



DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE

Cattedra di Diritto Sanitario

Il Sistema dei Servizi Sanitari Regionali: come il modello sanitario lombardo ha influito sulla gestione pandemica della Regione

Prof.ssa Donatella Morana

RELATRICE

Prof. Antonio La Spina

CORRELATORE

Angela Bassi Andreasi

Matr. 642832

CANDIDATA

Anno Accademico 2020/2021

INDICE

Premessa	- 3 -
Capitolo 1 - “Il Servizio Sanitario Nazionale”	- 9 -
1.1. L’Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale l. n. 833/78	- 14 -
1.1.1. Il Decreto legislativo n. 502/92.....	- 19 -
1.1.2. Il Decreto legislativo n. 229/99 – La Riforma Bindi.....	- 25 -
1.2. La riforma del Titolo V: la ripartizione delle competenze legislative sanitarie tra Stato e Regioni	- 30 -
Capitolo 2 – Profili giuridici e valutazioni economiche del finanziamento al Servizio sanitario nazionale	- 37 -
2.1. Gli standard assistenziali e di costo	- 37 -
2.2. La riforma sul federalismo fiscale	- 48 -
2.3. Le performance regionali in un’ottica economica e di rendimento	- 54 -
Capitolo 3 – Sviluppo e peculiarità del Sistema dei Servizi Sanitari Regionali: i modelli regionali alla prova del COVID-19	- 65 -
3.1. La trasformazione dei Servizi Sanitari Regionali	- 65 -
3.1.1. La costituzione del modello Sanitario Lombardo	- 74 -
3.1.2. Analisi della dimensione territoriale dell’assistenza sanitaria	- 87 -
3.1.3. Il rapporto tra pubblico e privato nella gestione dell’assistenza ospedaliera	- 91 -
3.2. I modelli a confronto: Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte	- 96 -
3.3. Sfide Future	- 103 -
Conclusione	- 105 -
Riassunto	- 108 -
Bibliografia	- 118 -
Monografie	- 118 -
Capitoli di Monografie	- 119 -
Articoli di Periodici	- 120 -
Letteratura Grigia	- 123 -
Documenti in rete	- 124 -
Sitografia	- 124 -
Documentazione di carattere normativo - giurisprudenziale	- 125 -
Decreti	- 125 -
Sentenze	- 125 -
Leggi	- 126 -
Delibere	- 128 -
Ringraziamenti	- 129 -

Premessa

Nella Costituzione italiana il bene salute è tutelato come “diritto fondamentale dell’individuo e come interesse della collettività”. Questo significa che la Repubblica ha il dovere di tutelare il benessere individuale operando in una serie di contesti con prestazioni rivolte anche alla collettività. La tutela della salute affidata alla Repubblica coinvolge tutti i livelli istituzionali che compongono la stessa, alla luce della definizione contenuta dall’art 114 della Costituzione, che recita: “La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato”. L’art. 32 Cost. proclama la salute come uno dei valori fondamentali che regolano la vita comune dei cittadini, delineandone inoltre il sistema di tutela, l’equilibrio e il bilanciamento con le implicazioni di ordine giuridico, sociale, economico-finanziario che ne derivano¹.

L’aggettivo “fondamentale” attribuito al diritto salute vuole rafforzarne ulteriormente il significato della tutela, attribuendole maggiore protezione all’interno della Costituzione. Questo aspetto di fundamentalità non deve essere interpretato come carattere esclusivo del diritto alla salute poiché “limiterebbe al solo diritto alla salute la sussistenza di requisiti che invece appaiono propri di altri diritti costituzionalmente rilevanti i quali ricevono una garanzia rafforzata”².

Più precisamente, l’attributo fondamentale inteso in questo modo costituirebbe uno strumento ermeneutico di interpretazione per il legislatore in casi di “antitesi” tra diritti rappresentati costituzionalmente³. Infatti, “il carattere dichiaratamente “fondamentale” o “primario” delle diverse situazioni giuridiche ad essa riconducibili, lungi dal rimandare a un presunto “carattere preminente” o a una “rigida gerarchia”, implicano il continuo e vicendevole bilanciamento tra principi e diritti fondamentali”⁴. A tal proposito, giova richiamare la sentenza della Corte Costituzionale n. 85 del 9 aprile 2013 sul “caso Ilva”, con cui la Corte Costituzionale si è pronunciata analizzando diversi diritti costituzionali posti in conflitto l’uno con l’altro (tutela della salute, tutela dell’ambiente, tutela del lavoro)⁵.

¹ Come esposto a tal proposito da G.M. FLICK, *La salute nella Costituzione italiana*, in *Centenario della costituzione degli Ordini dei medici – cento anni di professione al servizio del Paese*, Roma, 2010 Health Communication, p. 13.

² F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive*, in *ASTRID*, rassegna n. 9/2017, pubblicato su *SOSSANITÁ*, p. 3.

³ Cfr. a tal proposito, F.G. CUTTAIA, *cit.*, p. 3.

⁴ F. MINNI e A. MORRONE, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte Costituzionale Italiana*, AIC Associazione Italiana dei Costituzionalisti, Rivista n. 3/2012, 20 Settembre 2013.

⁵ Il “caso Ilva” si riferisce alla struttura siderurgica presente a Taranto in Puglia, chiusa inizialmente dal giudice per tutelare la salute dei cittadini residenti nelle prossimità dello stabilimento ma poi riaperta dal Governo con decreto-legge per garantire i livelli di occupazione standard. In questo caso, stando all’aggettivo “fondamentale” attribuito al diritto salute, gli altri principi garantiti costituzionalmente andrebbero collocati se non gerarchicamente ma logicamente a un livello inferiore rispetto al diritto alla salute. (Cfr. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2013.) Così però non accade, tantoché la Corte Costituzionale ritiene che il diritto alla salute debba

L'art. 32 Cost., ha rappresentato, sul piano storico, una svolta nel nostro ordinamento in quanto fino a quel momento la salute veniva collocata all'interno di una visione molto limitata e rivolta alla tutela prevalentemente cura delle persone dalle malattie alla salvaguardia delle esigenze di produttività⁶. Con l'affermazione della tutela della salute sotto il duplice profilo, individuale e collettivo, si giunge alla massima espressione di libertà e di uguaglianza riconosciuta all'individuo.

Dalla tutela costituzionale del diritto alla salute derivano inoltre varie posizioni soggettive. Infatti, tale diritto protegge l'integrità psico-fisica dell'essere umano⁷ e allo stesso tempo garantisce alla persona la pretesa a ricevere prestazioni sanitarie, garantendole in particolar modo agli indigenti, i quali ne hanno diritto in forma gratuita. Infatti, "Nell'art. 32 della Costituzione, possono dirsi racchiusi una molteplicità di significati e contenuti: non solo vi si rinviene il diritto alle prestazioni sanitarie, alla sicurezza delle cure, alle cure gratuite per gli indigenti e finanche a non ricevere trattamenti sanitari se non quelli di carattere obbligatorio a tutelare non già solo il destinatario ma soprattutto la collettività, come avviene nel caso delle vaccinazioni o degli interventi effettuati per la salute mentale."⁸

Inoltre, le situazioni soggettive comprese nel diritto alla salute si possono leggere in chiave positiva, vale a dire come libertà di curarsi, o negativa, come ad esempio i trattamenti sanitari obbligatori disposti in particolari casi per legge per tutelare la salute collettiva.

Questi due aspetti sovrapposti tra loro influenzano fortemente la concreta attuazione del diritto alla salute nell'ordinamento giuridico italiano. Difatti, l'art. 32 Cost. ha carattere programmatico, nel senso che dispone in maniera preventiva ciò che dovrà essere successivamente messo in atto dal legislatore che ha il dovere di realizzare gli interventi necessari affinché il diritto venga soddisfatto. Questo aspetto del diritto alla salute non esclude che le disposizioni dell'art. 32 Cost. siano immediatamente operative. Il diritto alla libertà di salute risulta immediatamente e integralmente precettivo; sono infatti le prestazioni a dover essere organizzate da parte del legislatore in base allo schema individuato dalla nostra Costituzione. Il legislatore, nello svolgere il programma con risorse organizzative, umane e finanziarie che riterrà più adeguate, non potrà discostarsi dal contenuto individuato dai precetti costituzionali. A tal proposito, si noti come il diritto alla salute preveda anche il diritto alla

collocarsi allo stesso livello dei diritti inviolabili dell'uomo riconosciuti dall'art. 2 Cost., poiché tali diritti "si trovano in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile, pertanto individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri".

⁶ G.M. FLICK, *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 15.

⁷ Cfr. in tal senso, D. MORANA, cit. L'Autrice spiega come il diritto alla salute non coincide quindi con la parità sociale. Esso fa riferimento alla persona in quanto tale, non riferendosi in particolare modo allo status di cittadino del soggetto.

⁸Cfr. a tal proposito G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Nuova edn, Santarcangelo di Romagna (RN), 2019 Maggioli.

prevenzione e alle cure in caso di bisogno; ciò è strettamente collegato al diritto alla gratuità delle cure. Tali cure dovranno essere per l'appunto garantite dal Servizio sanitario nazionale, il quale dovrà sostenere in primis l'erogazione delle prestazioni sanitarie, eventualmente insieme ad operatori privati. Il diritto alla salute è fatto rientrare tra i diritti sociali dell'individuo ed in quanto tale la Repubblica dovrà impegnare le risorse necessarie per la sua realizzazione, presupponendo quindi che per essere concretamente garantito si debba ricorrere finanziariamente alla solidarietà fiscale.⁹ È possibile notare, a tal riguardo, nel corso dell'evoluzione del SSN e in particolar modo con le riforme avvenute negli anni Novanta, si sia progressivamente affermata “una disciplina intesa a garantire una oculata erogazione delle prestazioni sanitarie e che ha trovato la sua massima espressione di principio nella individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza,”¹⁰ che vogliono rappresentare proprio quel nucleo essenziale, previsto all'interno dello stesso diritto alla salute, da garantire a tutti indipendentemente dalle disponibilità economiche dell'individuo. A questo scopo, la legge 421/1992, recante la Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale, andò a definire in modo più preciso rispetto alla precedente l. 833/1978 i livelli delle prestazioni che la Repubblica avrebbe dovuto garantire agli utenti del SSN, in base a quanto previsto proprio dall'art. 32 Cost. e quelle invece che sarebbero spettate ai cittadini stessi. Successivamente, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni inerenti ai diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale, venne affidata alla competenza esclusiva statale grazie alla legge costituzionale del 18 ottobre 2001 n. 3, andando così a rimarcare il principio di uguaglianza così come previsto dall'art. 32 Cost., con l'uniformità territoriale, dalla quale deriva il dovere delle pubbliche amministrazioni di realizzare effettivamente un contesto capace di garantire sia l'erogabilità delle prestazioni sanitarie, sia il dovere in capo al legislatore di perseguire quanto previsto¹¹.

È importante notare, tuttavia, come il legislatore non goda del potere di poter determinare discrezionalmente la tutela del diritto alla salute, ma sia libero nella scelta delle modalità per assicurare tali prestazioni.¹²

Sotto questo aspetto, l'art. 32 non impedisce la possibilità di includere soggetti privati fornendo al legislatore la possibilità di optare per un sistema pubblico-privato (al pari di quanto previsto per il diritto allo studio dall'art. 33 della Costituzione, il quale non preclude ad enti privati di istituire scuole e istituti di educazione e istruzione) ma la Repubblica ha il dovere di assicurarsi che le prestazioni siano effettivamente erogate ed eventualmente garantirne la

⁹ F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto alla salute*, Astrid, Rassegna 9/2017, pp. 5-9.

¹⁰ *Ibidem*, p. 9.

¹¹ C. VENTIMIGLIA, *La valutazione delle performance nella Sanità: un'indagine comparata*, in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato, europeo*, 4 marzo 2020, p. 292.

¹² La discrezionalità legislativa di cui gode il legislatore potrà esser messa in discussione dal sindacato del Giudice.

gratuità¹³ quando ne ricorrano le condizioni. Infatti, il carattere fondamentale sancito dalla Costituzione, si esprime anche nella pretesa del cittadino di ricevere prestazioni sanitarie e inoltre di poter disporre di strumenti di tutela in grado di garantire “un rapido soddisfacimento delle proprie richieste”, in modo economico e condiviso¹⁴. Sarà pertanto il legislatore a definire le modalità di erogazione che riterrà più adeguate¹⁵ e a istituire con risorse finanziarie di varia natura le strutture necessarie.

Un esempio di diverse realtà organizzative sanitarie è rappresentato dai Sistemi Sanitari Regionali, quali autonome esplicitazioni territoriali del SSN. In questo caso, la differenziazione tra i SSR coinvolge aspetti organizzativi, modalità di erogazione delle prestazioni e modalità di compartecipazione alle spese sanitarie da parte dell’utente. Con la riforma del Titolo V della Costituzione e, già in precedenza, con i vari decreti di riordino degli anni 90’, il legislatore regionale ha avuto la possibilità di determinare il regime funzionale del proprio SSR, sia per quanto riguarda il regime istituzionale che da un punto di vista economico, in quanto è la Regione stessa che dovrà gestire le proprie risorse finanziando gli erogatori e coprendo eventuali disavanzi¹⁶. Infatti, come espresso dall’art. 117, comma 3 Cost. la potestà legislativa di tipo concorrente sulla tutela della salute legittima anche sul piano costituzionale la propensione a differenziare i modelli organizzativi regionali in materia sanitaria¹⁷. Difatti, a partire dagli anni Novanta è possibile riscontrare una spinta da parte delle Regioni nel decidere più “selettivamente” i modelli organizzativi¹⁸, con una conseguente differenziazione sanitaria regionale all’interno del Paese. Il riordino sanitario degli anni 1992-1993 ha comportato quindi una svolta storica in ambito sanitario rispetto al modello più universale di previsione di forme di assistenza creatosi fino ad allora, mettendo quindi in discussione l’universalità del sistema. La nota di universalità del servizio che continuava a permanere è riscontrabile nella legge delega n. 421/1992, dove veniva prevista per l’appunto una soglia minima di prestazioni che le Regioni avrebbero tassativamente dovuto assicurare in base alle risorse assegnate¹⁹. La differenziazione regionale ha assunto importanza rispetto a due temi principali. Il primo riguarda l’effettiva tutela del diritto alla salute rispetto alla diversificazione dei vari SSR, dove la scelta di diverse forme di organizzazione effettuate dalle Regioni porta diversi autori a

¹³ L’art 32 Cost. prevede l’erogazione delle prestazioni in forma gratuita solamente agli indigenti, sarà poi il legislatore a determinare in che forma e misura le prestazioni potranno essere fornite in modo gratuito a coloro che non si trovino in una situazione di indigenza.

¹⁴ Sulle forme di tutela della salute V. ANTONELLI, G. CARPANI, *Conciliazione, Regioni e Sanità* in Rapporto sui conflitti e sulla conciliazione 2016, Collana Giorgio Santacroce, Quaderni dell’Istituto Regionale di studi giuridici del Lazio "Arturo Carlo Jemolo" Biblioteca di testi e studi Roma, Carocci editore, 2017, pp. 107-132

¹⁵ Cfr. a riguardo, F.G. CUTTAIA, p. 7.

¹⁶ Come sottolinea a tal proposito A. TANESE, dove spiega che con il d.lgs. 502/92, le regioni hanno acquisito un ruolo sempre più preponderante per quanto riguarda l’organizzazione sanitaria, sotto diversi punti di vista, (A. TANESE, *I Sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull’evoluzione del SSN. La formazione manageriale*, Ottobre 2011, p. 1).

¹⁷ C. VENTIMIGLIA, *La valutazione delle performance nella Sanità: un’indagine comparata*, cit., p. 293.

¹⁸ Ibidem, p. 293.

¹⁹ A tal proposito, R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in Scritti in onore di Angelo Mattioni, Vita e pensiero, Milano, 2011, p. 57 ss.

interrogarsi sull'effettività della tutela al diritto alla salute che al contrario potrebbe portare a diverse diseguaglianze nell'erogazione di prestazioni sanitarie all'interno del Paese²⁰. Il secondo tema riguarda i risultati raggiunti²¹ da ciascuna Regione in base al modello organizzativo scelto: come si avrà modo di osservare all'interno dei capitoli II e III, diverse modalità di gestione sia finanziaria che amministrativa (numero di Aziende sanitarie locali, assistenza ospedaliera e distrettuale...) sanitaria portano a delle differenze in termini di risultati e performance finali.

Uno degli aspetti che contraddistingue i vari modelli sanitari regionali è maggiore o minore coinvolgimento delle risorse private. Questo aspetto ha dato vita a due macro-gruppi di sistemi organizzativi sanitari, come per esempio il modello emiliano-romagnolo basato sulla programmazione prevalentemente pubblica e sull'accreditamento selettivo di strutture erogatrici private, riducendo così il margine di scelta dell'utente; dall'altra parte il modello lombardo focalizzato sulla domanda dei servizi e sulla competizione delle strutture erogatrici, creando un bilanciamento tra pubblico e privato e offrendo ai cittadini libertà di scelta, facilitando l'ingresso a soggetti erogatori privati nel mercato e diminuendo così i tempi d'attesa.²² Per esempio, in Lombardia alcuni degli ospedali pubblici e altre strutture di ricovero sono state trasformate in fondazioni di diritto privato: questo consentiva di investire risorse e capitali privati proprio nella sanità²³.

Un altro aspetto particolarmente importante che contraddistingue i diversi modelli regionali è sicuramente le scelte delle diverse amministrazioni sulla collocazione di maggiori o minori risorse rispetto all'assistenza ospedaliera o extra-ospedaliera, che, come si analizzerà nel corso della trattazione, avrà un peso specifico sui risultati legati alle performance, alla soddisfazione e ai risultati di ogni Regione, soprattutto per quanto riguarda la gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

Sulla base del significato costituzionale del diritto alla salute e alla luce degli aspetti organizzativi che caratterizzano il Sistema Sanitario Nazionale e di conseguenza le caratteristiche che differenziano i vari Sistemi Sanitari Regionali, si vuole esaminare come in particolare le peculiarità del sistema sanitario lombardo abbiano influito sull'attività sanitaria

²⁰ Sul punto A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in *Giorn. dir. amm.*, n. 3, 2019, p. 292 ss.

²¹ Per un approfondimento, F. LAUS, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in *Giorn. Dir. amm.*, n. 3, 2019, p. 283 ss.

²² Cfr., G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, & M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Nuova edn, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN), 2019.

²³ Proprio in Lombardia si è ricorsi maggiormente all'art. 3 del Decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, dove veniva previsto per le Regioni la possibilità di derogare alla conformazione delle Aziende ospedaliere come definito dalla normativa nazionale.

durante la pandemia da COVID-19, e se proprio ad esse può essere attribuita la causa delle problematiche e delle anomalie riscontrate.

