanitari privati*, Bologna, Maggioli, 2012.

CLARICH M., “*Manuale di diritto amministrativo*”, II Edizione, Bologna, Il Mulino, 2015.

CONSITO M., “*Accreditamento e terzo settore*”, Napoli, Jovene, 2009, p.43

CONTICELLI M., *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012.

- *La disciplina dell’accreditamento nel settore sanitario e la sua attuazione*, in Ius Publicum, Report Annuale – Dicembre 2014.

CORBETTA C., *La sanità privata nell’organizzazione dei servizi sanitari*, Rimini, Maggioli, 2004.

CORSO G., *La tutela della concorrenza come limite della potestà legislativa (delle regioni e dello Stato)*, in Dir. Pubbl., Milano, 2002.

COSMELLI G., Corte Costituzionale, sent.7 Ottobre-11 Novembre 2015, n.227, in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nelle regioni in Piano di Rientro, da Amministrazione in Cammino.

CUCCURULLO C., *Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai piani di rientro*, in Rapporto Oasi 2012.

D’AURIA G., nota alla sentenza della Corte Costituzionale n.100/2010, in *Foro.it*, 2010.

DE MARCO G., *Il Consiglio di Stato sull’accreditamento istituzionale in Campania*, in Associazione Italiana Ospedaliera Privata, Approfondimento giuridico.

DE NUCCIO M., *L’accreditamento: un sistema per la qualità in piena evoluzione. La ricostruzione legislativa della normativa in materia*, in Tuttosanità, 2013.

DICKMANN R., *Il Commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa?*, nota alla sentenza della Corte costituzionale 2/2010, in *Federalism.it*, n.3, 2010.

DI GIROLAMO A.S., *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Quaderni Costituzionali – Giurisprudenza Costituzionale* 2007.

ESPOSITO M., *Sanità, la Campania è ultima per assistenza*, da *Il Mattino* n.9 del 26 Maggio 2014.

FALCON G., *Convenzioni e accordi amministrativi. Convenzioni in materia ospedaliera*, in *Enc. Giur.*, Roma, 1988.

FANFANI P., *Il rapporto convenzionale nel sistema del servizio sanitario nazionale*, Padova, Cedam, 1983.

FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007.

GRIGLIO E., *Il legislatore dimezzato: i consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari e interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, 2012.

- *Il sistema sanitario della regione Calabria a due anni dalla riforma costituzionale*, in *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, a cura di R. Balduzzi, Milano, Giuffrè, 2005.

IANNOTTA R., *Rapporti fra ospedale e unità sanitaria locale*, in *Le unità sanitarie locali. Profili strutturali e funzionali nel quadro della riforma sanitaria*, Milano, 1977.

IMMORDINO D., *Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contributo regionale di solidarietà ambientale: prove tecniche (fallite) di federalismo fiscale*, in *Le Regioni*, 2012.

JORIO E., *La Corte dei Conti boccia i piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in *Federalismi.it*, n.2, 2010.

LATTES L., *Le provvidenze sanitarie per i lavoratori*, Modena, Università degli Studi, 1930.

LE GRAND J., *Quasi-markets and social policy*, in *Economy Journal*, 1991.

LESSONA S., *Trattato di diritto sanitario*, Torino, Bocca, 1914.
- *La tutela della salute pubblica*, in *Commentario alla Costituzione italiana*, Firenze, 1950.

MARONGIU G., *La istituzione del Ministero della Sanità*, in *Riv. trim. dir. Pubbl.*, 1958.

MATTIONI A., *Iniziativa pubblica e iniziativa privata nell'attuazione del servizio sanitario nazionale*, in *Convegno nazionale sulla riforma sanitaria*, Fasano, 1977.

MIRABELLI C., *Profili dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella prospettiva costituzionale*, in *Ragiusan*, 2003.

MOLASCHI V., *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in *Salute e Sanità*, Milano, 2010.