Capitolo 1 - “Il Servizio Sanitario Nazionale”

1. Dalla considerazione, agli albori dello Stato unitario, della salute sotto il profilo della sicurezza pubblica, al pieno riconoscimento, nella Costituzione repubblicana del 1948, del diritto alla salute

A una visione differenziata della salute dei cittadini negli Stati pre-unitari, derivante dalle rispettive tradizioni storico-sociali e in cui comunque risultava prevalente la missione etico-religiosa svolta dalla Chiesa in tale campo, si contrappone, con la realizzazione dello Stato unitario, un più accentuato intervento da parte dell'organizzazione statale nella predisposizione delle strutture preposte alla cura delle malattie in un'ottica di tutela della sicurezza collettiva.

Con la legge n. 2248 del 20 marzo 1865, nel quadro della disciplina uniforme dell'organizzazione amministrativa di uno Stato eminentemente centralista, viene normato, con le disposizioni contenute nell'Allegato C della medesima legge, per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia, (il quale fu il primo intervento legislativo che portò uniformità all'interno della disciplina amministrativa) “un assetto della sanità strettamente dipendente da preoccupazioni di ordine pubblico”²⁴.

Il concetto di “sanità pubblica” inteso come intervento della pubblica autorità emergeva soltanto a fronte di malattie specifiche che avrebbero potuto metter in pericolo la società, come ad esempio malaria, malattie veneree ecc. Con l'allegato C la gestione della salute pubblica veniva, infatti, affidata al Ministero dell'Interno.

Un'altra tappa fondamentale del processo legislativo della sanità italiana è rappresentata dalla legge 22 dicembre 1888, n. 5849 (legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, cd. Legge Crispi-Pagliani). La legge trasformò l'Ufficio sanitario centrale in Direzione generale della sanità pubblica. Con la legge Crispi venne istituito presso il Ministero dell'Interno un consiglio superiore di sanità, e in ogni provincia un consiglio provinciale di sanità con un medico provinciale alla dipendenza del prefetto. Inoltre, in ogni comune era previsto un medico ufficiale sanitario. Lo Stato italiano riuscì così ad acquisire un nuovo sistema di igiene e sanità pubblica, rimanendo però in un sistema bipartito che vede: da una parte il sistema pubblico e dall'altra quello privato-caritativo.

Successivamente durante il periodo fascista l'intento principale fu quello di preservare e migliorare la salute della collettività nazionale. In continuità con il recente passato, nel 1922 vennero istituiti Dispensari e Consorzi finalizzati principalmente alla profilassi e alla prevenzione di malattie socialmente diffuse, come tubercolosi e malattie veneree, con una particolare attenzione ai lavoratori.

²⁴ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, 2013, p. 14.

Con la stessa attenzione per i lavoratori, in seguito venne istituito il sistema mutualistico. Esso prevedeva il pagamento di contributi, e garantiva assistenza medica generica agli assicurati e loro famigliari.

Il sistema sanitario ereditato dalla Repubblica era composto quindi da servizi di igiene pubblica a carico del Ministero dell'Interno e alle prefetture, servizi di cure gratuite agli indigenti, di responsabilità dei comuni, strutture ospedaliere regolate da norme di diritto pubblico e amministrate in buona parte dagli enti locali, ma gestite da più soggetti privati e le grandi casse mutue di assicurazione contro gli infortuni e le malattie dei lavoratori, statalizzate e beneficate di un regime di monopolio durante il ventennio fascista, insieme a una miriade di piccole casse territoriali e aziendali. All'interno di questo sistema la salute della persona acquisiva rilievo giuridico nell'ambito di tutela dell'ordine pubblico sanitario, beneficenza pubblica principalmente a carico dei comuni e di previdenza sociale, dove il lavoratore poteva fare affidamento su una tutela di tipo sanitario con il principale interesse di preservare il sistema produttivo nazionale.²⁵

Con l'avvento della Repubblica e di conseguenza della Costituzione, il concetto di salute assunse un significato che andava ben oltre la semplice tutela del lavoratore²⁶. Oltre al nuovo significato acquisito dal diritto salute, a modificarsi fu anche la ripartizione delle competenze legislative in materia di salute tra Stato e Regioni. Prima della Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", l'art. 117 permetteva alle regioni di emanare proprie norme legislative, ma solamente nel rispetto dei principi fondamentali fissati dalla legislazione Statale. La ripartizione delle materie veniva indicata dallo stesso articolo, che elencava una serie di casistiche in cui la regione poteva intervenire con proprie norme.

Con la riforma del Titolo V lo Stato affermò la sua potestà legislativa in alcune materie tassative²⁷, viceversa alle Regioni venne attribuita una potestà legislativa residuale che può essere tutt'oggi divisa in due diverse categorie normative: una categoria di tipo *concorrente*²⁸, che viene esercitata in settori di rilievo politico-istituzionale, seguendo principi fondamentali determinati dalla legge dello Stato. Allo Stato spetta quindi porre i principi fondamentali di tali materie e spetterà in un secondo momento alla Regione provvedere all'adozione di una disciplina più nel dettaglio; la seconda di tipo *esclusivo*, categoria individuata in modo residuale

²⁵ Cfr. R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario* a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, Il Mulino, 2013, pp. 18-19.

²⁶ Tuttavia, sarà necessario attendere gli anni '70 del XX secolo per vedere la salute della persona tutelata in quanto tale e non sulla base della professione.

²⁷ Le materie di potestà esclusiva dello Stato sono indicate nell'art 117, comma 2 Cost.

²⁸ Tra le materia di competenza concorrente tra Stato e Regioni si ritrovano per esempio, l'agricoltura, il turismo, l'urbanistica e anche l'assistenza sanitaria ed ospedaliera.

per quanto riguarda tutto ciò che non fa parte della legislazione esclusiva statale o concorrente tra Stato e Regioni. Ciò permette alle Regioni di poterla esercitare senza limitazioni o ingerenze dello Stato²⁹, fatta eccezione per il doveroso rispetto degli obblighi internazionali, dell'Unione Europea e dei principi generali dell'ordinamento³⁰. Dal 2001 è quindi possibile riscontrare un allentamento dei vincoli a capo delle Regioni, anche per quanto riguarda controlli governativi sulle leggi regionali. Infatti, prima della riforma le Regioni incontravano diversi limiti nell'esercizio della loro potestà legislativa.

I limiti di legittimità risultavano in parte generali, validi quindi per ogni legge locale, e in parte specifici dei vari livelli di potestà. I limiti generali erano comuni a tutte le Regioni perché connessi in parte alla "natura" della legge regionale come fonte primaria e in parte alla "natura" dell'ente Regione come ente derivato, territoriale, a competenza limitata. I limiti specifici portavano a distinguere, in ragione del minore o maggiore vincolo che il legislatore regionale trovava nella legge dello Stato, tra la potestà primaria o esclusiva, riservata alle sole Regioni speciali, la potestà concorrente o ripartita e la potestà attuativa o integrativa, legata al completo rispetto della legge statale³¹. Inoltre, prima della riforma del "Titolo V" le regioni non potevano vedere le proprie leggi promulgate non prima di aver passato il controllo governativo.

Per quanto invece riguardava la materia sanitaria, l'originario art. 117 della Costituzione, limitava la competenza concorrente delle Regioni al più ristretto ambito dell'"assistenza sanitaria e ospedaliera"³², infatti, la formulazione originaria dell'art. 117 Cost. riportava un elenco di materie nelle quali le regioni erano legittimate ad emanare norme legislative rispettando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, mantenendo quindi la potestà legislativa in ambito generale nell'esclusiva disponibilità del legislatore statale³³.

Mentre, come verrà analizzato in seguito, dopo la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "la tutela della salute" verrà attribuita alle materie di competenza concorrente tra Stato e Regioni.

L'art. 114 Cost. offre uno spunto interessante da aggiungere all'idea di governance multilivello in materia di sanità. Infatti, l'articolo sopracitato delinea una Repubblica costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città Metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato. Gli enti

²⁹ Cfr. a tal proposito, G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Nuova ed., Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli, 2019

³⁰ Tutela dei diritti civili e sociali, dell'ordinamento civile e penale, della disciplina della concorrenza ecc.

³¹ R.BIN, G. PITRUZZELLA, *Diritto Costituzionale*, G. Giappicchelli Editore, Torino, 2016, p. 295.

³² F.S. COPPOLA, S. CAPASSO, L. RUSSO, *Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, in *Economia della tassazione sistemi tributari, pressione fiscale, crescita*, Società italiana di economia pubblica, Pavia, 2008.

³³ G. CARPANI – D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di "tutela della salute"*, in *Manuale di diritto sanitario*, tra le materie indicate non si trovano ad esempio l'agricoltura, il turismo, la beneficenza pubblica, l'urbanistica o l'assistenza sanitaria e ospedaliera, p. 89.

appena citati, sono realtà rappresentative delle popolazioni residenti in un determinato territorio e in quanto tali sono quindi tenute a farsi carico dei loro bisogni. Stando all'art. 114, comma 1, Cost., si potrebbero trarre due conseguenze di grande rilievo: per un verso, il fatto che gli enti menzionati condividano la medesima natura di soggetti costitutivi della Repubblica comporta che tra relazioni di essi non possano essere di tipo gerarchico, ma di pari ordinazione; prende così forma un ordinamento policentrico, improntato al principio del pluralismo istituzionale paritario. Per altro verso, la circostanza che l'elenco degli enti territoriali contemplati nella norma presa in esame parta dal comune e non dallo Stato è sintomatica della volontà di riconoscimento all'ente di base un ruolo centrale, in linea con la tradizione municipalista italiana.³⁴ In aggiunta, considerato che l'art. 32 Cost. assegna alla Repubblica la sua salvaguardia e che essa sia composta in egual maniera dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato, viene implicitamente affermato il fatto che anche nel caso in cui alla legge statale fosse riconosciuta la possibilità di dettare discipline dettagliate a tutela del diritto alla salute, non si dà "nulla di più allo Stato di quanto costituzionalmente ad esso pertiene"³⁵.

L'espressione riportata dall'art. 114 "la Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato" ha un valore costitutivo e in quanto tale molto innovativo rispetto alla precedente dicitura "la Repubblica si riparte in Regioni, Province e Comuni", che indicava semplicemente una ripartizione territoriale rispetto alla Repubblica, non citando lo Stato, entità coincidente alla sintesi dell'unità del territorio. Inoltre, il nuovo art.114 Cost. modifica la logica gerarchica degli enti: infatti, nella precedente formulazione dell'articolo è possibile derivare una derivazione a catena dell'ente territoriale, mentre nel nuovo testo il fatto che gli enti siano "nati" simultaneamente fa intendere che tra di essi non sussista una determinata gerarchia logica o che alcuni possano considerarsi derivati da altri³⁶. L'articolo legittima tali enti territoriali a concorrere in modo paritario, nei limiti costituzionali, alla costruzione delle politiche pubbliche, garantendo al contempo i diversi interessi territoriali³⁷. Nonostante ciò, lo Stato rimane comunque l'ente incaricato a rappresentare gli interessi dell'intera popolazione, con il dovere di soddisfare tali esigenze. L'allocazione delle funzioni tra i diversi livelli di governo sono comunque la sussidiarietà verticale, l'adeguatezza e la differenziazione. Secondo il primo principio infatti, l'art. 118 Cost.

³⁴ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitari*, cit. p 163.

³⁵ Sul tema G. CARPANI, *I principi fondamentali della tutela della salute nelle indicazioni del Giudice delle leggi*, in *Il Governo della salute, Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez-Centro di formazione e studi, Quaderni Formez, 2005, pp. 37-76.

³⁶ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, profili di diritto interno e comparato*, Milano, Giuffrè Editore, 2005, p. 39.

³⁷ Così M. SALVAGO, *I Comuni nella Giurisprudenza della Corte Costituzionale successiva alla riforma del Titolo V, Parte II, della Costituzione*, AIC Associazione Italiana dei Costituzionalisti, Rivista: n° 2/2011, Giugno 2011. La Corte Costituzionale con la Sentenza n.274 del 2003 precisa che l'art.114 Cost. "non comporta affatto una totale equiparazione fra gli enti in esso indicati, che dispongono di poteri profondamente diversi tra loro: basti considerare che solo allo Stato spetta il potere di revisione costituzionale e che i Comuni, le Città metropolitane e le Province (diverse da quelle autonome) non hanno potestà legislativa".

considera che le funzioni più generali siano attribuite al livello amministrativo più vicino ai cittadini, il Comune, mentre le funzioni che superano il livello territoriale sono attribuite ai livelli di governo più elevati come per l'appunto Province, Città metropolitane, Regioni e Stato. Il secondo principio si rifà "all'idoneità organizzativa dell'amministrazione ricevente"³⁸, mentre quello di differenziazione punta a tener conto delle differenze complessive ed organizzative dei diversi enti territoriali di riferimento.

Tuttavia, il ruolo di Comuni, Province, Città Metropolitane e Regioni è tutt'altro che marginale in tema di sanità pubblica. Per esempio, le competenze dei Comuni si sviluppano secondo tre direttrici indicate dalla legislazione nazionale e talvolta riformulate nelle legislazioni regionali. La prima delle tre direttrici è la partecipazione alle forme strutturali di concertazione, con poteri "paragestionali", infatti i sindaci sono intitolati a partecipare alla Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria, alle Conferenze sanitarie territoriali rispettivamente alle diverse Aziende Usl ed ai Comitati di distretto istituiti presso ogni ambito distrettuale delle stesse Aziende sanitarie. In questi contesti il sindaco "provvede a definire le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio rimettendo alla Regione le relative osservazioni, contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore generale ed alla Regione"³⁹. La seconda fa riferimento al ruolo del sindaco quale autorità sanitaria locale. Infatti, il sindaco ricopre le vesti sia di ufficiale di Governo, sia di capo dell'amministrazione comunale. Tra i suoi poteri ritroviamo la prescrizione di trattamenti sanitari obbligatori, la facoltà di emanare provvedimenti contingibili ed urgenti finalizzati a tutelare o ripristinare la sicurezza sanitaria dei cittadini del proprio Comune ed il rilascio dei provvedimenti previsti dalla normativa vigente in campo sanitario⁴⁰. Infine, il Comune ha un ruolo rilevante nella tutela globale della salute e dell'ambiente. Infatti, la promozione del benessere complessivo degli individui viene compartido proprio tra Comuni e Regioni, trovando nell'ambiente comunale una particolare rilevanza, proprio perché la tutela della salute deve essere intesa come processo che consente alla collettività e agli attori incaricati di incrementare il loro controllo su determinati fattori riguardanti la salute, creando ambienti

³⁸ Così la l. n. 59/1997 che definisce il principio dell'adeguatezza.

³⁹ Quanto previsto nel d.lgs. n. 502/1992. Come spiega G. CILIONE, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit. p. 113. Successivamente sono subentrate la legge regionale n. 2/2003, la legge regionale n. 29/2004 ed il Piano sociale e sanitario 2008-2010, i quali hanno sancito la trasformazione delle Conferenze sanitarie territoriali in Conferenze territoriali sociali e sanitarie. Sono composte dai sindaci dei Comuni afferenti all'ambito territoriale di ogni Azienda Usl e dal presidente della Provincia.

⁴⁰ Cfr. G. CILIONE, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit. i poteri attribuiti ai sindaci si incastra con la relazione giuridica esistente tra Comune e Azienda USL di riferimento, che subentra per supporto tecnico, compiti tecnici di istruttoria, di consulenza, di informazione, di vigilanza e controllo. Le caratteristiche elencate possono essere affiancate da specifiche previsioni organizzative o di settore elencate nella legislazione nazionale o regionale.

favorevoli per una migliore qualità della vita. Quindi, uscendo da logiche ambulatoriali e ospedaliere, il Comune risulta essenziale per rincorrere obiettivi di tutela del benessere psico-fisico delle comunità di riferimento. Sotto molti aspetti, le Regioni i Comuni e le Province vengono accumulati dal nuovo Titolo V della Costituzione. Infatti, secondo il comma 2 dell'art. 114, Cost. essi sono "ugualmente enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni", ma al contrario delle Regioni gli enti locali non detengono potestà legislativa. L'autonomia detenuta dalle Province dipende prevalentemente dalle leggi, non solo statali ma anche regionali.

Per quanto riguarda la sanità pubblica, il ruolo delle province è legato al principio della sussidiarietà verticale, che nel distribuire le funzioni amministrative tra i diversi livelli di governo privilegia l'ente territoriale più vicino al cittadino cioè il comune, attribuendogli le principali funzioni amministrative. "La piena attuazione del principio di sussidiarietà però, non prevede esclusivamente la corretta allocazione delle funzioni al livello di governo più adeguato, ma comporta un sistema di rapporti fra i diversi enti territoriali ispirato non alla rigida separazione delle competenze ma alla collaborazione e al concerto, dove siano presenti strumenti e sedi di raccordo tali da permettere che anche le funzioni non attribuite agli enti più vicini ai cittadini siano esercitate con il ricorso di questi ultimi"⁴¹.

Possiamo quindi concludere che il ruolo delle Province è quello di raccordo tra due diversi livelli di governo quali il Comune e la Regione, ponendo il Comune come uno dei soggetti principali della tutela della salute, nonostante le opportunità offerte dall'autonomia normativa comunale non siano eseguite al massimo delle loro possibilità e il loro ruolo si sia modificato nel corso degli anni, come accaduto con la perdita dell'identità comunale da parte delle Unità Sanitarie Locali che verranno analizzate nel corso della trattazione. Occorre quindi riflettere sullo sviluppo del ruolo degli enti all'interno del servizio sanitario nazionale e in modo particolare su come esso possa incidere nei sistemi sanitari regionali.

Per fare ciò, si approfondirà nel corso del capitolo l'evoluzione del servizio sanitario nazionale dalla sua istituzione ad oggi.

1.1. L'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale l. n. 833/78

Nel 1978 si assiste a un momento di svolta per il Servizio Sanitario Nazionale. Con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istituzione del servizio sanitario nazionale, venne abbandonato definitivamente il sistema mutualistico per abbracciare nuovi assiomi e principi generali del

⁴¹Come spiega A. RUGGERI, *Neoregionalismo e tecniche di regolazione dei diritti sociali*, in *Diritto e Società*, 2001, n. 2, 205 ss., spec. 231.

sistema. Con la l. n. 833 si volle promuovere un nuovo processo di integrazione organizzativa, in particolare per quanto riguarda due aspetti fondamentali: il piano del finanziamento e quello dell'erogazione delle cure sanitarie⁴². Inoltre, con l'istituzione del SSN si scelse di dare finalmente compimento all'art.32 Cost., cosa non avvenuta fino ad ora poiché il sistema mutualistico concentrava il suo scopo nella cura della malattia prevalentemente negli ambienti di vita lavorativi e nella cura del cittadino in quanto lavoratore e non come individuo. Nel 1978 venne scelto deliberatamente di garantire la salute della popolazione, ponendo tutti i cittadini allo stesso livello, dando piena attuazione agli articoli 2, 3 e 32 e creando un sistema prevalentemente locale di assistenza e di erogazione delle prestazioni. Il concetto di salute diventò quindi un concetto innovativo, anche per quanto riguardava il suo finanziamento che d'ora in avanti avverrà tramite il sistema fiscale. Il SSN si prefiggeva di istituire un sistema che fosse universale ed egualitario nei principi e nei servizi, appoggiandosi a una specifica comunità locale che fosse di riferimento per la popolazione locale e gestita da un unico soggetto, l'Unità sanitaria locale. I principi fondamentali su cui si sarebbe dovuto basare il SSN sono:

1. "L'universalità della copertura;
2. L'uguaglianza di trattamento dei cittadini;
3. La globalità delle prestazioni erogate;
4. L'equità del finanziamento;
5. Il controllo democratico da parte dei cittadini;
6. L'unicità di gestione;
7. E la proprietà prevalentemente pubblica dei fattori di produzione."⁴³

Ma il secondo punto di svolta che portò all'attuazione della riforma sanitaria per eccellenza fu anche l'istituzione delle Regioni. Così, infatti, vennero a formarsi dei nuovi soggetti giuridici che domandavano un trasferimento di competenze, in primis in materia sanitaria. Per l'appunto, alcune regioni come la Lombardia, non attesero l'attuazione di determinati decreti, ma diedero avvio a iniziative autonome emanando leggi di settore che sviluppavano nuovi modelli di organizzazione e servizi innovativi, come per esempio i Consorzi sanitari di zona, che univano la gestione sanitaria di diversi comuni, nati in Lombardia proprio nel 1972 e sviluppatisi successivamente anche in altre regioni⁴⁴. L'istituzione delle regioni e le problematiche ricollegate alle mutue portarono all'eliminazione delle casse mutue esistenti fino ad allora in favore di un'unica assicurazione nazionale. In questo contesto allo Stato vennero assegnate prevalentemente funzioni di programmazione e coordinamento del sistema, insieme alla gestione dei finanziamenti del SSN. I compiti programmatori attribuiti

⁴² Cfr. F.TOTH, *La Sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna 2014.

⁴³ Come fa riferimento F.TOTH, in *La Sanità in Italia*, cit. p. 35.

⁴⁴ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in saggi, in saggi, Corti supreme e salute, a cura di R. BALDUZZI, SODIS Società Italiana di diritto sanitario, Pacini Giuridica, fasc. 3, Settembre-Dicembre 2018.

allo Stato si esplicavano in primis nell'adozione del Piano sanitario nazionale, atto che fissa i livelli delle prestazioni sanitarie da garantire a tutti i cittadini⁴⁵. Allo Stato vennero attribuiti inoltre, il potere di indirizzo e coordinamento anche e soprattutto rispetto al controllo della spesa sanitaria e il potere di adottare ordinanze di carattere contingibile e urgente in materia di sanità e igiene pubblica. Per quanto riguarda le regioni, ad esse vennero attribuite importanti funzioni di programmazione e coordinamento, anche dal punto di vista legislativo per tutto ciò che riguardasse la gestione territoriale, specialmente in ambito ospedaliero⁴⁶. All'interno di questo contesto venne inoltre valorizzato il ruolo del Comune, al quale venne affidato un importante ruolo in ambito di erogazione delle prestazioni in ambito di cura, riabilitazione e di medicina legale. Per fare ciò il Comune era strettamente collegato alle Usl. Infatti, originariamente, con la legge n. 833/1978 le Usl presentavano una configurazione prevalentemente comunale, sottolineando così ancora una volta la centralità del ruolo dei comuni come enti più vicini al cittadino. Esse venivano definite dall'art. 10 della stessa legge come "strutture organizzative comunali di carattere operativo, preposte all'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria in favore della popolazione".

Come si evince da questa suddivisione, la l.n. 833/1978 afferma un sistema ripartito a livello di governo centrale e regionale per quanto riguarda la programmazione, mentre disloca a livello distrettuale l'erogazione delle cure e dei servizi primari. I nuovi principi del Servizio sanitario nazionale cercavano di arginare le problematiche gestionali e finanziarie emerse con il sistema mutualistico: "l'unificazione di tutte le funzioni sanitarie entro la gestione delle Unità sanitarie locali superava la frammentazione del sistema di assistenza mutualistica compartimentalizzato nei tre circuiti paralleli della medicina generale, dell'assistenza specialistica e di quella ospedaliera, con nessuna attenzione alla prevenzione, individuale o di massa"⁴⁷. Lo scopo principale era quello di implementare un progetto basato sull'integrazione verticale, sviluppata su base territoriale ma gestita "centralmente" su base nazionale, con al vertice il SSN che avrebbe coordinato tutti i servizi e le prestazioni erogate ai cittadini dagli Enti ospedalieri⁴⁸.

Grazie all'introduzione del nuovo schema operativo, le Regioni dal 1978 avrebbero definito le Unità sanitarie locali e ne avrebbero programmato le attività approvando i Piani sanitari regionali. I PSR sono fondamentali per la Regione affinché, integrandosi al PSN,

⁴⁵ Cfr. a riguardo R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario* cit.

⁴⁶ F.TOTH, *La sanità in Italia*, cit.

⁴⁷ F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico editore, 2011, Roma, pp. 214.

⁴⁸ Come fa notare F. TARONI, cit., gli Enti ospedalieri perdevano così personalità giuridica e autonomia finanziaria diventando strutture operative del SSN.

elimininno squilibri tra le regioni nell'erogazione di prestazioni e servizi, anche se come si vedrà però, questo non sempre accade.

L'organizzazione delle Usl portò all'emersione di alcune ambiguità. Di fatti, solamente la definizione delle dimensioni di tali enti, che vennero indicate fra i 20.000 e 50.000 abitanti da stabilire sulla base delle caratteristiche locali, venne affidata alle singole regioni. Per quanto riguardava la loro gestione, il Parlamento decise di porre al vertice tecnico l'Ufficio di direzione, un organismo collegiale diviso in una parte sanitaria ed una amministrativa, con a capo un Coordinatore, mentre il loro governo fu affidato al Comitato di gestione, ossia un organo politico composto da rappresentanti di tutti i partiti presenti nei consigli dei Comuni facente parte della Usl e nominati dall'Assemblea generale⁴⁹.

La legge n. 833/78 affidava alle Regioni il potere di emanare “ordinanze contingibili e urgenti in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria riguardanti il territorio regionale o parte di esso comprensiva di più comuni; l'instaurazione di rapporti convenzionali con le università e con gli enti di ricerca, l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato che non hanno richiesto di essere classificate, [...], il controllo preventivo sugli atti delle Usl da parte dei comitati regionali di controllo integrati da un esperto in materia sanitaria, l'esercizio di un complesso di funzioni delegate dallo Stato e anch'esse di massima coincidenti con quelle già identificate dal Decreto del Presidente della Repubblica del 24 luglio 1977, n. 616, attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382. Le funzioni delegate comprendevano: a) la profilassi delle malattie infettive e diffuse; b) l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale in materia di zoo-profilassi e sanità veterinaria; c) i controlli della produzione, commercio e impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose; d) il controllo dell'idoneità dei locali e delle attrezzature per il commercio e il deposito delle sostanze radioattive naturali e artificiali e di apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti; il controllo sulla radioattività ambientale; e) i controlli sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi”⁵⁰. Facendo riferimento al ruolo delle Usl citate pocanzi, esse pur riferendosi alla realtà locale e operando a stretto contatto con i Comuni, avrebbero avuto come punto di riferimento la Regione. Infatti, la loro autonomia organizzativa, amministrativa, gestionale, tecnica e imprenditoriale non annullava la loro soggezione e strumentalità rispetto alla Regione.⁵¹

Per quanto riguardava l'aspetto finanziario la legge prevedeva un sistema di finanziamento “a cascata”, il governo a livello centrale avrebbe stabilito l'ammontare totale da

⁴⁹ F. TARONI, cit., spiega infatti che la composizione delle Usl non prevedeva una “dominanza” medica nella gestione delle Unità. Si osserva infatti un “pregiudizio anti-tecnocratico ed anti elitario”.

⁵⁰ M. DI FOLCO, *Le funzioni amministrative*, in R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Manuale di diritto Sanitario*, cit. p. 146.

⁵¹ Solo con le riforme sanitarie degli anni '90, si assisterà al conferimento delle autonomie elencate alle Aziende Sanitarie Locali, poiché principalmente con la l.n. 833/1978 si voleva creare un Servizio sanitario su base nazionale, mentre negli anni '90 si assisterà alla regionalizzazione del SNN.

iscrivere nel bilancio dello Stato, seguendo quanto pianificato all'interno del PSN, indicando la suddivisione tra le regioni. Le Regioni avrebbero determinato in un secondo momento i poteri di spesa, mediante i propri programmi delle attività e alle Usl. Per la gestione del finanziamento si utilizzò il Fondo sanitario nazionale, esso era costituito in parte da contributi di malattia, come forma di assicurazione obbligatoria per tutti i cittadini, e per metà da trasferimenti erogati dallo Stato, fino agli anni '90, quando il finanziamento rimase per il 50% a carico del FSN e per metà a carico delle Regioni attraverso l'IRAP. Questo sistema di finanziamento destinava risorse finanziarie per riequilibrare le differenze esistenti tra le diverse regioni italiane, ma negli anni si rivelò inefficiente⁵². Seppure per diversi aspetti, a tutti i livelli di governo venivano affidate responsabilità dirette nel finanziamento e gestione all'interno del sistema sanitario.

Tuttavia, seppure costituendo una svolta non indifferente anche dal punto di vista costituzionale, la legge n. 833/78 non riuscì a produrre gli effetti desiderati. Infatti, si assistette a una forte presa politica della gestione sanitaria, dovuta al fatto che proprio le Usl venivano gestite da organi politici comunali, ma non solo, effettivamente ci fu un'evidente difficoltà nel contenere la spesa sanitaria proprio a causa dei criteri clientelistici che sorreggevano le Usl. Non era possibile al contrario da quanto previsto dalla stessa legge n. 833 garantire tutto a tutti, e per questo si creò disappunto da parte dei cittadini e dagli stessi operatori medici. Inoltre, "Il SSN poggiava su un sistema di accountability e di sostenibilità molto fragile, affidato alla sola "iniziativa locale", senza vincoli perentori di effettiva adozione dei sistemi di programmazione e controllo pur previsti dalla Legge. La grande riforma strutturale dell'assistenza sanitaria, nata da una visione estremamente avanzata e dalla volontà di garantire un servizio unitario e gratuito, aveva però "piedi d'argilla", dal momento che basava la sua tenuta su un "naturale" e automatico (quanto irrealistico) allineamento dell'offerta agli effettivi bisogni di salute dei cittadini."⁵³

L'art. 13 infatti, attribuiva ai Comuni le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, non espressamente riservate allo Stato e alla Regione, ma ciò non veniva riflesso allo stesso modo dalla qualificazione giuridica delle stesse Usl. Inoltre, venne ignorato il numero ottimale delle Usl, lasciando così il tema a discrezione delle Regioni⁵⁴. La formulazione vaga sulla definizione delle Usl costituì motivo di scontro fra Comuni e Regione. Le problematiche sussistevano anche per quanto riguardava la gestione finanziaria, infatti il sistema a cascata ideato con la legge n. 833 andava così a creare un "un sistema di finanza

⁵² Per un approfondimento T. FRITTELLI, *Spunti di riflessione sul sistema di finanziamento del Servizio Sanitario nazionale*, Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo, 8 novembre 2017.

⁵³ A. TANESE, *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull'evoluzione del SSN*. In *La formazione manageriale*, Ottobre 2011, p. 24.

⁵⁴ A questo proposito F. TARONI, cit., spiega come a livello politico i diversi partiti si scontrarono proprio sul tema della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia. Le Usl costituirono motivo di scontro a livello politico, poiché si dibatteva se istituire le Usl come organismi della Regione, o come strumento operativo dei Comuni con una propria personalità giuridica e con autonomia politico-amministrativa.

derivata che dissociava i poteri di spesa da quelli di prelievo e di finanziamento e poneva delicati problemi di responsabilizzazione degli agenti di spesa, rappresentati principalmente dai Comuni, cui spettava il controllo della gestione delle Usl. Gli strumenti per il controllo della spesa costituivano uno dei punti di maggiore debolezza della legge di riforma, il male neppure tanto oscuro di cui la riforma era “malata”⁵⁵. Inoltre, la fiscalizzazione dei contributi di malattia venne effettivamente portata a termine solamente negli anni '90, così da creare forti diseguaglianze e difformità all'interno del sistema. Anche se la legge 833 mirava a un'universalizzazione dei diritti e all'uniformità delle prestazioni, caratteristica mancante delle precedenti casse mutue, le Regioni si trovarono per la prima volta a operare come soggetti programmatori e organizzatori, e il diverso andamento procedurale dei due livelli governativi, regionale e statale, finì per ostacolare il processo di attuazione della legge. Quello di cui peccava la legge n. 833/78 era di stabilire insieme alle forti novità previste dalla stessa, forme innovative di collaborazione istituzionale tra i diversi livelli regionali e di governo, assieme ai comuni. In assenza di un PSN, infatti, si lasciò ampio margine operativo proprio alle Regioni che potevano così interpretare diversamente il nuovo sistema sanitario. Per di più, il modello finanziario definito dalla legge, non prevedeva un momento di decisione comune tra governo nazionale e regionale, riducendo le scelte economiche alle sole decisioni nazionali che andavano così a sovrastare le competenze regionali.

Proprio queste problematiche portarono alle riforme degli anni '90.

1.1.1. Il Decreto legislativo n. 502/92

Negli anni 1992 e 1993 si presentò l'occasione per attuare “la riforma della riforma” sanitaria rispetto alla legge n. 833 del 1978. Trovandosi in un quadro economico disastroso, e in una situazione politica altrettanto difficile, l'allora governo Amato fu costretto ad attuare una revisione della spesa pubblica, aggiungendo nuove imposte e prevedendo numerosi tagli alla spesa pubblica. Un primo comparto in cui si decise di attuare delle riduzioni di spesa fu proprio quello della sanità pubblica.

Nel dicembre 1992 si arrivò quindi a approvare il Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. La differenza più evidente rispetto al passato riguardò la privatizzazione di alcune prestazioni rispetto a una parte garantita dal Servizio sanitario nazionale. I cittadini potevano infatti secondo l'art. 9 del decreto, uscire dal servizio sanitario

⁵⁵ F. CAVAZZUTI, S. GIANNINI, *La riforma malata: un servizio sanitario da reinventare*, Bologna, Il Mulino, 1982, in F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in saggi, Corti supreme e salute, a cura di R. BALDUZZI, p. 550.

nazionale passando a mutue volontarie. Le regioni potevano così indirizzare parte del finanziamento del SSN verso “*intermediari in grado di trattare con gli erogatori dei servizi il collocamento delle risorse finanziarie, in funzione dei servizi garantiti ai loro rappresentanti, naturalmente fatto salvo a carico dei trasferimenti del bilancio dello Stato l'apprestamento e l'erogazione dei servizi indivisibili e dei servizi alla persona aventi particolare importanza per la essenziale tutela della salute di tutti i cittadini, a prescindere da questa quota*”⁵⁶. Questo aspetto del d.lgs. n. 502/92 non significava il ripristino di un sistema mutualistico, bensì lo scopo era quello di garantire un servizio base verso tutti i cittadini, sulla base dei livelli minimi garantiti e stabiliti dal governo centrale. L'art. 9 del decreto però, andò a sconvolgere i principi di universalità ed equità che avevano caratterizzato in primis la legge 833/78, infatti, in questo modo si rischiava di creare un sistema sanitario parallelo al SSN, con a capo proprio le vecchie mutue. L'articolo però non venne nella pratica mai attuato poiché nel 1993 con il Decreto legislativo del 7 dicembre 1993, n. 517, modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421⁵⁷, venne sottolineato che le mutue volontarie avrebbero coperto solamente, per l'appunto, quei servizi e quelle prestazioni che il SSN non offriva. Le mutue assunsero così caratteristiche complementari al SSN e non parallele. Se l'art. 9 non fosse mai stato modificato si sarebbe “interrotta, almeno in parte, quella che era stata una delle caratteristiche fondamentali della legge n. 833: la sostanziale unicità di soggetto pagante la prestazione resa, e di soggetto pagato per rendere la prestazione, sempre riconducibile in capo a quell'unico servizio sanitario nazionale, le cui funzioni erano svolte ora dall'Inps, ora dallo Stato, dalle Regioni o dalle unità sanitarie locali”⁵⁸.

Nonostante la modifica dell'art. 9 messa in atto dal d.lgs. n. 517/93, originariamente la “riforma delle riforme”, aveva come scopo principale quello di risanare la spesa pubblica. Per fare ciò si sarebbero dovuti rendere i livelli di assistenza dipendenti dalle disponibilità economiche dalle leggi finanziarie annuali. Inoltre, si voleva trasferire alle Regioni la responsabilità di far fronte con risorse proprie agli eventuali disavanzi della spesa sanitaria rispetto alla somma loro assegnata in sede di riparto del Fondo sanitario interregionale⁵⁹. Le Regioni si ritrovarono così a organizzare la produzione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni previste dallo Stato all'interno dei livelli minimi di assistenza. L'art. 11 incaricava

⁵⁶ F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia il futuro del SSN in una prospettiva storica*, cit, p. 220.

⁵⁷ Il decreto lgs. n. 517/1993 approvato dal Governo Ciampi si pone in continuità al precedente del 1992, per questo i due decreti sono considerati un unico intervento di riforma.

⁵⁸ R. RUSSO VALENTINI, Art. 9, in *La nuova sanità* cit., p. 256, in B. PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in saggi, Corti supreme e salute, a cura di R. BALDUZZI, SODIS Società Italiana di diritto sanitario, Settembre-Dicembre 2018.

⁵⁹ *Ibidem*.

direttamente le Regioni ad attingere dal proprio gettito dei contributi di malattia, insieme a una parte stanziata dallo Stato, determinata dalla legge finanziaria.

I due decreti che vennero approvati rispettivamente nel 1992 e nel 1993 però segnarono un punto di svolta fondamentale per il Servizio sanitario nazionale perché andarono a ridisegnarlo seguendo tre linee guida principali: a) l'aziendalizzazione; b) la separazione tra committenti e fornitori; c) la regionalizzazione⁶⁰.

Le Usl, create con la legge 833 del 1978, assieme ai principali ospedali vennero trasformati in aziende. Da Usl quindi si arrivò alla creazione delle Aziende Sanitarie locali (Asl), con personalità giuridica pubblica e autonomia gestionale. Questo passo aveva lo scopo di favorire l'autonomia delle strutture sanitarie pubbliche. L'aziendalizzazione toccò persino gli ospedali, infatti, anche ad essi venne riconosciuta personalità giuridica pubblica, in conformità alle Aziende Usl⁶¹.