MORANA D., *Tutela della salute*, in G. Corso – V. Lopilato (a cura di), *Il diritto amministrativo dopo le riforme costituzionali*, parte speciale, Milano, Giuffrè, 2006.
- *La salute come diritto costituzionale*, II Edizione, Torino, Giappichelli, 2015.

NASALLI ROCCA E., *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, Milano, Biblioteca della Rivista di storia del diritto italiano, 1956.

PAGANI C., *Condotta medica*, in *Digesto.it*, Torino, 1896.

PAJNO A., *Servizi pubblici e tutela giurisdizionale*, in *Diritto Amministrativo*, 1995.

PASTORI G., *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto pubblico*, 2002.

PELLEGRINI L., *Le quattro fasi dell'accreditamento: perché il sistema stenta a decollare?*, in *Monitor* n.2.

PEZZINI B., *Principi costituzionali e politica della sanità*, in Gallo – Pezzini (a cura di) *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, Giuffrè, 1988.

PICCIRILLI G., *Il fallimento politico del Presidente della giunta regionale. Note critiche sul decreto legislativo in materia di premi e sanzioni*, in Associazione italiana dei costituzionalisti, Riv. n.4/2011.

QUARANTA A., *Convenzionamento e servizio pubblico*, in *L'ospedalità privata tra libertà d'impresa e pubblica funzione*, Rimini, Maggioli, 1986.

- *Che cosa cambia nei rapporti tra Stato e Regioni*, in *Monitor* 2004, n.8.

RAFTI V., *Il processo di aziendalizzazione nella sanità attraverso le riforme*, in *Sanità pubblica*, 1999.

ROSSI G., *Diritto pubblico e diritto privato nell'attività della pubblica amministrazione: alla ricerca della tutela degli interessi*, in *Diritto Pubblico*, 2002

RIVOSECCHI G., *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze*, da *Relazione su Convegno: Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V*, Roma, 2013.

SCARPONE D., *I piani di rientro*, in *Federalismi.it*, Osservatorio di diritto sanitario n.0 del 7 Febbraio 2014.

SERENO G., *Corte costituzionale, sent. 7 giugno 2013, n.132: la disciplina della Regione Campania viola la legislazione*, in *Amministrazione in Cammino*, 2013.

TARONI F., *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica*, Roma, 2011.

- *Le 3A: autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali*, in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di) *Manuale di Diritto Sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013.

TOTH F., *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2014.

TRIMARCHI BANFI F., *Pubblico e privato nella sanità: autorizzazioni e convenzioni nel sistema della riforma sanitaria*, Milano, Giuffrè, 2000.

TUBERTINI C., *La sanità in Italia. Organizzazione, Governo, regolazione, mercato*, in C. de Vincenti, R. Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola (a cura di) *Quaderni di Astrid*, Bologna, il Mulino, 2010.

GIURISPRUDENZA

Corte Costituzionale, Sentenza n.173 del 15 Maggio 1987.

Corte Costituzionale, Sentenza n.355 del 28 Luglio 1993.

Corte Costituzionale, Sentenza n.416 del 28 Luglio 1995.

Corte Costituzionale, Sentenza n.376 del 30 Dicembre 2003.

Corte Costituzionale, Sentenza n.43 del 20 Gennaio 2004.

Corte Costituzionale, Sentenza n.181 del 5 Maggio 2006.

Corte Costituzionale, Sentenza n.98 del 7 Marzo 2007.

Corte Costituzionale, Sentenza n.193 del 5 Giugno 2007.

Corte Costituzionale, Sentenza n.216 del 18 Giugno 2008.

Corte Costituzionale, Sentenza n.361 del 7 Novembre 2008.

Corte Costituzionale, Sentenza n.2 dell'11 Gennaio 2010.

Corte Costituzionale, Sentenza n.289 dell'8 Ottobre 2010.

Corte Costituzionale, Sentenza n.260 del 19 Novembre 2012.

Corte Costituzionale, Sentenza n.132 del 12 Giugno 2013.

Corte Costituzionale, Sentenza n.205 del 18 Luglio 2013.