Per quanto riguardava quegli ospedali facenti parte delle Usl, venne garantita una marcata autonomia gestionale. L'art. 4 del d.lgs. n. 502/1992, poi modificato dall'art. 4 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, precisava però che affinché un ospedale acquisisse lo status di azienda e quindi conseguendo le citate autonomie, avrebbe dovuto detenere rilievo nazionale o interregionale nonché di alta specializzazione e avere determinati connotati organizzativi. Lo scopo delle riforme di migliorare l'operato del Servizio sanitario pubblico venne avviato proprio in quegli anni di "managerializzazione" della gestione delle strutture pubbliche. Inoltre, con il passaggio dalle Usl alle Aziende sanitarie, si passò da un modello di servizio sanitario integrato a uno contrattuale. Per integrato si vuole intendere un sistema in cui le Usl erogavano direttamente servizi e prestazioni sanitarie, tramite proprio personale specializzato, mentre con un sistema contrattuale le Aziende sanitarie locali stipulando veri e propri contratti, avrebbero deciso non solo quali servizi erogare in prima persona come accadeva nelle Usl, ma anche a quali soggetti terzi ed eventualmente non pubblici, affidare l'erogazione dei restanti servizi e prestazioni sanitarie. In questo modo le Asl acquisirono un vero e proprio potere di committenza.

Oltre alla riorganizzazione delle Unità sanitarie locali, il decreto del 1992 aveva lo scopo di valorizzare il ruolo normativo delle regioni. Di fatti, ad esse vennero attribuite notevoli funzioni legislative in materia sanitaria, con riguardo particolare per quanto concerne

⁶⁰ A tal proposito, F. TOTH, *La Sanità in Italia*, cit., p. 27.

⁶¹ Come spiegano R. BALDUZZI e D. SERVETTI, con lo svisceramento delle Usl in Aziende, i comuni vengono completamente estromessi dalla gestione sanitaria. L'art. 3, comma 14, d.lgs. n. 502/1992, infatti, si limita a riconoscere al sindaco (o alla Conferenza dei sindaci laddove l'ambito territoriale della Asl non coincida con quello del comune) il potere di rappresentare gli interessi della popolazione locale in ordine alla programmazione aziendale, di esaminare i bilanci delle aziende e di formulare proposte alla regione, cit. p. 151.

l'organizzazione delle Asl e delle loro attività, e delle modalità del loro finanziamento⁶². Le regioni potevano inoltre, nominare sia il Direttore generale dell'Asl, che il Direttore delle Aziende Ospedaliere (Ao), operando a livello contrattuale nel caso in cui il dirigente non operasse secondo specifiche normative, nonché sostituirlo o farne decadere il contratto.

Le Asl e le Ao presentano tutt'ora però differenze sostanziali per diversi aspetti; Innanzitutto, mentre le Asl detengono funzioni di committenza delle prestazioni, le Aziende ospedaliere sono coloro che erogano principalmente servizi e prestazioni sanitarie. Inoltre, con il d. lgs. n. 502/1992 si stabilì che le Asl sarebbero state finanziate in base al numero di pazienti residenti nel territorio di riferimento, mentre le Ao solamente in base al numero di prestazioni e servizi effettivamente erogati ai cittadini.

In questo contesto quindi si andava a sottolineare la volontà di porre la Regione come organo titolare del servizio sanitario, che possedeva rilevanti poteri di intervento, dall'altro si evinceva un'importante autonomia delle aziende sanitarie. Dopo i casi di politicizzazione sanitaria avvenuti in seguito alla l.n. 833/1978, con questa riforma si volle soprattutto cercare di separare i due livelli di gestione, nonché le regioni e le Aziende sanitarie. Le regioni rimasero comunque il principale interlocutore delle Asl e delle Ao, poiché esse avevano il compito di garantire all'interno del territorio i livelli di assistenza stabiliti a livello nazionale e sotto questo punto di vista il ruolo delle Asl, risultava strumentale e indispensabile. Il rafforzamento del livello regionale si raggiunse sia sottraendo al comune la responsabilità gestionale delle Usl, sia trasferendo proprio alle regioni alcuni dei poteri del governo nazionale. In questo modo le regioni non solo avrebbero acquisito controllo sulle Asl e Ao, ma avrebbero potuto anche nominarne i vertici, e ancora una volta, programmarne le attività. Ma per far sì che si creasse un minimo di coinvolgimento degli enti locali nella gestione sanitaria, e quindi di applicare almeno in parte il principio di sussidiarietà, venne introdotto, nel testo dell'art. 2 del d.lgs. 502 del 1992, dei commi 2 bis e 2 ter, "che disciplinano la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale: è questo infatti lo strumento previsto dal legislatore per garantire il coinvolgimento degli enti locali nelle funzioni regionali di programmazione e di valutazione. La legge regionale, infatti, istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito"⁶³.

⁶² Così G. CILIONE, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Op. cit., che aggiunge "a queste funzioni si aggiungono funzioni di indirizzo tecnico, formazione e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie e, la possibilità di determinare la circoscrizione territoriale delle Usl, coincidente con quella provinciale."

⁶³ Cfr. D. PARIS, in *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione della sussidiarietà*, in *Amministrazione in Cammino - rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione* a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche

Oltre ad aprire una stagione di aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, si volle introdurre un sistema “aperto” per l’erogazione delle prestazioni sanitarie⁶⁴, quindi una vera e propria separazione tra committenti e fornitori. Questo significava offrire la possibilità ai cittadini di scegliere fra una pluralità di enti pubblici e privati, da chi recarsi per l’erogazione delle prestazioni sanitarie. I soggetti pubblici e privati vennero posti in una condizione parallela e paritaria, volendo quasi creare proprio un sistema di concorrenza tra i due, senza mai precludere la possibilità ai cittadini meno abbienti di poter far affidamento su un sistema pubblico e gratuito.

Visti gli aspetti tecnici della riforma, occorre osservare gli elementi di discontinuità e distacco dalla precedente riforma del 1978. Innanzitutto, ciò che innescò il bisogno di una “riforma delle riforme” è estremamente legato a motivi economici e finanziari. Infatti, si passò da una riforma esaltatrice dello stato sociale in quanto garante dei diritti citati soprattutto all’art. 32 Cost., a una riforma che rimarcò l’esigenza di non potersi discostare, tantomeno per quanto riguarda la spesa sanitaria, alle risorse disponibili dello Stato. Le linee di tensione che emersero per l’impatto sulla legislazione sanitaria degli interventi normativi del 1992 furono riconducibili al perdurante confronto/scontro tra gli approcci solidaristico e individualistico nella soddisfazione dei bisogni sociali⁶⁵ che non fu sopito dalla scelta del 1978. Può risultare molto interessante il parere di alcuni studiosi, che non nascondono il sospetto che la regionalizzazione funzioni come operazione di estetica contabile, per cui una parte del disavanzo si limiterà ad uscire dal bilancio dello stato per essere occultata in quelle di regioni e aziende⁶⁶. Il Piano sanitario nazionale, quindi, avrebbe dovuto paradossalmente bilanciarsi tra il garantire standard sanitari minimi essenziali a tutti i cittadini, pur però non discostandosi dalla previsione economiche e finanziarie.

Per quanto riguarda l’aspetto organizzativo, anche in questo caso si sentì il bisogno di discostarsi dal vecchio modello stabilito dalla l. n. 833/1978, e quindi di evitare un sistema altamente politicizzato; ma anche in questo caso l’assenza di dialettica interna dovuta alla mancanza di un consiglio di amministrazione a fianco del direttore generale apparve criticabile ed è facile notare come la pressione partitica avrebbe potuto essere ridotta anche garantendo un minimo di articolazione organizzativa⁶⁷.

"Vittorio Bachelet" dove, 2007, l’autore fa inoltre notare come poche Regioni abbiano preso sul serio la disposizione dell’art. 2, c. 2 bis, del d.lgs. n. 502 del 1992, come modificato dal d.lgs. n. 229 del 1999, che richiede “il raccordo o l’inserimento” della Conferenza “nell’organismo rappresentativo delle autonomie locali”. I casi più interessanti sono quelli della Val d’Aosta, dove la partecipazione degli enti locali alla politica sanitaria è affidata al Consiglio permanente degli enti locali, dell’Umbria, dove la Conferenza è una sezione del Consiglio delle autonomie locali e dell’Emilia Romagna che prevede che le funzioni di quest’organo siano esercitate dalla Conferenza Regioni – Autonomie territoriali, integrata dai presidenti delle Conferenze sanitarie territoriali e dal Presidente della Conferenza Regione – Area metropolitana di Bologna, qualora non siano già presenti ad altro titolo, p. 17.

⁶⁴ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Manuale di diritto Sanitario* cit.

⁶⁵ R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-regioni (con una digressione sull’attuazione concreta del principio di sussidiarietà «orizzontale»)*, in *Quad. reg.*, 2004, pp. 12-15.

⁶⁶ G. MOR, *Il riordino della sanità nella crisi dello stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994, n. 4, p. 986.

⁶⁷ M. CLARICH, *Le nuove aziende sanitarie tra ente pubblico e impresa*, in Ragiusan, 1993, p. 9.

Per quanto riguarda l'aspetto della regionalizzazione, è indubbio che il decreto legislativo 502/1992, riconoscendo alle regioni un'ampia discrezionalità per quanto riguarda la definizione di regole di governo e del sistema, creò le condizioni per la creazione di veri e propri modelli regionali, destinati a differenziarsi soprattutto nei meccanismi di remunerazione delle strutture e delle attività sanitarie in base ai due criteri del fabbisogno di assistenza e dei livelli di produzione⁶⁸. Secondo una ricostruzione dottrinale, a livello regionale si sono progressivamente delineati quattro modelli:

- Il modello della centralità dell'Azienda sanitaria locale, preferito da molte Regioni del Centro-Nord (Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Toscana), in cui la Regione svolge sostanzialmente un ruolo di mero coordinamento;

- Il modello c.d. della separazione, adottato fin dal 1995 dalla Regione Lombardia, nel quale il ruolo della Regione è pure alquanto limitato, spettando alle Asl le funzioni di programmazione, acquisto e controllo, anche nei confronti degli operatori privati;

- il modello c.d. a centralità regionale, implementato solo in alcune piccole Regioni, nel quale, invece, è la Regione il principale soggetto responsabile della remunerazione delle prestazioni e, quindi, della regolazione del sistema;

- il modello tradizionale, adottato da molte Regioni del Centro-Sud (Lazio, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna), in cui le Regioni, pur presentando scarsissime capacità di regolazione, conservano un ruolo primario anche nei confronti delle strutture private accreditate⁶⁹.

Le riforme del 1992-93 lasciarono comunque un'impronta universalistica del sistema sanitario, "di assistenza diretta e indifferenza soggettiva, garantendo un servizio pubblico caratterizzato da principi di universalità, globalità e uguaglianza, in grado di assicurare – tramite l'iscrizione obbligatoria ed indisponibile da parte di ciascun cittadino ed il finanziamento a carico della fiscalità generale – un insieme tendenzialmente completo di prestazioni di promozione, cura e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, nonostante che da un'erogazione a matrice solo pubblicistica si passi ad un sistema a competizione amministrata tra erogatori pubblici e privati, orientato a parametri di efficacia e organizzazione di stampo aziendalistico"⁷⁰. Nonostante ciò, e i provvedimenti adottati per risanare la spesa dello Stato, il SSN per tutti gli anni '90 continuò ad accumulare debiti non riuscendo a risanare

⁶⁸ E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009.

⁶⁹ G. FATTORE, *Sistemi di competizione amministrata nel SSN: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali*, in *Mecosan*, 5, 1996, p. 81 ss. I diversi modelli regionali, inoltre, verranno analizzati più approfonditamente e con particolare attenzione a quelli del Nord-Italia nel corso del terzo capitolo.

⁷⁰ C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2016, p. 68.

completamente le proprie perdite, con un picco nel 1995 e concentrandosi prevalentemente nelle regioni del sud. Proprio per questo motivo fu necessario un'ulteriore riforma sanitaria.

1.1.2. Il Decreto legislativo n. 229/99 – La Riforma Bindi

Con il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, si chiuse l'iter di riforma della sanità che accompagnò il Servizio sanitario nazionale dal 1978 fino alla fine degli anni '90. La riforma ter non andò a completare logicamente le riforme del 1992-1993, bensì andò a riprendere alcuni dei principi ispiratori della legge istitutiva del SSN, la legge 833/1978. L'art 1 del d.lgs. n. 229/99, *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*, in linea con il d. lgs. n. 502/92 ribadiva il concetto di livelli essenziali di assistenza e al comma 6 e ne andava a definire le tipologie, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Essi erano: a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b) l'assistenza distrettuale; c) l'assistenza ospedaliera.

Seppur completando le precedenti riforme, il decreto Bindi portava con sé un'idea di riformazione del sistema, tantoché già alla semplice lettura della intitolazione della Legge 30 novembre 1998, n. 419, recante "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" si potevano evincere i contenuti della riforma: 1) l'introduzione di modifiche al d.lgs. n. 502 del 1992 (di cui si avvertiva dunque la necessità di una modifica); 2) l'idea che le predette modifiche non potessero limitarsi ad una qualche (più o meno puntuale) "correzione", ma piuttosto dovessero essere espressione di una "razionalizzazione" del S.s.n.; 3) la redazione di un testo unico sulla materia "organizzazione e funzionamento del S.s.n."⁷¹.

Sicuramente la riforma si pose anche l'obiettivo di migliorare gli aspetti riguardanti l'aziendalizzazione e la regionalizzazione. Infatti, alle Aziende sanitarie locali, venne attribuita la cosiddetta autonomia imprenditoriale⁷². Questo andava a determinare il fatto che le Asl avrebbero operato secondo principi di efficienza, efficacia ed economicità. "In un'ottica nella quale la garanzia di determinati livelli quali-quantitativi delle prestazioni si salda con le esigenze dell'equilibrio di bilancio e della riduzione del disavanzo, anche mediante un più

⁷¹ F. POLITI, *La razionalizzazione del SSN nel 1999*, in saggi, *Corti supreme e salute*, a cura di R. BALDUZZI, SODIS Società Italiana di diritto sanitario, Settembre-Dicembre 2018.

⁷² L'autonomia imprenditoriale andava ad inglobare le forme di autonomia attribuite dal decreto legislativo n. 502/1992: organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

ampio ricorso agli strumenti civilistici”⁷³. Questi poteri erano riconosciuti alle Aziende sanitarie locali tramite “nuovi” poteri di gestione e finanziamento. L’Asl diventava così un’azienda non orientata al raggiungimento o perseguimento di risultati economici, bensì condizionata da processi economici. Questo avveniva tramite l’adozione dell’atto aziendale. Il d.lgs. n. 229/1999 prevedeva infatti che “l’Azienda sanitaria locale disciplinasse la propria organizzazione ed il proprio funzionamento attraverso l’atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti mediante disposizioni regionali.”⁷⁴ L’atto, inoltre, avrebbero costituito l’Usl in una Azienda. Esso viene tutt’oggi adottato dal direttore generale ed è sottoposto al controllo della Giunta regionale, come verifica della compatibilità dell’atto alle linee guida regionali⁷⁵.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, la regionalizzazione, esso si evince nel compito di garantire i livelli essenziali e uniformi delle prestazioni, precedentemente attribuiti, dal d.lgs. n. 502/92 e 517/93 alle stesse Aziende sanitarie locali. Venne così attribuita alle Regioni larga discrezionalità nel programmare e gestire l’assistenza sanitaria sul territorio di competenza, pur sempre seguendo e rispettando i principi cardine e le linee guida fornite dallo Stato. Anche questo passaggio diede alle Regioni indubbiamente ampia facoltà di gestione individuale e la possibilità di adottare modelli sanitari regionali anche molto diversi tra loro, dando vita soprattutto alla percezione di un profondo divario tra la sanità Settentrionale e la Meridionale, sia in termini di gestione amministrativa, ma anche di competenze e capacità di erogazione. Il profilo più nazionale al quale mirava il SSN risultava quindi compromesso dalle diverse modalità di gestione dei vari SSR. Per quanto concerne la programmazione, lo strumento principale era proprio il Piano sanitario regionale, anche in relazione al Piano sanitario nazionale. In questo contesto le Asl si configurano tuttora, nonostante la loro indipendenza aziendale, come enti strumentali alle Regioni. Ma, in questo forte contesto regionalizzato, lo Stato non rimase al margine. Infatti, alle Regioni e alle Asl vennero imposti determinati vincoli: “si stabilì che la definizione della quota capitaria non potesse più essere “semplice” come in passato, ma avrebbe dovuto essere “ponderata”, con criteri coerenti a quelli definiti a livello nazionale;

- si è individuato negli accordi (per le aziende pubbliche) e nei contratti (per quelle private) lo strumento di governo della spesa;

⁷³ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 153.

⁷⁴ Cfr., G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, & M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Nuova edn, cit. p. 128.

⁷⁵ Con l’atto aziendale si andava ad escludere l’Asl dal sindacato del giudice amministrativo, sottolineando ancora una volta il carattere dell’imprenditorialità.

- si sono affidate al Ministero della sanità la definizione delle funzioni per le quali dev'essere previsto un finanziamento diretto e la fissazione dei criteri per la determinazione del relativo ammontare;

- si è attribuito ad un decreto dello stesso Ministero il compito di individuare sia i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione da remunerare a tariffa ed i relativi massimi tariffari, sia i criteri con cui le Regioni dovranno articolare il proprio sistema tariffario in relazione alle caratteristiche organizzative e di attività delle Asl.”⁷⁶

Infatti, dal punto di vista finanziario, la necessità delle Regioni di rinegoziare periodicamente il finanziamento aggiuntivo del loro disavanzo ha permesso allo Stato di riaffermare il potere della borsa del governo centrale sulla crescente autonomia formalmente attribuita alle Regioni, poste in uno stato di permanente crisi finanziaria, riproponendo la strategia del federalismo asimmetrico⁷⁷. Inoltre, è interessante notare come sul piano normativo si pervenga, alla definizione di un sistema in cui il diritto sociale alla salute viene a configurarsi come diritto finanziariamente condizionato sulla base di una serie di peculiarità che possono essere così riassunte:

- l'individuazione degli obiettivi di tutela della salute strettamente correlata alla entità dei finanziamenti assegnati;

- l'introduzione, attraverso il sistema dell'accreditamento, di elementi di competizione tra strutture pubbliche e private (anche se il settore privato rimane assoggettato alla programmazione regionale e la sua attività è sottoposta alla vigilanza della Regione);

- l'elaborazione di un sistema di finanziamento dei servizi basato su tariffe predeterminate⁷⁸.