Corte Costituzionale, Sentenza n.227 del 7 Ottobre 2015.

Consiglio di Stato, Sez. V, Sentenza n.343 del 23 Marzo 1991.

Consiglio di Stato, Sez. IV, Sentenza n.6693 del 9 Dicembre 2002.

Consiglio di Stato, Sez. IV, Sentenza n.1016 del 14 Aprile 2008.

Consiglio di Stato, Sez. V, Sentenza n.1434 dell'8 Marzo 2011.
Consiglio di Stato, Sez. III, Sentenza n.2082 del 12 Aprile 2012.
Consiglio di Stato, Sez. III, Sentenza n.550 dell'11 Gennaio 2013.
Consiglio di Stato, Sez. III, Sentenza n.2117 del 16 Aprile 2013.
Consiglio di Stato, Sez. III, Sentenza n.4574 del 16 Settembre 2013.
Consiglio di Stato, Sez. III, Sentenza n.4788 del 26 Settembre 2013.
Consiglio di Stato, Sentenza n.3020 del 12 Giugno 2014.
Consiglio di Stato, Sez. III, Sentenza n.207, 22 Gennaio 2016.
Consiglio di Stato, Sentenza n.2462 del 9 Giugno 2016.
Tar Abruzzo dell'Aquila, Sentenza n.324 del 9 Giugno 2011.
Tar Calabria di Catanzaro, Sentenza n.1478 del 29 Ottobre 2008.

SITOGRAFIA

<http://www.salute.gov.it>

<http://www.corteconti.it>

<http://noi-italia2015.istat.it>

<http://www.quotidianosanita.it>

<http://www.agenas.it>

<http://www.cergas.unibocconi.it>

<http://www.lavoro.regione.lombardia.it>

<http://www.agcm.it>

<http://www.amministrazioneincammino.luiss.it>

RIASSUNTO

L'evoluzione del rapporto pubblico-privato in sanità è stata caratterizzata da una serie di interventi normativi che spesso ne hanno mutato la configurazione.

Inizialmente tale rapporto faceva capo ad associazioni di beneficenza, mentre verso la fine del 1800 vennero create le prime attività economiche assicurative, in cui vi erano sia assicurazioni pubbliche per coprire ad esempio, gli infortuni degli operai sul posto di lavoro, sia organizzazioni private come le società di mutuo soccorso. Il problema principale dell'epoca era che il cittadino veniva considerato solo come lavoratore e riceveva cure in quanto tale, mentre il resto della popolazione doveva affidarsi alla carità privata.

La situazione iniziò a cambiare con l'entrata in vigore della Costituzione, la quale riconobbe il diritto alla salute all'art. 32 e non sancì espressamente l'obbligo a carico dei soggetti pubblici di erogare prestazioni, lasciando aperta la possibilità che potessero intervenire anche i soggetti privati.

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, poi, supera il principio paritario esistente tra erogatori pubblici e privati, subordinando questi ultimi alla regolamentazione dell'attività sanitaria pubblica.

Tuttavia, i veri cambiamenti si sono avuti durante gli anni Novanta che hanno aperto la strada all'attuale sistema delle 3A. Quest'ultimo si compone di tre provvedimenti: l'autorizzazione, l'accreditamento e l'accordo contrattuale.

L'autorizzazione può essere di due tipi, quella all'esercizio, che costituisce il presupposto fondamentale e obbligatorio per tutte le

strutture, pubbliche e private, per essere accreditate (precedentemente convenzionate) e per erogare prestazioni per conto dell'ente pubblico. Essa prevede che venga disposta una verifica, sia preliminare e poi periodica di tre o cinque anni, della struttura al fine di accertare il possesso di requisiti minimi specifici previsti dalla normativa; e quella alla realizzazione che si considera necessaria per la costruzione di nuove strutture o per la modifica di strutture già esistenti. Essa è subordinata al parere del Comune che, una volta acquisita la verifica di compatibilità da parte della Regione, provvede al rilascio del provvedimento.