Gli adempimenti posti dal governo furono sempre più proibitivi per aderire al rifinanziamento che interessava tutte le Regioni con i Patti per la salute. “La subordinazione delle politiche sanitarie agli obiettivi di finanza pubblica ha fatto da contrappasso al loro progressivo trasferimento nelle competenze di Regioni che hanno visto aumentare formalmente i propri poteri di organizzazione nella permanente assenza di autonomia finanziaria nei confronti di un governo centrale che ha mantenuto la responsabilità del finanziamento ex ante e si è riservato sempre più ampie discrezionalità di intervento ex post sui disavanzi”⁷⁹. Quindi, nonostante la forte volontà di regionalizzazione del sistema sanitario, si assistette in quegli anni, comunque a uno squilibrio verticale tra lo Stato da una parte che con le sue politiche sanitarie formulate a livello di governo centrale, aveva l'obiettivo di controllare e organizzare “i patti

⁷⁶ E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, p. 233.

⁷⁷ F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia il futuro del SSN in una prospettiva storica*, cit. p. 284.

⁷⁸ Così F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto alla salute*, cit. p. 12.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 13.

finanziari stabiliti fra Stato e Regioni aventi ad oggetto gli interventi per il rispetto dei tetti di spesa come condizione per ricevere i trasferimenti dallo Stato. Il governo "nazionale" del SSN è quindi progressivamente diventato il nesso delle relazioni fra lo Stato e le Regioni riguardo alle politiche di bilancio da applicare alla spesa sanitaria pubblica, con l'obiettivo di rendere più rigidi i vincoli ai bilanci regionali con penalizzazioni finanziarie collegate all'accesso ex ante a sempre più consistenti quote del fondo sanitario accantonate, ed ex post a fondi speciali per il ripiano dei disavanzi e/o il sostegno a piani di rientro⁸⁰. Dall'altro lato, le Regioni cercavano di controllare la spesa con nuovi modelli amministrativi, come quello dell'accreditamento, controllando la produzione tramite accordi particolari⁸¹. Gli accordi stipulati tra le parti, devono comunque contenere le prestazioni che le strutture accreditate effettivamente forniranno, in accordo anche al Piano sanitario regionale in questione.

Da questo quadro appena esposto si evince che il sistema sanitario appena predisposto era senza dubbio molto incline all'apertura verso altri erogatori, infatti, negli anni Novanta erano presenti due filoni di pensiero che caratterizzavano il dibattito in tema sanitario: “da una parte vi erano i sostenitori di una maggiore privatizzazione della sanità: s’invocava la concorrenza tra fornitori pubblici e privati, la possibilità dei singoli cittadini di uscire dal SSN, lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi, la privatizzazione degli ospedali, la piena libertà di scelta da parte dei pazienti. [...] Dall'altra parte, vi erano invece i difensori dei principi fondanti il SSN, coloro che ribadivano l'importanza dell'intervento pubblico in campo sanitario.”⁸² Il d. lgs. 229/99 abbracciava proprio i temi e le opinioni del secondo filone di pensiero, e di fatti con la terza riforma sanitaria si finì per mitigare il livello di concorrenza tra erogatori di servizi sanitari pubblici e privati, dando maggiore risalto alla programmazione sanitaria pubblica e integrando maggiormente i soggetti erogatori pubblici e privati. Infatti, con il d.lgs. n. 229/1999 si volle proprio rivedere il sistema cosiddetto “aperto” delle prestazioni sanitarie. Si rischiava infatti di “perdere” assistiti, che sceglievano strutture private rimpiazzandole a quelle del servizio nazionale, inoltre, la remunerazione a tariffa degli enti privati da parte dello Stato, alzava in maniera smisurata la spesa sanitaria.

Occorre analizzare anche il mutamento del ruolo dei Comuni all'interno del d.lgs. 229/99. Infatti, i poteri dei comuni si andarono ad inserire all'interno del rapporto tra regioni e Asl. In

⁸⁰ Ibidem, p. 15.

⁸¹ L'accreditamento avviene a seguito del rilascio di un'autorizzazione amministrativa, e dopo di esso occorrono accordi contrattuali che il nuovo soggetto dovrà stipulare con l'azienda Usl di competenza o con la regione di appartenenza. Ha l'obiettivo di raggiungere maggiori qualità delle strutture e dei servizi sanitari erogati ai cittadini. Per quanto attiene alle prestazioni specialistiche ospedaliere si prevede un triplice regime differenziato a seconda della posizione che voglia o possa assumere il presidio sanitario privato nei confronti del servizio sanitario pubblico. In particolare, il comma 3 dell'articolo 8 bis del d.lgs. 502/1992 subordina: l'esercizio e la realizzazione di attività e strutture sanitarie a rilascio della autorizzazione; l'esercizio di attività per conto del SSN al rilascio dell'accreditamento istituzionale; l'esercizio a carico del SSN della stipulazione degli accordi contrattuali.

⁸² F.TOTH, *La Sanità in Italia*, cit. p. 29.

primis, si ricordi che i comuni hanno l'obbligo di assicurare le prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria, vale a dire il supporto pieno della persona. Ulteriori poteri partecipativi dei comuni si inserivano nel quadro del rapporto tra regioni e aziende sanitarie, come per esempio la valutazione dei direttori generali, infatti la regione deve prendere atto del parere del sindaco o della Conferenza dei sindaci, così come per l'operato del Direttore generale (art. 3-bis, comma 6), inoltre il sindaco o la Conferenza dei sindaci, per le Ao la Conferenza regionale permanente, nel caso di manifesta inattuazione del Piano attuativo locale, avrebbero potuto chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma ove il contratto sia già scaduto (art. 3-bis, comma 7)⁸³. In sintesi, i Comuni interessati avrebbero dovuto rientrare nell'ottica di dialogo e negoziazione con le Regioni e le Asl o Ao. "Si consideri pure che, nel frattempo, grazie alla legge sull'elezione diretta dei Sindaci, i Comuni avevano riacquisito potere e visibilità e reclamavano un ruolo formale e stabile di espressione della domanda sociale delle esigenze dei cittadini e di governo degli indirizzi nella sanità"⁸⁴.

Nonostante ciò, con il cosiddetto Decreto Bindi, si assistette a una vera e propria ripresa di potere in ambito sanitario da parte del governo centrale, che come indicato all'inizio del paragrafo, voleva fare propri i principi per così dire "ispiratori" della legge 833/78. In dottrina si arrivò anche ad affermare che: "il servizio sanitario che esce dal nuovo decreto legislativo è un servizio sanitario imperiale, ordinato come una piramide, simmetrico, che risponde forse ai bisogni di governo del centro, non necessariamente ai bisogni della collettività"⁸⁵.

Ciò che è certo è che la riforma del 1999 apportò importanti e interessanti modifiche all'impostazione organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale. Giacché "se è vero che le innovazioni sostanziali non sono dirimenti, il decreto realizza un'importante cambio di prospettiva"⁸⁶. Si può inoltre affermare che il decreto 229/99 andò ad innescare un nuovo meccanismo e un nuovo modo di relazionarsi tra Stato e Regioni in campo sanitario.

Nonostante ciò, come si vedrà nei prossimi paragrafi, negli anni seguenti le politiche in materia sanitaria avevano come principale obiettivo quello di estinguere le modifiche apportate dal Decreto Bindi.

⁸³ A riguardo Cfr. R. BALDUZZI – D. SERVETTI, cit., p. 156, spiegano che la norma citata non deve essere intesa come in contraddizione con la riforma Bindi, poiché le prestazioni elencate sono basicamente di assistenza sociale che rientra nelle materie di competenza comunale.

⁸⁴ L. VANDELLI, *Introduzione a La razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: novità e prospettive*, in *Sanità pubblica*, 1999, p. 159.

⁸⁵ Così S. CASSESE, *Stato e mercato: la sanità*, in G. AMATO, S. CASSESE, G. TURCHETTI, R. VARALDO (a cura di), *Il governo della sanità*, Milano, 1999, p. 21.

⁸⁶ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, Profili di diritto interno e di diritto comparato*, Milano, Giuffrè, 2005, p. 31.

1.2. La riforma del Titolo V: la ripartizione delle competenze legislative sanitarie tra Stato e Regioni

All'inizio del nuovo millennio si avviò un processo di profonda modifica in materia sanitaria. Addirittura, l'allora ministro Sirchia affermò di voler "debindizzare" la sanità, in riferimento all'ultima riforma attuata in ambito sanitario, che avrebbe reso difficoltoso e complicato il Servizio sanitario nazionale, appesantendolo con troppa burocrazia e lasciando spazio ai vari modelli regionali che man a mano stavano nascendo proprio a partire dagli anni Novanta. Prima di arrivare alla modifica dell'art. 117 Cost. del 2001, sulla scia delle cosiddette Leggi Bassanini⁸⁷, interventi di legislazione ordinaria che durante gli anni '90 si focalizzarono principalmente sul principio di sussidiarietà, andando a individuare mansioni e materie di competenza dei vari livelli amministrativi operanti in regime di autonomia funzionale, stabilendo che ogni materia non direttamente di competenza statale sarebbe stata attribuita alla competenza delle Regioni o degli altri enti locali minori. Così facendo per la prima volta la cosiddetta riforma Bassanini introdusse un importante trasferimento di funzioni amministrative dalla competenza statale a quella locale e regionale. La Legge 15 marzo 1997, n. 59, Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa, conferiva alle Regioni e agli enti locali, tramite delega del Governo, funzioni e compiti amministrativi. Il comma 2 chiariva che il conferimento sarebbe avvenuto in osservanza del principio di sussidiarietà. Successivamente il decreto legislativo 112/1998, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997 n. 59, individuava le funzioni settore per settore da trasferire alle Regioni e di quelle da conferire agli enti locali.

Le riforme Bassanini sono rilevanti perché per la prima volta venne attuato un ammodernamento del sistema amministrativo italiano, semplificandolo e intervenendo sia sulle Regioni ma anche sugli enti locali, esse inoltre andavano a creare un accenno di federalismo amministrativo. L'art. 20 della legge n. 59/1997 prevedeva infatti l'attuazione di un disegno di legge volto definire i procedimenti da delegificare. Il principio di sussidiarietà venne introdotto sia in verticale, con l'assegnazione delle funzioni ai diversi livelli territoriali, che in orizzontale tramite l'attribuzione delle mansioni ai vari ambiti amministrativi pubblici e anche a eventuali

⁸⁷ Legge 15 marzo 1997, n. 59, Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa; Legge 15 maggio 1997, n. 127, Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo, cd. Bassanini Bis; Legge 16 giugno 1998, n. 191, Modifiche ed integrazioni alle leggi 15 marzo 1997, n. 59, e 15 maggio 1997, n. 127, nonché norme in materia di formazione del personale dipendente e di lavoro a distanza nelle pubbliche amministrazioni. Disposizioni in materia di edilizia scolastica, cd. Bassanini Ter; Legge 8 marzo 1999, n. 50, Delegificazione e testi unici di norme concernenti procedimenti amministrativi - Legge di semplificazione 1998, cd. Bassanini quater.

enti privati configurati. Con il principio di sussidiarietà orizzontale si operò quindi con lo scopo principale di favorire il compimento di compiti di rilevanza sociale.

In questo clima di riforme improntate alla creazione di un federalismo regionale, si arrivò dunque nel 2001 alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", entrata in vigore dopo l'esito positivo del referendum costituzionale. "Difatti, se in precedenza allo Stato era rimessa una competenza legislativa generale ed alle regioni ad autonomia ordinaria residuava la potestà di legiferare in un ristretto elenco di materie, con la riforma del 2001 il "rapporto" si inverte"⁸⁸. Inoltre, La modifica dell'art. 117 Cost. partì ridefinendo la dicitura *assistenza sanitaria e ospedaliera in tutela della salute* rimarcando il concetto espresso nell'art. 32 Cost: "Il nuovo Titolo V generalizzava la regola a tutti i "diritti civili e sociali" a livello costituzionale, e costruiva così un ponte fra prima e seconda parte la cui assenza aveva posto crescenti problemi interpretativi man mano che il Parlamento adempiva ad alcune promesse costituzionali di protezione sociale e nello stesso tempo procedeva alla regionalizzazione della Repubblica"⁸⁹. Avviene così in Costituzione un "processo di ripensamento culturale, e poi politico e giuridico"⁹⁰ che abbraccia in tutti i sensi la concezione tanto perseguitata del diritto alla salute.

Inoltre, Sotto un profilo più specifico le disposizioni sulla salute contenute nel nuovo Titolo V equivalevano a stabilizzare, oltre alle competenze fra enti territoriali, gli equilibri fra sistema pubblico e sistema misto pubblico-privato che erano stati raggiunti proprio a ridosso della loro approvazione nonché, di nuovo, gli assetti finanziari⁹¹. Si venne a creare così un forte decentramento politico, con una pluralità di enti territoriali minori, articolati su più livelli territoriali di governo, ognuno con un'autonomia politica costituzionalmente garantita. Lo Stato perdette la potestà legislativa generale, che aveva nel precedente assetto perché d'ora in poi avrebbe potuto legiferare solamente nelle materie individuate dalla Costituzione ed espressamente a lui riservate⁹². Secondo il testo Costituzionale originario avrebbe dovuto operare il principio del "parallelismo delle funzioni" dove nella materia di competenza delle regioni queste esercitavano anche funzioni amministrative, mentre le altre funzioni amministrative erano imputate allo Stato. Proprio a partire dalle Leggi Bassanini e fino alla successiva riforma Costituzionale del 2001, si cercò di superare questo concetto di parallelismo attribuendo da una parte ai Comuni la responsabilità delle generalità delle funzioni

⁸⁸ G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, & M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Nuova ed., cit. p. 68.

⁸⁹ G. DELLE DONNE, *Federalismo, livelli essenziali, diritti*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, L. PEPPINO (a cura di), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Bologna, il Mulino, 2010, pp. 251 ss.

⁹⁰ C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in saggi, Corti supreme e salute, a cura di R. BALDUZZI, SODIS Società Italiana di diritto sanitario, Settembre-Dicembre 2018.

⁹¹ *Ibidem*.

⁹² R.BIN, G. PITRUZZELLA, *Diritto Costituzionale*, cit., p. 295.

amministrative, ma pur sempre operando secondo il principio di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza assicurando l'attribuzione delle funzioni finalizzate a garantire l'esercizio unitario alle Province, Città Metropolitane, Regioni e Stato. Pertanto, a seguito della riforma Costituzionale tutte le funzioni dell'amministrazione pubblica avrebbero dovuto essere tendenzialmente assegnate ad un'amministrazione locale, salvo che non vi sia l'esigenza di unificarne l'esercizio ad un livello più elevato⁹³.

Come precedentemente menzionato nello stesso capitolo, con la riforma del Titolo V del 2001, l'art 117, comma 3 Cost., assegna la tutela della salute alle materie di competenza concorrente tra Stato e Regioni. Infatti, l'elenco delle materie concorrenti del vigente comma 3 del menzionato articolo è fondamentalmente diverso da quello della precedente stesura del medesimo articolo di materie che rispetto al precedente⁹⁴.

La competenza concorrente tra Stato e Regioni comporta alla coesistenza della legislazione statale e regionale nella stessa materia: lo Stato è incaricato a porre i principi fondamentali⁹⁵ della materia, dettando norme che non sono immediatamente attuate bensì dovranno doverosamente essere implementate dalle Regioni, alle quali è affidata una disciplina più nel dettaglio⁹⁶.

Diversamente dall'articolo precedente alla legge costituzionale 3/2001, da questo momento non esistono più spazi ammissibili di norme statali di dettaglio e quindi cedevoli⁹⁷ in materie regionali. Rispetto all'articolo originario, le Regioni a statuto ordinario vedono ampliate le loro competenze legislative⁹⁸. La lettera m) riserva alla competenza esclusiva dello Stato "la determinazione di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale", mentre la competenza legislativa e regolamentare viene attribuita in via esclusiva alle Regioni. La riserva allo Stato della definizione dei livelli essenziali di assistenza vuole sottolineare l'importanza di uniformare la tutela del diritto alla salute in maniera equa e uniforme, e quindi dall'alto verso il basso.

⁹³ A tal riguardo R.BIN, G. PITRUZZELLA, cit.

⁹⁴ Come spiegano G. CARPANI – D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di "tutela della salute"*, in *Manuale di diritto sanitario*, tra le materie indicate non si trovano ad esempio l'agricoltura, il turismo, la beneficenza pubblica, l'urbanistica o l'assistenza sanitaria e ospedaliera, cit. p. 89.

⁹⁵ Come spiegato da G. CARPANI, *I principi fondamentali della tutela della salute nelle indicazioni del Giudice delle leggi*, in *Il Governo della salute, Regionalismi e diritti di cittadinanza*, cit. p. 51, i principi fondamentali costituiscono il limite più tangibile dell'esercizio della potestà regionale concorrente, ma non sono gli unici vincoli incontrati dal legislatore regionale, poiché la tutela della salute gode di caratteristiche peculiari che impongono sia al legislatore statale che al legislatore regionale il rispetto di una sfera tecnico-scientifica delle conoscenze e della deontologia medica e delle regole da questa poste nell'erogazione delle prestazioni sanitarie [...].

⁹⁶ *Ibidem*, p. 91.

⁹⁷ Norme cedevoli perché potevano essere derogate dalla regione e provvisorie fino al momento in cui la regione non avrebbe emanato la propria legge regionale.

⁹⁸ Cfr. a riguardo R. BALDUZZI – D. SERVETTI, cit. "Il novellato art. 116 Cost. dispone infatti che le regioni Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta "dispongono di forme e condizioni particolari di autonomia, secondo i rispettivi statuti speciali adottati con legge costituzionale". Il riparto delle competenze legislative tra Stato e regioni ad autonomia differenziata continua a essere disciplinato nei rispettivi statuti speciali, e ciò vale anche per il settore sanitario [...]" p. 125.

Con la legittimazione della potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni per quanto riguarda la tutela della salute, il nuovo art. 117 andò ad impattare su un contesto nazionale normativo e legislativo molto differenziato e frammentato. Infatti, nel 2001 al momento della riforma, emersero due tipologie di Regioni; “alcune già pronte per la sfida federalista, che con la riforma del Titolo V hanno avuto la possibilità di rafforzare la propria capacità di governance, mentre altre, intendendo l’autonomia come possibilità di non rispondere al governo centrale delle proprie decisioni, si riveleranno in futuro proprio le Regioni commissariate e vicariate a causa della loro mancata capacità di sfruttare la propria funzione di regia”⁹⁹.

Occorre precisare, come ribadito anche nel corso del capitolo, che la determinazione dei livelli essenziali da parte del governo centrale non preclude il fatto che le Regioni possano diversificare i propri sistemi organizzativi per assicurare i principi minimi¹⁰⁰. Considerato che le materie a carico delle rispettive amministrazioni quali la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e la tutela della salute si sovrappongono tra di esse intrecciandosi, fa sì che la disciplina di assistenza sanitaria venga predisposta al principio di leale cooperazione¹⁰¹. In origine, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni era finalizzata anche a un controllo rispetto all’accumulo di debiti e spese nate dalla formazione della Unità sanitarie locali, che avevano portato a livelli spesa non più sopportabili. Ma sicuramente, nel 2001 si andò verso la “riaffermazione di un sistema pubblicistico e al contempo nazionale”¹⁰² di sanità, grazie alla definizione di livelli minimi ed essenziali. Il paradosso si ebbe però al contempo, con l’innescarsi di una differenziazione di modelli organizzativi e gestionali a livello regionale, differenziazione che come si è visto anche nel corso della trattazione, iniziò fin dal principio del Servizio sanitario nazionale. In questo modo quindi, pur cercando di operare dall’alto per arrivare a un SSN che garantisse lo stesso tipo di servizio a ogni cittadino, d’altra parte, non fu considerato il fatto che più differenziazioni nascevano tra le diverse regioni, più crescevano le iniquità e le disparità tra gli stessi cittadini che si volevano tutelare. Infatti, “Il divario è da tempo certificato da rapporti di organizzazioni internazionali a partire dall’OCSE, che vedono alcune Regioni centro-settentrionali ai primissimi posti a livello europeo, e altre, dislocate prevalentemente al Sud, al fondo della classifica. Con una sperequazione fra cittadini in ragione della loro dislocazione territoriale che si somma a quella in ragione del reddito”¹⁰³. Parrebbe infatti che anche la riforma del Titolo V, pur volendo creare una sorta di federalismo solidale, finì per creare un sistema composto da tanti e diversi modelli regionali, con ventuno diversi

⁹⁹ A. TANESE, *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull’evoluzione del SSN*. cit., pp. 27-28.

¹⁰⁰ Così F. SAIITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Saggi e Articoli*, Istituzioni del Federalismi, 3 Aprile 2018.

¹⁰¹ Riguardo il principio di leale collaborazione si discuterà nel corso del secondo capitolo.

¹⁰² C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit. p. 661.

¹⁰³ *Ibidem*, già a partire da metà anni ’80 si evinceva una crescita del 40% dei ricoveri fuori Regione dal 1986 ad oggi, con la Calabria che ha visto raddoppiare l’indice degli spostamenti e la Lombardia che ha visto raddoppiare l’indice di attrattività; d’altra parte, non è difficile immaginare che i ricoveri fuori Regione vengano compiuti da quanti possono permetterseli.

sistemi sanitari. È importante ricordare che con la riforma del Titolo V della Costituzione si andò a costituzionalizzare ufficialmente la nozione di “Livelli essenziali di assistenza”, aumentando le competenze legislative e amministrative delle regioni. I LEA (Livelli essenziali di assistenza) erano già previsti all’interno dell’art. 1, commi 3 e 7, d. lgs. n. 502/1992 come modificato successivamente dal d.lgs. n. 229/1999. Era infatti previsto dal legislatore, che i LEA fossero contenuti nel Piano sanitario nazionale. “La procedura di formazione del Psn (art. 1, comma 5, d.lgs. n. 502/1992 smi) prevedeva e prevede tuttora che il governo adotti il piano una volta sentite le commissioni parlamentari competenti e d’intesa con la Conferenza unificata. All’indomani dell’approvazione da parte del Parlamento della legge di revisione costituzionale, le regioni formalizzarono la richiesta, già emersa nei mesi precedenti, di limitare la procedura di determinazione dei Lea al solo concorso e di loro medesime, alle quali spetta direttamente l’erogazione dei livelli mediante i propri Ssr.”¹⁰⁴ Le Regioni erano quindi coinvolte in particolare sul monitoraggio e sulla definizione del finanziamento in relazione ai LEA, ma il problema emerse proprio quando le Regioni denunciarono un sotto-finanziamento tale del SSN che non consentiva loro di sostenere l’onere delle prestazioni poste a carico dei propri SSR. Nasceva quindi, la necessità di una determinazione delle risorse e dei livelli, e proprio per quanto riguarda questo aspetto le Regioni volevano giocare un ruolo determinate.

Lo scopo di incentivare la riorganizzazione dei Servizi sanitari regionali, si trasformò più che altro in una delega al controllo della spesa. Infatti, da un punto di vista finanziario, allo Stato venne affidato il compito di determinare gli *standars* delle prestazioni sanitarie da garantire su tutto il suolo nazionale e di conseguenza il dovere di definire l’ammontare delle risorse da mettere a disposizione del Ssn. Diventò inoltre, di competenza esclusiva delle Regioni, ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato, in tal senso, quindi, si pose implicitamente come primaria la competenza regionale rispetto a quella Statale¹⁰⁵.

La riforma del Titolo V innescò sicuramente uno stimolo verso il federalismo, anche andando a toccare l’art. 119 Cost. volendo accrescere in questo caso, un incentivo al federalismo, ma fiscale¹⁰⁶. All’art. 119 Cost. viene attribuita un innalzamento dell’autonomia finanziaria in ambito regionale ma anche comunale, provinciale e delle città metropolitane, sia in ambito di entrata che di spesa. Oltretutto venne sottolineato il concetto di risorse autonome

¹⁰⁴ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, cit. p. 82.

¹⁰⁵ F.S. COPPOLA, S. CAPASSO, L. RUSSO, *Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, cit.

¹⁰⁶ Anche se attuato solo con la l. 5 maggio 2009, n.42, C.d. delega sul federalismo fiscale. Sul federalismo fiscale di tratterà nel corso del secondo capitolo.

degli Enti che non sono più attribuite da un livello “superiore”, superando in tal modo la ristrettezza in materia di autonomia tributaria che ha, da sempre, caratterizzato le Regioni¹⁰⁷.

La delega sul federalismo fiscale, riprendendo l’art. 117 comma 2, lett. m) Cost., dichiara che il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali deve essere assicurato dal gettito dei tributi propri delle regioni, in aggiunta alle compartecipazioni all’IVA. Viene specificato inoltre, che il finanziamento sarà basato su un costo standard determinato secondo i criteri presenti nei decreti di attuazione¹⁰⁸.

Un altro fattore che ha impattato sulla gestione finanziaria delle risorse economiche in ambito sanitario è sicuramente la crisi economica dello scorso decennio; infatti, la recessione degli anni Dieci del duemila, rese necessario il contenimento delle spese e l’individuazione di un sistema in grado di ridurre gli sprechi del settore. Così facendo, venne ridotta l’autonomia di gestione riconosciuta costituzionalmente alle Regioni. Nonostante i tentativi e i meccanismi volti al risparmio in materia sanitaria, la normativa risultò comunque attenta alla salvaguardia dei Livelli essenziali delle Prestazioni e quindi a quanto previsto e indicato nell’art. 117, comma 2, lett. m) Cost¹⁰⁹. Inoltre, l’articolo 117, secondo comma della Costituzione alla lett. e) riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la materia della perequazione, strettamente correlata a quella della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. m). Per questi ultimi, e quindi la tutela alla salute, l’art. 120, comma 2, primo periodo, Cost. prevede poteri sostitutivi da esercitare nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione¹¹⁰. Con il passaggio quindi della tutela della salute alla competenza concorrente tra Stato e Regioni, si ha una potestà legislativa e regolamentare regionale all’interno di un quadro normativo statale, costruito su principi fondamentali che fissano standard e/o livelli omogenei di prestazioni e servizi¹¹¹.

In questo nuovo quadro normativo si evince una forma “collaborativa” di gestione sanitaria tra i diversi livelli governativi, ma soprattutto tra Governo centrale e Regioni in ambito sanitario, che in un certo senso voleva superare le disfunzioni e le anomalie del sistema ereditato, cercando di privilegiare modelli più efficienti di gestione amministrativa, instaurando un servizio il più presente a livello locale e quindi maggiormente presenti per i cittadini.

¹⁰⁷ F.S. COPPOLA, S. CAPASSO, L. RUSSO, *Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, cit.

¹⁰⁸ Cfr. F.G. CUTTAIA, cit. pp. 12-13-14. Le risorse necessarie al sistema sanitario nazionale vengono determinate ai sensi dell’art. 26, co. 1, attraverso intesa Stato-Regioni prendendo in considerazione il quadro macroeconomico complessivo del Paese, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e dagli obblighi presi dall’Italia in ambito comunitario.

¹⁰⁹ Come spiegano a tal proposito F. MINNI e A. MORRONE, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte Costituzionale Italiana*, AIC Associazione dei Costituzionalisti, Rivista n° 3/2013, 20 Settembre 2013.

¹¹⁰ C. CHIAPPINELLI, *Riforme istituzionali, del sistema sanitario e dei controlli: esiste un fil rouge?* in saggi, Corti supreme e salute, a cura di R. BALDUZZI, SODIS Società Italiana di diritto sanitario, Settembre-Dicembre 2018.

¹¹¹ F. MAINO, *La sanità tra Stato e regioni*, Il Mulino, n. 1, Focus, 2003 pp. 100-107.

Da questa breve analisi, l'art. 117 pur fornendoci le coordinate di gestione in materia sanitaria tra Stato e Regioni, non nasconde un'evidente forma di governance multilivello, con le regioni poste in posizione centrale, rafforzandone l'autonomia e il ruolo sistemico, con l'incremento quantitativo e qualitativo delle funzioni normative e amministrative delle regioni, mutando i rapporti tra Stato, regioni ed enti locali in materia sanitaria, dando via a una sorta di sviluppo del regionalismo¹¹².

Si può in conclusione affermare che a partire dalla fine degli anni Novanta ad oggi, i governi regionali acquisirono via via sempre più rilevanza in campo sanitario. L'iter legislativo attraversato in questi anni, soprattutto le riforme del 1992-1993 hanno deliberato le Regioni a organizzare autonomamente il proprio sistema sanitario all'interno del proprio territorio. Proprio questo ha portato ad oggi a risultati sanitari regionali molto diversi l'uno dall'altro, facendo interrogare molti studiosi sul senso di poter ancora parlare di Sistema sanitario unitario. Parrebbe infatti, che proprio la riforma del Titolo V della Costituzione abbia voluto sperimentare un sistema federale mediante i diversi servizi sanitari regionali nati grazie al contesto normativo sviluppatosi in questi anni, portando le stesse Regioni sia a determinare obiettivi e standard diversi, sia a raggiungere risultati molto diversi tra loro, penalizzando talvolta l'esperienza dei cittadini. L'autonomia assegnata alle Regioni in ambito sanitario come verrà analizzato nel corso della trattazione e come brevemente si ha avuto modo di vedere all'interno del primo capitolo, non è sinonimo di efficacia e risultati positivi, tuttavia, se le Regioni hanno potenzialmente un maggior potere di governo e di organizzazione del sistema sanitario regionale, ciò non significa che esse siano totalmente in grado di assumerlo e di svolgerlo in modo efficace.¹¹³

Essendo ogni realtà sanitaria diversa nel suo genere¹¹⁴, sarà sempre molto difficile pretendere un trattamento unico e omologato a livello nazionale, ma comunque occorre capire come possa aver inciso in primis l'assetto istituzionale creatosi nel corso degli anni analizzati sugli ultimi risultati sanitari ottenuti, e soprattutto in base a come i diversi modelli regionali hanno risposto in particolare all'emergenza sanitaria, se esiste un modello più o meno efficace che potrebbe essere esteso su scala nazionale.

¹¹² R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, cit. p. 77.

¹¹³ A. TANESE, *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull'evoluzione del SSN*. cit.

¹¹⁴ *Ibidem*, infatti A. TANESE fa notare che essendo la sanità un contesto ad alto contenuto professionale e relazionale, ogni realtà avrà un suo particolare processo di erogazione unico e irripetibile, anche all'interno di uno stesso ospedale o servizio territoriale.

Capitolo 2 – Profili giuridici e valutazioni economiche del finanziamento al Servizio sanitario nazionale

2.1. Gli standard assistenziali e di costo

Dopo aver analizzato le tappe principali che hanno posto le basi all'istituzione del Servizio sanitario nazionale, si analizzeranno ora gli aspetti prevalentemente finanziari, i diversi obiettivi e criteri del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Come illustrato nel primo capitolo, con la l.n. 833/1978 si assiste all'abolizione delle mutue e quindi alla fine del corrispettivo legato alla singola prestazione, passando a un finanziamento delle spese sanitarie basato sulla fiscalità generale. Più precisamente l'art. 51 della stessa legge andava a determinare di anno in anno l'ammontare destinato al Fondo sanitario nazionale, nonché il fondo da dove attingere per il finanziamento al SSN. L'obiettivo di tale scelta era di creare una sorta di *standard* nazionale di prestazioni sanitarie, in maniera tale da non avere disuguaglianze all'interno del territorio, poiché così facendo la spesa risultava centralizzata. Questo contesto andava a creare una sorta di “deresponsabilizzazione delle amministrazioni regionali e locali”¹¹⁵ proprio perché esse rimanevano estranee alla gestione della spesa. Inoltre, l'assegnazione delle risorse alle regioni avveniva seguendo le esigenze di bilancio delle amministrazioni e proprio questo meccanismo di finanziamento portò all'esigenza di razionalizzazione della spesa sanitaria. Al contrario, con le successive riforme sanitarie avvenute negli anni Novanta, si è passati ad un sistema basato sull'autonomia regionale a un sistema totalmente incentrato e basato sulle Regioni. Si può affermare “che si è andato consolidando un decentramento istituzionale in sanità, contraddistinto da una forte centralizzazione regionale, tendente ad ottenere una piena autonomia fiscale, organizzativa e gestionale”¹¹⁶. Per quanto riguarda il punto di vista finanziario, i decreti degli anni Novanta, più precisamente gli artt. 11, 12 e 13 d.lgs. n. 502/1992 andavano a rimodulare il Fondo sanitario nazionale¹¹⁷.

Attualmente, Il SSN viene finanziato con un metodo a cascata. In tal senso, in primis vengono decise le risorse economiche totali da destinare al Servizio sanitario nazionale, successivamente dall'ammontare totale viene stabilito come ripartire le risorse tra le regioni che di conseguenza sceglieranno come suddividere il proprio budget tra le proprie aziende sanitarie. Infine, le aziende con l'ammontare a loro assegnato, pagheranno gli erogatori dei servizi e delle prestazioni. Fino al 1992¹¹⁸, infatti i finanziamenti erano calcolati sulla base della

¹¹⁵ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 371.

¹¹⁶ F.G. CUTTAIA, *La governance delle aziende sanitarie pubbliche e la diversificazione dei suoi processi evolutivi*, Articolo su rivista *Diritto e Salute*, 30 aprile 2019, p. 28.

¹¹⁷ Il Fondo sanitario nazionale verrà successivamente rimodulato con l'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001.

¹¹⁸ Con la legge n. 833/1978.

spesa storica, cioè in base a quanto speso dalla regione durante l'anno precedente. L'incasso, insieme ad altri fattori come, per esempio le entrate registrate dalle Asl e lo stanziamento definito a livello statale del Fondo sanitario nazionale avrebbero determinato il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza. Per quanto riguarda il finanziamento di ulteriori prestazioni le regioni avrebbero dovuto provvedere in prima persona, e molte di esse introdussero i cosiddetti *ticket* su diverse tipologie di prestazioni e talvolta su alcuni farmaci. Sulla base di queste modifiche all'assetto organizzativo e finanziario della sanità, parrebbe possibile affermare che il sistema sanitario nazionale appaia "come un sistema di aziende pubbliche coordinate a livello regionale"¹¹⁹. Questa affermazione viene ulteriormente confermata dall'assetto che si venne a creare con le successive riforme al decreto legislativo n. 502/1992, come ad esempio la riforma del Titolo V, che andò proprio ad accentuare la posizione delle regioni in ambito sanitario. Nonostante la consistente mole di responsabilità in materia sanitaria traslate dal livello statale a quello regionale, l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza e quindi degli standard prestazionali rimase in mano allo Stato, poiché essi devono, tuttora, essere garantiti ed erogati in modo uguale ed equo su tutto il suolo nazionale e quindi in tutte le regioni.

Come accennato nel capitolo precedente, nell'art. 1, comma 2 del decreto legislativo n. 502/1992, successivamente modificato dal decreto legislativo n. 229 del 1999 e dalla legge n. 405 del 2001, vengono introdotti proprio i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, vale a dire tutte le prestazioni e tutti i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad assicurare a tutti i cittadini gratuitamente, attingendo a risorse finanziarie pubbliche o a seguito del pagamento di un ticket. I LEA sono definiti dal comma 3 dell'art. 1 d.lgs. n.502, e vengono definiti in base ai principi cardine del SSN, nonchè rispettando i principi della dignità della persona, dell'equità nell'accesso dell'assistenza e secondo certi standard economici. I principi a cui si ispirano i livelli essenziali di assistenza sono quelli indicati dall'art. 1 della legge 833 del 1978, richiamati poi nell'art. 1 del d.lgs. 229/1999, ed in particolare *uguaglianza* intesa come capacità del sistema di assistere tutti i cittadini in maniera uguale, dando uniformità al sistema e assicurando a tutti le medesime prestazioni su tutto il territorio nazionale; *universalità*, nel senso che esse sono assicurate a tutti senza nessun pregiudizio o distinzione in base a condizioni sociali o economiche le medesime prestazioni; *globalità*, in quanto il SSN non interviene solamente con riferimento alle terapie e cure mediche ma anche nella prevenzione della salute e *volontarietà* conformemente a quanto sancito all'art. 32 Cost, dovranno essere rispettati dignità e libertà della persona¹²⁰. Infatti, i LEA identificano il

¹¹⁹ Ibidem.

¹²⁰ Cfr. Come spiega G. CILIONE, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit., l'art. 2 della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale pone una serie di obiettivi volti proprio a perseguire determinati standard assistenziali, e delle prestazioni del servizio sanitario pubblico. Tra queste

“contenuto prestazionale del diritto alla salute quale diritto sociale”¹²¹, pertanto, sono pienamente identificabili nelle prestazioni necessarie e volte a garantire la piena tutela della dignità della persona in linea con i principi costituzionali. A tal proposito, è necessario menzionare i criteri affiancati ai principi cardine su cui poggiano i Livelli essenziali di assistenza. Infatti, i LEA devono seguire determinati criteri di tipo organizzativo, metodologico ed economico-finanziario, importanti per il pieno funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, poiché senza di essi le prestazioni non potrebbero essere a lungo termine garantite, proprio perché l’appropriatezza viene rilevata anche nella compatibilità con il quadro economico-finanziario del Paese.¹²² I suddetti criteri sono: l’*efficacia* e l’*economicità*, i quali fanno rientrare nei LEA solamente le prestazioni che rispecchino evidenze scientifiche di effettiva efficacia e che allo stesso tempo comportino un certo livello di beneficio alla salute dell’individuo e della collettività, garantendo un utilizzo efficiente delle risorse economiche, non andando a determinare sprechi o condizioni non sopportabili dal punto di vista economico dell’organizzazione e dell’erogazione dell’assistenza; l’*appropriatezza*, in quanto come menzionato precedentemente, gli interventi e le prestazioni erogate e garantite dal SSN devono essere realmente adeguate ai bisogni di salute dei cittadini, cioè servizi che possano realmente beneficiare agli individui. Pertanto le prestazioni e i servizi devono essere attentamente valutati in merito alla loro adeguatezza delle modalità organizzative dell’efficacia rispetto al caso clinico in questione; la *programmazione*, nonché il processo di definizione degli interventi da garantire alla collettività sempre in stretta relazione alle risorse finanziarie di cui dispone il sistema; la *partecipazione alla spesa* ossia diversi metodi che possono essere in base al reddito del cittadino o per esempio attraverso il pagamento di un ticket, e che prevedono per l’appunto determinate quote di pagamento da parte dei pazienti su una serie di prestazioni che possono variare da visite specialistiche o erogazione di farmaci¹²³. Questo sistema va a penalizzare in modo particolare le fasce più deboli della popolazione, ed è proprio per questo che alcune regioni hanno modificato il sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria basandosi sul reddito dell’utente¹²⁴. Proprio perché all’interno del sistema sanitario convivono queste due

prestazioni si rilevano per esempio l’educazione sanitaria del cittadino, prevenzione di malattie e degli infortuni in ambito di vita e di lavoro, la riabilitazione degli stati di invalidità, controllo sui farmaci...