Prima del provvedimento di accreditamento, istituito con il decreto legislativo n. 502/1992, i rapporti tra pubblico e privato venivano regolati da una convenzione che rifletteva un modello amministrativo di natura autoritativa dove si delineavano dei modelli obbligatori nazionali che rispondevano a esigenze derivanti dalla programmazione nazionale. Così, la convenzione risultava un elemento attraverso cui si voleva imporre una disciplina organizzativa utilizzando un modello pubblicistico, dove l'assistenza sanitaria era considerata un compito totalmente affidato allo Stato, il quale attraverso le sue articolazioni, sia pubbliche che private, era tenuto a garantirla. Secondo questo modello, la posizione del soggetto privato risultava assolutamente subordinata e sussidiaria rispetto alla rete ospedaliera pubblica.

Tuttavia, la grave crisi economica che toccò il nostro Paese negli anni Novanta portò all'elaborazione di un programma relativo alle privatizzazioni, che interessò soprattutto il settore della sanità; il faticoso cammino, che ha portato a delineare nuovamente il rapporto tra soggetto pubblico e soggetto privato risiede nella legge delega n. 421/1992, la quale voleva superare il modello delle convenzioni esistenti, ma la

delega relativa al riordino vero e proprio della sanità si ebbe dopo soli due mesi con il decreto legislativo n. 502/1992 definito “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, il quale dà luogo ad un sistema oltre che “aperto” anche “concorrenziale”: aperto, perché il numero di soggetti gestori corrispondeva esattamente ai presidi interni e non poteva essere previsto dal titolare del servizio, e concorrenziale, perché ciascuna struttura tendeva ad aumentare la qualità del servizio in modo da far accrescere la competitività, cosicché il finanziamento che spettava loro dipendeva dalla quantità delle prestazioni erogate e non dai costi di mantenimento della struttura stessa. Quello che effettivamente si verificò, fu il passaggio dalla convenzione all’accreditamento, generando una concorrenza tra strutture pubbliche e strutture private attraverso un finanziamento a tariffa.

L’accreditamento costituisce la condizione necessaria per esercitare attività sanitarie “per conto” del servizio pubblico: è l’atto che conferisce alle strutture sanitarie e ai professionisti lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Ma, con l’emanazione della legge n. 549/1995 prima, e con la legge n. 449/1997 poi, si assiste al passaggio da un sistema aperto ad un sistema del tutto programmatico, in cui viene riformato l’assetto organizzativo mediante l’inserimento di nuovi criteri relativi sia al numero di prestazioni da erogare e di soggetti erogatori e sia attribuendo il ruolo decisionale quasi totalmente alle Regioni, limitandolo di fatto alle Usl. La condizione di soggetto accreditato comporta solo la possibilità di erogare prestazioni *per conto* del sistema pubblico e non il diritto ad erogare prestazioni, poiché le Regioni e le Usl sono tenute a stipulare contratti con le istituzioni e i soggetti accreditati al fine di stabilire le tipologie e le

quantità delle prestazioni sanitarie, sulla base degli oneri finanziari sostenibili. Poco dopo, il decreto legislativo n. 229/1999 introduce la c.d. riforma *ter* del Servizio Sanitario Nazionale e termina il procedimento di costruzione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, iniziato nel 1978. Con esso, il legislatore si è affrettato a subordinare il rimborso pubblico per le attività assicurate da soggetti privati ad una fase successiva, quella degli accordi contrattuali. L'accreditamento non costituisce condizione sufficiente per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in nome e per conto del SSN, poiché è necessaria la stipula di accordi contrattuali. Più precisamente, le regioni definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati. Le Aziende Usl, o le Regioni in base ai modelli regionali, sottoscrivono gli accordi con le strutture pubbliche e stipulano contratti con quelle private. Le differenze esistenti tra le diverse realtà regionali si consolidano con le modifiche apportate dalla riforma Costituzionale del titolo V, parte II del 2001, dove lo Stato possiede la competenza legislativa esclusiva in materie specificamente elencate, mentre le Regioni intervengono su materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato stesso. Principalmente l'autonomia regionale si esplica attraverso l'individuazione dei requisiti necessari sia per l'autorizzazione sia per l'accreditamento, ma anche per gli accordi. Nonostante vi siano normative regionali distinte, giustificabili dai diversi modelli di competenze adottati, numerose sono le differenze relative al processo attuativo in tema di accreditamento all'interno delle regioni. I problemi relativi alle diversità riscontrate all'interno di ogni singolo modello regionale devono registrarsi non soltanto in relazione alle ostilità di natura amministrativa, ma anche a