¹²¹ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 81.

¹²² F.G. CUTTAIA, *Entrati in vigore i nuovi LEA*, in *Astrid*, 21 marzo 2017, p. 2.

¹²³ Come spiega G. CILIONE, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit. fino alla legge finanziaria per il 2001, rimasero in vigore meccanismi di contribuzione dei cittadini non esenti dalle prestazioni specialistiche e farmaceutiche. Infatti, la l.n. 405 del 2001, ha ulteriormente rinviato la soppressione di ticket sulle prestazioni specialistiche, mentre per quanto riguarda l’assistenza farmaceutica ad oggi si vuole sostituire il regime dei ticket a base nazionale con un eventuale sistema di ticket a base regionale. Lo scorso 2011 con il d.l. n. 98/2011 conv. Con mod. dalla l.n. 111/2011, il Governo ha reinserito la compartecipazione individuale dei cittadini pari a 10 euro per visite specialistiche, e di 25 euro per interventi di pronto soccorso rientranti in codice bianco.

¹²⁴ I criteri sopracitati vengono elencati da G. CILIONE, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit. pp. 191-192-193, egli individua inoltre la libera

esigenze, garantire un servizio sanitario efficiente e completo per tutti i cittadini e riminare all'interno della spesa sanitaria concordata a livello nazionale, si può definire il diritto sociale alla salute “come un diritto costituzionale condizionato dall’attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione, in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento”¹²⁵. Ci sono altre caratteristiche di tale sistema che portano a definire il diritto alla salute come finanziariamente condizionato, soprattutto con l’entrata in vigore del d.lgs. 229/1999 per esempio:

- l’individuazione degli obiettivi di tutela della salute strettamente correlata alla entità dei finanziamenti assegnati;

- l’introduzione, attraverso il sistema dell’accreditamento, di elementi di competizione tra strutture pubbliche e private (anche se il settore privato rimane assoggettato alla programmazione regionale e la sua attività è sottoposta alla vigilanza della Regione);

- l’elaborazione di un sistema di finanziamento dei servizi basato su tariffe predeterminate¹²⁶.

Inoltre, le problematiche economiche con cui si dovette scontrare lo Stato nei primi anni Duemila, e le esigenze quindi di contenimento della spesa andarono proprio a riversarsi sulla sanità, con l’effetto di consolidare ulteriormente la natura del diritto sociale alla salute come diritto costituzionalmente condizionato¹²⁷.

Ma i LEA rappresentano proprio quell’insieme di prestazioni standard alla quale il SSN non può esimersi per definizione. Infatti, è stato individuato un nucleo essenziale, di fronte al quale il rispetto dei limiti stabiliti dalla finanza pubblica viene meno¹²⁸. Nel quadro normativo appena esposto quindi, i LEA fungono da garanzia per gli utenti del SSN, rappresentando così l’ipotesi di realizzare una tutela del diritto alla salute unitaria ed egualitaria, soprattutto all’interno di un contesto nazionale altamente regionalizzato e caratterizzato sempre più da tipicità territoriali.

Nonostante i LEA fossero già stati introdotti dal d. lgs. n. 502/1992 il quale all’art. 1 stabiliva che “[...] i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione

scelta del medico e del luogo di cura, la verifica della qualità, la partecipazione e la tutela degli utenti e degli operatori, l’integrazione fra le politiche sanitarie e sociali, la continuità assistenziale e la sicurezza delle cure.

¹²⁵ Corte Costituzionale, sent. 6 luglio 1994, n. 304

¹²⁶ Cfr. F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto alla salute*, cit., p. 12, Anche se viene precisato in merito al punto primo come mentre nella riforma del 1992 la dotazione finanziaria tendeva a porsi a priori per la determinazione dei livelli delle prestazioni, in quella del 1999, invece, viene stabilito che le risorse finanziarie per la sanità sono individuate contestualmente alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza.

¹²⁷ *Ibidem*, p. 14.

¹²⁸ Cfr. F.G. CUTTAIA, *Entrati in vigore i nuovi LEA*, cit. p. 2. Inoltre, come spiega D. MORANA in *La salute come diritto costituzionale* cit., la sentenza n. 455/1990 ci ricorda a tal proposito, che il carattere condizionato e programmatico del diritto alla salute non deve però degradare la tutela primaria alla salute che la stessa Costituzione assicura ai cittadini, seppur venga precisato nella sentenza di 9 anni dopo n. 309/1999 che “la tutela costituzionale del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone”, a conferma di un quadro contraddittorio e complicato da risolvere. Del nucleo essenziale del diritto alla salute verrà discusso nel secondo paragrafo.

socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al servizio sanitario nazionale". Sarà con il d. lgs. n. 229/1999, che i suddetti livelli verranno definiti come essenziali e saranno precisate le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad assicurare a tutti i cittadini rispettando i criteri ed obiettivi sopracitati¹²⁹. Nonostante ciò, nel corso degli anni Novanta si continuò a non individuare nel dettaglio i LEA. Per esempio, all'interno dei Piani sanitari nazionali non venivano indicati in modo esaustivo quali prestazioni effettivamente risultassero essenziali e quindi erogabili dal SSN¹³⁰. Ma una notevole accelerazione del percorso normativo riguardante la definizione ed attuazione dei LEA si ebbe a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione che portò a un mutamento del quadro costituzionale. Infatti, con gli Accordi Stato Regioni del 3 agosto 2000, del 22 marzo 2001 e dell'8 agosto 2001 venne definito come da una parte lo Stato s'impegnasse dal punto di vista finanziario su base poliennale e a definire i LEA, e dall'altra le Regioni si sarebbero impegnate a rispettare il livello di finanziamento garantendo i Livelli essenziali di assistenza. Infine, per la piena definizione dei LEA si dovette attendere il 2001, quando venne deciso che per l'individuazione dei Livelli essenziali di assistenza si sarebbe fatto ricorso ad un Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri: con il d.p.c.m. emanato il 29 novembre 2001 si è proceduto ad una prima sistematica definizione dei LEA. I Livelli essenziali di assistenza vennero quindi individuati sulla base di un approccio prevalentemente ricognitivo, così da poter semplificare la stesura del provvedimento e presentare in modo generico i sottolivelli. I dettagli specifici avrebbero dovuto essere ricercati nel testo degli atti normativi specificamente ricavati¹³¹. Venne stabilito all'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito dalla Legge 16 novembre 2001, n. 405, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, sono definiti i Livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni¹³². Il d.p.c.m. del 2001 consisteva in un unico articolo e presentava tre allegati che andavano a definire i LEA, e un quarto allegato che invece elencava le linee guida.

Il primo allegato comprendeva una lista positiva di servizi che il Servizio sanitario nazionale avrebbe dovuto erogare e garantire con finanziamenti da risorse pubbliche. La lista positiva era suddivisa in tre macrolivelli: a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b)

¹²⁹ M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in AIC Associazione italiana dei costituzionalisti, rivista n. 2, 19 maggio 2017.

¹³⁰ Cfr. M. BERGO, *ibidem*, per esempio il PSN (Piano sanitario nazionale del 1994-1996 e del 1998-2000 andavano a definire tutte quelle prestazioni che non risultavano a carico del SSN, ma in questo modo non sarebbe stato possibile individuare le prestazioni che avrebbero dovuto confluire all'interno dei LEA.

¹³¹ F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *Aspetti teorici e applicativi dei LEA in campo sanitario*, in Edizioni *Quotidiano Sanità.it*, collana medicina e società, Roma, ottobre 2020, p. 20.

¹³² *Ibidem*, p. 16.

assistenza distrettuale; c) assistenza ospedaliera. La seconda lista, definita come negativa, indicava le prestazioni totalmente escluse dai LEA, le prestazioni parzialmente escluse dai LEA, dove ogni regione poteva scegliere se garantire a spese del bilancio regionale, e le prestazioni che venivano fatte rientrare nei LEA ma che presentavano un profilo organizzativo non del tutto appropriato e la quale organizzazione andava quindi riformulata¹³³.

Giova sottolineare come il contesto costituzionale in cui è maturata l'emanazione del d.p.c.m. sia stato quello della riforma del Titolo V attuata con la legge costituzionale 3/2001, la quale, nel riformulare l'art. 117 Cost., inseriva nel secondo comma di detto articolo la lettera m) che affida allo Stato "la determinazione dei livelli essenziali di assistenza concernenti i diritti civili e sociali".

Inoltre, con il terzo comma, veniva attribuito alle regioni il potere di legiferare per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria, seguendo i principi definiti dallo Stato. Così facendo, si consentiva ancora una volta alle regioni di creare ognuna un proprio sistema sanitario regionale, venendosi così a delineare un Servizio sanitario nazionale composto a sua volta da molteplici realtà regionali ognuna con proprie modalità organizzative e talvolta con proprie prestazioni, che potevano diversificarsi da regione a regione a seconda soprattutto delle disponibilità economiche delle stesse Regioni, ma pur sempre con l'obbligo di assicurare il servizio minimo garantito previsto all'interno del quadro definitorio dei LEA da attuarsi con d.p.c.m.

Questo sistema organizzativo, pur volendo garantire uniformità di assistenza a livello nazionale, andava a creare numerose differenze all'interno del Paese, nei fatti, lasciava comunque un ampio margine d'azione e programmazione alle stesse regioni. Ma le differenze che si vennero a creare tra le diverse regioni non furono legate solamente al tipo di organizzazione scelto da ognuna, bensì dipesero anche dalle diverse risorse economiche di cui disponevano le diverse Regioni. Inoltre, ognuna rimaneva libera di garantire ulteriori prestazioni rispetto a quelle già garantite dallo Stato ma solamente attingendo dai propri bilanci interni. Questo contesto ci porta ad affermare che i LEA non sono stati in prima battuta garantiti in modo uniforme all'interno di tutto il territorio. Fino a questo punto si creò un sistema basato su diversi sistemi regionali flessibili dal punto di vista organizzativo.

Il processo evolutivo dei LEA comunque non cessò con le decisioni prese nel 2001. Più recentemente, il 12 gennaio 2017 è stato emanato il d.p.c.m. che andò ulteriormente a ridefinire e aggiornare i Livelli essenziali di assistenza. Questo nuovo decreto ha rappresentato un momento fondamentale per quanto riguarda proprio la definizione di prestazioni uniformi sul

¹³³ Come spiegato da G. CILIONE, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit., tale ultimo allegato non presentava natura normativa, ma piuttosto una valenza indicativa sulla materia.

territorio, all'interno di un sistema sviluppatosi in modo frammentato e differenziato regione per regione.

Il d.p.c.m. del 2017 si discosta del precedente proprio per il suo carattere non più solamente di ricognitivo, ma costitutivo dei nuovi Livelli essenziali poiché viene proposto come “fonte primaria per la definizione delle attività, dei servizi e delle prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale”¹³⁴. Si va quindi verso non solo un semplice aggiornamento ma soprattutto a una nuova concezione di ciò che avrebbe garantito proprio il Servizio sanitario nazionale. Per esempio, mentre precedentemente il Piano nazionale vaccini variava per l'appunto da regione a regione, le quali potevano scegliere se far corrispondere il pagamento di un ticket un vaccino o se fornirlo gratuitamente, dal 2017 ogni regione dovrà garantire una serie di vaccinazioni individuate per l'appunto all'interno dei LEA¹³⁵.

In merito al procedimento di definizione dei LEA, come ampiamente sottolineato, spetta allo Stato l'individuazione sia dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale con l'annessa determinazione del nucleo irriducibile delle prestazioni connesse a quanto previsto dall'art. 32 Cost. Sul piano operativo, l'attuazione dei LEA si basa sul principio di leale collaborazione tra i diversi livelli di governo.

Il principio di leale collaborazione rappresenta il riferimento costante nelle relazioni istituzionali tra i diversi enti territoriali che, ai sensi dell'art.114 della Costituzione, costituiscono la Repubblica. Per quanto implicito possa apparire una leale collaborazione tra i diversi livelli di governo, in modo tale da evitare relazioni competitive tra gli enti, essa non sempre appare scontata e uno strumento rivelatosi in grado di assicurare una proficua e costante sede di confronto e codecisione è quello del sistema delle Conferenze. Il sistema delle Conferenze, in particolare, per quanto riguarda l'ambito sanitario, ciò vale per la Conferenza Stato Regioni.

Essa è stata istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con la legge n. 400/1988, recante disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, “con compiti di informazione, consultazione e raccordo, in relazione agli indirizzi di politica generale suscettibili di incidere nelle materie di competenza regionale, esclusi gli indirizzi generali relativi alla politica estera, alla difesa e alla sicurezza nazionale, alla giustizia”¹³⁶. Per quanto riguardava la materia sanitaria, l'art. 13, c. 5 indicava come la Conferenza dovesse essere consultata “sulle linee generali dell'attività normativa che interessa direttamente le Regioni e sulla determinazione degli obiettivi di programmazione economica

¹³⁴ Cfr. F.G. CUTTAIA, *Entrati in vigore i nuovi LEA*, cit. p. 3.

¹³⁵ Il d.p.c.m. si compone di ben 64 articoli in cui vengono esplicate e definite in modo dettagliato le tre macro-aree di a) prevenzione collettiva e sanità pubblica, b) assistenza distrettuale e c) assistenza ospedaliera, 12 nuovi allegati nei quali vengono ulteriormente precisati e identificate le prestazioni positive e negative dei Livelli essenziali di assistenza.

¹³⁶ art. 12, comma 1, l. n. 400/1988.

nazionale e della politica finanziaria e di bilancio”, ricalcando l’importante ruolo sia della Conferenza stessa, sia delle Regioni per quanto riguarda l’amministrazione sanitaria sul suolo nazionale e all’interno delle Regioni. Seppur tale organo non detenga un potere decisorio o un potere di veto giuridicamente vincolante, risulta comunque strategico nel vincolare le scelte del Governo¹³⁷.

L’art. 54 della legge 289/2002¹³⁸, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), prevedeva “la determinazione dei livelli essenziali d’assistenza con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano”. Da questa definizione consegue che debba sussistere una determinazione comune del contenuto dei LEA in accordo tra tutti i soggetti coinvolti, con un’attenzione speciale allo Stato e alle Regioni. Nei fatti, l’attività di individuazione e definizione dei livelli essenziali di assistenza non si esaurisce in una mera attività consultiva non vincolante tra i due soggetti in questione¹³⁹. Il momento di concertazione tra i due livelli governativi avviene in sede di Conferenza Stato-Regioni. Lo scopo è proprio quello di dare ampio spazio di intervento alle Regioni poiché saranno proprio esse a dover portare avanti in concreto la programmazione e l’erogazione delle prestazioni. Infatti, la programmazione orizzontale tra le diverse Regioni negli ultimi anni ha evidenziato un maggiore potenziamento, e proprio la Conferenza delle Regioni rappresenta il luogo dove vengono prese le principali decisioni grazie all’utilizzo di minuziosi strumenti di coordinamento anche a livello tecnico, operativo¹⁴⁰. Un aspetto rilevante per quanto riguarda la procedura di definizione delle Intese, è rappresentata dalla sentenza n. 134 del 2006, con cui la Corte Costituzionale ha circoscritto l’ambito della legislazione statale, evidenziando la necessità di arrivare a una forte intesa tra i livelli di governo centrale e regionali, soprattutto per quanto riguarda la definizione tecnica dei livelli indicandone standard attuativi¹⁴¹. La pronuncia ha rappresentato una precisa indicazione per quanto riguarda i

¹³⁷ Cfr. a tal proposito L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, profili di diritto interno e comparato*, cit. p. 271.

¹³⁸ La disposizione conferma il procedimento previsto dall’art. 6 del d.l. 289/2002 18 settembre 2001, n. 347

¹³⁹ G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit.

¹⁴⁰ Cfr. L. VANDELLI e F. BASSANINI, *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, quaderni di Astrid, Bologna, Il Mulino, 2012, pp. 459-460. Inoltre, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 9 giugno 2005 ha adottato un proprio regolamento di organizzazione, istituendo 11 commissioni di lavoro a cui si sono aggiunte 2 commissioni speciali: attività di cooperazione e iniziative per il dialogo e la pace in Medio Oriente, nonché Protezione Civile.

¹⁴¹ Come viene specificato da G. CILIONE, in *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit. p. 204. Questa decisione della Corte Costituzionale portò pesanti ripercussioni per quanto riguarda la determinazione degli standard *qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo, e quantitativi* di cui ai livelli essenziali di assistenza, previsti dalla l.n. 311 del 2004, all’art. 1, comma 169. Infatti, la legge in questione stabiliva che lo Stato potesse fissare questi standard tramite il Ministero della Salute, solamente sentita la Conferenza permanente per i rapporti

rapporti tra i diversi livelli di governo e soprattutto nell'utilizzo delle intese. Si concretizza in questo modo la valenza del principio di leale collaborazione, dove l'intesa rappresenta un accordo ben definito tra Governo e Regioni. Come menzionato, oltre al principio di leale collaborazione opera anche il principio di sussidiarietà, come previsto dall'art. 118 della Costituzione, essenziale per garantire l'allocazione delle funzioni amministrative. A tal proposito, quando lo richieda la necessità di assicurarne l'esercizio unitario, la funzione amministrativa può essere esercitata dal governo centrale, e quindi di conseguenza lo Stato può "attrarre in sussidiarietà" funzioni amministrative attraendo a livello statale, appunto, funzioni amministrative e legislative in modo tale da garantirne l'unitarietà dell'esercizio¹⁴².