quelle derivanti dalla politica, le quali hanno ritardato la messa in campo delle nuove regole per l'accreditamento. Ci si è resi conto come i problemi relativi alla lentezza dell'attuazione uniforme del sistema di accreditamento sono molteplici, tra cui i conflitti tra la programmazione e l'offerta, ma anche la complessità nel determinare i principi giuridici, gli strumenti e le procedure, o ancora il fatto che non vi sia una propensione da parte di tutte le regioni ad orientare i propri sistemi verso la qualità, e infine la mancanza di un'adeguata gestione amministrativa.

Un aspetto importante, da non sottovalutare, risiede nella presenza di controversie circa i costanti tagli relativi al finanziamento delle strutture. Infatti, dagli anni Novanta ad oggi, le influenze provenienti dalla finanza hanno scaturito numerose implicazioni in tutti gli ambiti del diritto pubblico, ed in particolar modo nel settore sanitario. Ad oggi, la spesa sanitaria pubblica ammonta a circa il 7% del prodotto intero lordo e sono circa otto le regioni che si trovano in una situazione con un disavanzo sanitario molto elevato. Tale configurazione consente di affermare che sono stati necessari numerosi interventi legislativi, volti a cercare di ripianare la situazione esistente. Tra di essi rientrano sicuramente i Piani di Rientro, che permettono il continuo contatto tra le amministrazioni statali e regionali. Tuttavia, nonostante il rapporto tra pubblico e privato non incida sul controllo della spesa in senso stretto, quest'ultimo è assolutamente connesso alle decisioni organizzative della materia. Quindi, se il rapporto pubblico-privato fosse rappresentato in modo migliore, sicuramente le risorse a disposizione verrebbero utilizzate in modo più adeguato, al fine di garantire agli utenti maggiori servizi e prestazioni con un'idonea qualità.

I Piani di Rientro, istituiti con la Legge Finanziaria per il 2005, prevedono che la regione interessata, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano un apposito accordo che individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica dell'effettiva attuazione del programma. In seguito a quanto disposto, per riportare l'equilibrio finanziario è stato previsto l'innalzamento al livello massimo delle aliquote Irap e Irpef a partire dal 2005, per tutte le regioni che non rientrano dal loro deficit. I Piani di Rientro nascono con una doppia funzione: la prima è sicuramente ripianare una situazione di deficit economico che, coinvolgendo una o più Regioni, rischia di incidere sul sistema finanziario nazionale, facendo sì che non vengano rispettati i vincoli di stabilità interni ed esterni; la seconda è quella di garantire i livelli essenziali di assistenza. Per realizzare quest'ultimo passaggio, ovvero impegnarsi per il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza occorre, però, rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con i cambiamenti socioeconomici ma soprattutto demografici, e valutare l'aumento della domanda dell'assistenza territoriale in alcune zone del Paese dove il Servizio Sanitario Nazionale

non è riuscito a funzionare al meglio. Quando la regione non adotta un meccanismo efficace di utilizzo delle risorse, si procederà con la diffida o la messa in mora della regione stessa, per la quale è previsto un termine entro cui dovrà adempiere agli obblighi di risanamento, di riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del servizio sanitario regionale previsti nel Piano. Scaduto inutilmente questo termine, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina il commissario *ad acta* per tutta la durata del Piano di Rientro. L'impatto che il sistema di accreditamento ha nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro risiede nel fabbisogno di acquisto delle prestazioni dal privato coerentemente con la programmazione regionale e con i vincoli economici e finanziari. Tra le regioni sottoposte al Piano di Rientro, nonché al commissariamento, vi è la Calabria che ha, da sempre, tardato ad attuare gli obiettivi previsti dal Servizio Sanitario Nazionale, indicati dal decreto legislativo n.502/1992, e dalle sue successive modificazioni. Qui, il rapporto tra pubblico e privato è caratterizzato da una prevalenza di strutture private accreditate, che costituiscono un aspetto peculiare per la Regione. Infatti, seppure i posti letto ospedalieri sono molto pochi, la presenza del privato accreditato incide non soltanto sul tipo di prestazione erogata, ma anche sulla spesa effettuata per finanziarne il servizio. Tuttavia, in seguito ad una serie di interventi legislativi regionali, è stato disposto il blocco del rilascio dei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento in attesa di attuare meccanismi di ristrutturazione delle reti ospedaliere, di ridefinizione dell'assistenza territoriale, di razionalizzazione delle prestazioni farmaceutiche. Ciò che si è verificato, in seguito alla Riforma costituzionale del 2001, è stata la rilevazione di notevoli contraddizioni circa gli obiettivi effettivamente

conseguiti e gli atti programmatici e normativi, che hanno generato per la realtà territoriale una condizione di arretratezza non indifferente, nonché una situazione di costante inerzia, nella quale sono sempre mancati atti di programmazione. Però, nonostante ci fossero all'inizio tutte le buone intenzioni per concorrere dal punto di vista regionale alla realizzazione di un sistema sanitario che potesse, forse, per la prima volta funzionare, in realtà l'inerzia di attuare politiche programmatiche e normative ha compromesso non soltanto l'efficienza organizzativa del sistema, ma anche la garanzia dell'assistenza ai cittadini. Il reale problema, però, oltre alla mancanza di un'adeguata politica di programmazione, risiede nella creazione di una propria autonomia regionale, soprattutto dal punto di vista finanziario.

Mentre inizialmente alla Regione era stato richiesto un maggiore impegno per favorire una migliore assistenza ai cittadini connessa ad un'adeguata programmazione, successivamente, in seguito alle sue continue inadempienze, si è dovuto procedere con la rinuncia all'autonomia, sottomettendosi ad un insieme di decreti ministeriali in cambio di ulteriori finanziamenti. L'obiettivo che dovrebbe essere posto a capo di un programma sanitario, che consenta la presenza di un servizio di qualità dovrebbe essere, ai sensi dell'analisi effettuata, l'adeguata regolamentazione dell'integrazione funzionale tra strutture sanitarie pubbliche e private. La Regione dovrebbe, quindi, farsi carico di disciplinare l'istituto dell'accreditamento, riconoscendolo non soltanto come un atto che accerta la presenza di requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici in capo ai soggetti erogatori, ma come una vera e propria norma che vada a regolare le diverse tipologie di istituzioni. Si ritiene che si debba maggiormente incidere sul sistema dei controlli e degli

accordi contrattuali che devono essere stipulati tra la Regione e i soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie.

Ad ogni modo, al fine di sopperire ai contesti regionali maggiormente problematici dal punto di vista economico, due potrebbero essere le strade percorribili: la prima, considererebbe maggiormente apprezzabile la presenza di controlli sulla spesa, generando così risultati efficienti; la seconda, invece potrebbe dar luogo all'abbandono del provvedimento di accreditamento dalla programmazione sanitaria regionale. Questo implicherebbe un minor carico finanziario gravante sul bilancio regionale, favorendo contestualmente la rinascita di un mercato aperto e concorrenziale. Attualmente, la maggior parte delle Regioni sono contraddistinte dalla programmazione, mentre invece sarebbe auspicabile che esse assicurassero un principio di parità tra i privati, in modo da agevolare il superamento di ostacoli amministrativi posti all'accesso del Servizio Sanitario Nazionale.