All'interno del processo di definizione dei Livelli essenziali di assistenza troviamo inoltre la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale. Quest'ultima si occupa dell'aggiornamento dei LEA in base alle novità e alla situazione sanitaria in continua evoluzione, proponendo quindi sostituzioni, aggiunte o eliminazioni delle prestazioni. Inoltre, la Legge di stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - art.1, comma 556) ha previsto l'istituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, nominata e presieduta dal Ministro della salute, con la partecipazione delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità, dall'Agenzia italiana del farmaco, del Ministero dell'economia e finanza e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Per quanto concerne il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza, si può affermare come esso abbia influito in modo importante sull'erogazione effettiva dei LEA e delle prestazioni all'interno del Paese. Principalmente lo Stato assegna le risorse necessarie alle regioni in base al criterio del costo standard, utilizzando il metodo di attribuzione dei fondi derivanti dal Fondo sanitario nazionale che si basa sui costi individuati in relazione a determinati tipi di prestazioni che si calcola verranno erogate dalle strutture sanitarie. I costi standard equivalgono al prezzo ritenuto giusto sul quale dovranno essere parametrizzate le risorse necessarie per finanziarli, quindi le risorse da rendere disponibili ai vari servizi sanitari regionali per garantirne il funzionamento. Questo metodo andava quindi a sostituire il metodo della spesa storica, e garantiva che le risorse sarebbero state calcolate come spiega l'art. 6, comma 1, lettera g), del disegno di legge delega sul federalismo fiscale licenziato dal Governo il 3 ottobre 2008, "al livello minimo sufficiente ad assicurare il pieno finanziamento del

tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. La citata sentenza pone così l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, della l. 30 dicembre 2004, n. 311.

¹⁴² In tal senso cfr., V. ANTONELLI, *Livelli essenziali, materie trasversali e altri fattori unificanti*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, 2012 cit., p. 394.

fabbisogno corrispondente ai livelli essenziali delle prestazioni in almeno una Regione”¹⁴³. In questo modo, inoltre, l’introduzione del criterio del costo standard per determinare i finanziamenti spettanti alle regioni, funge talvolta da obiettivo a cui attenersi per l’efficienza operativa delle Aziende sanitarie locali e di conseguenza delle regioni. I costi standard sono calcolati in base a verifiche eseguite nelle realtà locali. Progressivamente come sarà meglio specificato più avanti, il finanziamento dei LEA è stato garantito in buona parte dalle entrate fiscali proprie delle Regioni ed è stato incrementato l’utilizzo dei costi standard. È doveroso quindi menzionare i decreti di attuazione che determinano i costi standard, in particolare il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, inerente le disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, il quale specifica le modalità di decisione dei fabbisogni e costi standard che vengono determinati con cadenza annuale dal Ministero della Salute, con il Ministero dell’Economia e delle Finanze previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, indicando che nonostante i costi, sarà sempre necessario garantire il finanziamento integrale della spesa sanitaria¹⁴⁴. Per determinare i costi standard da applicare lo Stato indicherà le cinque regioni più diligenti dal punto di vista dei risultati economici ottenuti per quanto riguarda l’erogazione e la garanzia dei LEA. L’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 delega la verifica degli adempimenti da rispettare da parte delle regioni, al Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Il Comitato insieme al Tavolo di verifica degli adempimenti, permette alle Regioni¹⁴⁵ di poter godere della quota delle somme destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario in base alle proprie entrate. Per quanto riguarda il procedimento istruttorio, esso è condotto dagli uffici ministeriali congiuntamente ad AIFA e Agenas, e verrà analizzato e convalidato in un secondo momento dal Comitato LEA. Infine, in conclusione del procedimento si avrà un confronto con i rappresentanti regionali. I criteri e gli indicatori presenti all’interno della griglia vengono selezionati in base alle risorse del Servizio sanitario nazionale tra i LEA e seguendo le indicazioni politico-programmatorie. Inoltre, di anno in anno gli indicatori vengono aggiornati proprio per adattarsi ai nuovi indirizzi politico-programmatori, pertanto “La Griglia LEA” si propone come un valido strumento capace di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un’adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dall’altro canto ne evidenzia i punti di forza rappresentando, quindi, un adeguato strumento di supporto e di ausilio alle istituzioni politiche e programmatorie sia del livello nazionale che regionale e locale per interventi puntuali e per decisioni di maggiore efficacia. A partire dal 1° gennaio 2020, la Griglia LEA è

¹⁴³ E. JORIO, *Federalismo fiscale e sanità*, pubblicato in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, n. 24, 17 dicembre 2008, p. 8.

¹⁴⁴ Sul punto cfr. F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto alla salute*, cit., p. 14.

¹⁴⁵ Sono escluse: la Valle d’Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli-Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010.

sostituita dal sottoinsieme di indicatori “core” previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del d.m. 12 marzo 2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 giugno 2019.”¹⁴⁶ In questo modo, monitorando e verificando l’efficacia effettiva dell’erogazione dei LEA risulta possibile garantire il diritto alla salute per tutti i cittadini.

La regione con i migliori risultati ottenuti andrà a rappresentare il parametro del fabbisogno delle regioni. I criteri richiesti per risultare come regione eligibile sono:

- la garanzia dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- l’aver garantito l’equilibrio economico finanziario del bilancio sanitario regionale, con esclusivo riferimento, alle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, comprese le entrate proprie regionali effettive;
- non essere assoggettate a piani di rientro;
- essere risultate adempienti alla valutazione operata dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all’articolo 12 dell’intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005 con riferimento all’ultimo anno per il quale risulti completato il procedimento di verifica annuale¹⁴⁷.

In generale occorre ricordare che fondamentalmente il legislatore sia statale che regionale, nel determinare le risorse destinate alla salvaguardia del nucleo inviolabile dei diritti, non può effettuare scelte di esclusione di tali diritti sulla base delle risorse economiche a disposizione. Nel caso in cui le regioni non disponessero di risorse sufficienti¹⁴⁸, esse hanno la possibilità di ricavare ulteriori risorse attraverso due modi: operando sulle aliquote regionali, oppure aumentando i ticket facendo così corrispondere direttamente ai cittadini. Sono proprio i ticket a rendere meno equo il nostro SSN, insieme all’ingente spesa privata sostenuta dai cittadini. Inoltre, essendo il nostro Servizio sanitario nazionale finanziato tramite la fiscalità generale, spesso accade che i cittadini più ricchi finiscano proprio per pagare parte dell’assistenza sanitaria ai meno abbienti, proprio come spesso accade con le Regioni con minore capacità fiscale, creando quindi un sistema meno equo¹⁴⁹.

Indubbiamente l’introduzione dei Livelli essenziali di assistenza all’interno del nostro ordinamento rappresenta un punto di svolta per il Servizio sanitario sia nazionale che per quelli regionali, costituendo “una grande occasione di ridefinizione del welfare nel suo complesso,

¹⁴⁶ Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria Ufficio VI, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA, Metodologia e risultati del 2018.

¹⁴⁷ Ministero della Salute, Ufficio di Gabinetto, Esiti applicazione metodologia di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell’11 dicembre 2012, recante “Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario” per l’anno 2021, in attuazione dell’art. 27, co. 5, d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68 e successive modificazioni, Roma 23 febbraio 2021.

¹⁴⁸ Cfr. in tal senso M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, cit. Qualora non si attivino, peraltro, le regioni si espongono all’intervento sostitutivo dello Stato ai sensi dell’art. 120, Cost., il quale prevede che “Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni ... quando lo richiedono ... in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”. Un altro strumento a garanzia dei livelli essenziali di assistenza previsto dalla Costituzione è il Fondo perequativo, ai sensi dell’art. 119, comma 3, Cost.

¹⁴⁹ F. TOTH, *La sanità in Italia*, cit. p. 40.

offrendo tutela e garanzia ai bisogni e ai rischi che oggi non ricevono copertura e riequilibrando le disparità e le ingiustizie fra le categorie, i settori e i territori”¹⁵⁰. Seppur questo fosse l’obiettivo di tale introduzione, le diseguaglianze e le problematiche soprattutto dal punto di vista degli output prestazionali effettivamente erogati a livello regionale è cresciuto, accentuando all’interno del territorio nazionale, ancora una volta, le disparità esistenti, soprattutto dal punto di vista economico e quindi di possibilità effettiva delle regioni di garantire o meno un certo livello prestazionale o addizionale delle prestazioni.

2.2. La riforma sul federalismo fiscale

Sin dal principio la questione legata al federalismo fiscale risulta strettamente legata alla tema della sanità. Spesso si ha la percezione che i vari governi che si sono susseguiti durante i decenni abbiano quasi voluto sperimentare forme di federalismo proprio sulla sanità.

Il federalismo fiscale è un modello di condivisione e gestione multilivello di competenze e strumenti fiscali. Tale modello si presuppone il raggiungimento di una maggiore efficienza sia a livello economico che amministrativo, devolvendo compiti e funzioni ai livelli substatali di governo che, essendo più vicini ai cittadini possono interpretarne meglio le richieste e i bisogni, trovando una maggiore corrispondenza tra amministrazione e amministrati. Il decentramento della spesa e della gestione delle risorse finanziarie, quindi, risolverebbe il problema dello Stato centrale di operare in base alle diverse necessità ed esigenze basate sulle caratteristiche di Regioni, province e comuni dei cittadini residenti. La legge 5 maggio 2009, n. 42, contenente la delega in materia di federalismo fiscale, la legge 5 maggio 2009, n. 42, attua i principi riguardanti il federalismo fiscale posti dall’art. 119 della Costituzione.

Già con l’approvazione del decreto legislativo n. 229 del 1999, che modificava il d.lgs. n. 502/1992 si era introdotto il tema del federalismo fiscale nella sanità in merito all’aziendalizzazione del sistema.

La legge 13 maggio 1999 n. 133, recante Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale, successivamente attuata con il d.lgs. n. 56/2000, recante Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell’articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133, ha introdotto nel nostro ordinamento il nuovo metodo di finanziamento della sanità pubblica incentrato sul federalismo fiscale. Con il d.lgs. n. 56/2000 si diede il via a un cambiamento per quanto riguarda il sistema di finanziamento delle Regioni e di conseguenza degli enti locali, con l’obiettivo di superare il finanziamento a cascata.

¹⁵⁰ Così L. TORCHIA, nella Premessa a *Welfare e federalismo*, L. TORCHIA (a cura di), Bologna, il Mulino, 2005.

Questo ha indubbiamente portato a una maggiore autonomia nella gestione delle risorse da parte delle Regioni nel finanziare le proprie funzioni e prestazioni. Attualmente, il finanziamento del sistema sanitario regionale è costituito da:

- L'imposta regionale sulle attività produttive (Irap)
- L'addizionale regionale all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Irpéf)
- La compartecipazione regionale al gettito dell'Iva;
- La compartecipazione all'accisa sulla benzina;
- Le entrate proprie delle aziende sanitarie, dai ricavi dell'attività intramoenia, delle altre prestazioni rese a pagamento, nonché da eventuali interessi attivi e redditi patrimoniali¹⁵¹.

Lo Stato avrebbe dovuto mantenere la sua funzione di finanziatore della sanità solamente per i Livelli essenziali di assistenza rispettivamente di Sicilia e Sardegna, per interventi previsti da accordi internazionali, per quelli di cui normative speciali, per il funzionamento di determinati istituti del Servizio sanitario nazionale e per gli investimenti di ricerca¹⁵². Dal punto di vista finanziario, i primi due commi del nuovo art. 119 della Costituzione determinarono l'autonomia finanziaria di entrata e delle uscite degli enti territoriali, con la possibilità di determinare tributi, per le Regioni, ed entrate propri rimanendo ancorati alla territorialità dove i tributi vengono imposti e dove i proventi raccolti verranno utilizzati. L'autonomia finanziaria ha comportato inevitabilmente ulteriori differenze tra le diverse Regioni, poiché anche in questo caso vengono agevolate le Regioni con risorse economiche e flussi finanziari più elevati rispetto ad altre, più povere o maggiormente in difficoltà, portando naturalmente a un certo squilibrio tra le Regioni per quanto riguarda il finanziamento delle varie prestazioni, a causa degli squilibri economici esistenti tra le stesse regioni. Infatti, al nuovo sistema di finanziamento del SSN venne affiancato un fondo di perequazione, ideato per superare le eventuali differenze fiscali per abitante tra regioni e che teneva conto delle differenze sussistenti nelle diverse realtà territoriali. Il fondo di perequazione doveva far sì che venisse distribuito alle regioni con una capacità fiscale "inferiore al gettito medio nazionale per abitante", una somma integrativa con lo scopo di garantire gli stessi standard di prestazione nell'erogazione dei servizi di competenza. Anche per quanto concerne l'uso del termine "territori", la previsione di un fondo perequativo ha dato l'impressione ad alcuni Autori che non fossero prese in considerazione le ripartizioni territoriali ed amministrative¹⁵³ degli enti così da poter avvantaggiare anche Regioni più ricche le quali avrebbero potuto distribuire al loro interno risorse in modo tale da poter trarre vantaggio dal fondo perequativo.

Il d. lgs. n. 56 del 2000 però subì numerose deroghe, il fondo perequativo non è stato realizzato essendo di fatto sostituito, come già illustrato, dalla contrattazione Stato-Regione per

¹⁵¹ F. TOTH, *La sanità in Italia*, cit. p. 53.

¹⁵² R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 374.

¹⁵³ F. JORIO, *Il fondo perequativo e i livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4, 2004, p. 373 ss.

quanto riguarda le risorse da destinare ai servizi sanitari regionali, mantenendo praticamente invariata la vecchia modalità utilizzata attraverso il Fondo sanitario nazionale. Il modello della contrattazione Stato-Regioni, nato nell'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000, imponeva alle regioni la razionalizzazione ed il contenimento della spesa, e se ciò non fosse accaduto si sarebbe ripristinato il livello di finanziamento previsto dall'accordo precedente¹⁵⁴.

L'idea di fondo nell'introdurre un modello di federalismo fiscale da parte del governo centrale sembrerebbe proprio quello di incaricare le Regioni della gestione economica e di conseguenza del controllo di entrate ed uscite nell'erogazione ed acquisizione di prestazioni sanitarie, seguendo comunque i parametri imposti dallo stesso governo centrale e individuando come parametro cardine per prestazioni e servizi quello di costi e fabbisogni standard in correlazione ai Livelli essenziali delle prestazioni; inoltre, l'elemento qualitativo rischiava di venir posto in secondo piano, costringendo le Regioni e gli enti erogatori a concentrarsi in primo luogo sull'elemento finanziario.

Indubbiamente in questo modo, concentrandosi cioè totalmente sull'aspetto dell'efficienza economica e di risparmio nell'erogazione delle prestazioni, venne sacrificata ciò che in realtà era ed è la primaria esigenza soprattutto degli amministrati, ossia di godere di una buona assistenza sanitaria. Per un corretto funzionamento del federalismo fiscale, si sarebbe dovuto creare un contesto di condivisione, solidarietà e compatibilità, ovverosia trovare il giusto equilibrio tra efficienza, trasparenza delle prestazioni e solidarietà, a garanzia dei principi costituzionali¹⁵⁵.

Nonostante l'avvento del federalismo e di ciò che esso comportava, lo Stato manteneva comunque la sua posizione di coordinatore nazionale attraverso l'individuazione dei Livelli essenziali di assistenza, e con essi non solo il governo centrale voleva mantenere un ruolo "predominante" nella definizione di linee guida e indirizzi di gestione, ma anche di garante di standard prestazionali presenti su tutto il territorio. Tantoché, "i LEA sono diventati un elemento di unificazione della disciplina a livello centrale, con un connesso potere di determinazione dello Stato, e la Consulta ha evidenziato il possibile rischio di un'eccessiva ingerenza statale nei vincoli di destinazione delle risorse alle Regioni"¹⁵⁶.

Con la legge 5 maggio 2009, n. 42, recante Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, vennero ampliate le garanzie connesse

¹⁵⁴ G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit. p185, l'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000 prevedeva la diretta responsabilità regionale per i disavanzi mediante aumento delle imposte o contrazione dei mutui, ed è stato consolidato con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001.

¹⁵⁵ Sul punto. Cfr. E. JORIO, *Federalismo fiscale e sanità*, cit. p. 4.

¹⁵⁶ Cfr. F. SAIITA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Saggi e Articoli*, cit., ad es., sent. 27 marzo 2003, n. 88, in *Ragiusan*, 2003, pp. 229-230, p. 277, secondo cui la determinazione dei LEA può avvenire con decreto purché in conformità alla cornice delle leggi di attuazione dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

in linea generale ai Livelli essenziali delle prestazioni (LEP) rispetto alla dimensione finanziaria. Questo per due motivi principali: il primo, fondato sull'esigenza di garantire l'organicità dei servizi e delle prestazioni erogate dagli enti locali verificandone l'efficienza e l'economicità; il secondo motivo, legato alla garanzia effettiva dei Livelli essenziali delle prestazioni, garanzia che poteva essere più facilmente verificata solamente attraverso l'introduzione di standard numerici relativi ai profili quantitativi e qualitativi dei servizi e del relativo costo economico¹⁵⁷. In quest'ottica risulta che il tema dell'efficienza e della qualità dei servizi che vengono erogati e garantiti ai cittadini è quindi strettamente correlato al tema dei costi, non a caso l'effettiva tutela dei diritti ed erogazione delle prestazioni ad essi collegati va di pari passo con le risorse disponibili. Anche in questo caso emerge il concetto di condizionamento finanziario relativamente ai Livelli essenziali delle prestazioni. Essi devono essere definiti in relazione alla disponibilità delle risorse finanziarie¹⁵⁸, infatti, non sarà possibile prevedere una nozione eccessivamente vasta di essenzialità in grado di garantire "tutto a tutti", bensì risulta necessario far sì che avvenga una determinazione condizionata dei LEP, così da garantirne la concreta attuazione¹⁵⁹.

La determinazione dei Livelli essenziali è quindi strettamente legata alle risorse disponibili per garantirne l'effettività, poiché in caso contrario si rischierebbe che la Regione non disponendo di sufficienti risorse potrebbe non garantire tali diritti. Il finanziamento e la garanzia dei Livelli essenziali devono essere assicurati, attribuendo ad essi una priorità assoluta rispetto ad altre esigenze finanziarie della Regione, portando a una lettura dell'art. 119, comma 1 che impone quasi alla Regione di destinare prioritariamente le proprie entrate e spese alla garanzia dei Livelli essenziali. Allo stesso tempo analizzando quanto espresso dalla lettera m) del comma 2 dell'art. 117 Cost., che riconosce i cosiddetti diritti di cittadinanza, che il legislatore ha il compito di garantire senza distinzione su tutto il territorio nazionale, si può intendere che la disposizione non vieti alle Regioni di poter differenziare sul territorio il godimento di tali diritti, e quindi di poter realizzare differenziazioni nella fruizione dei diritti sempre e comunque nel rispetto dei livelli essenziali. Si può pertanto concludere che il federalismo abbia in un certo senso incrementato il potere delle Regioni, e, fermo restando

¹⁵⁷ In tal senso, cfr. E. GRIGLIO, *I diritti di cittadinanza alla prova del decentramento*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, a cura di L. VANDELLI e F. BASSANINI, Quaderni di Astrid, Bologna, Il Mulino, 2012, p. 300.

¹⁵⁸ La giurisprudenza terrà conto del "nucleo essenziale" o "nucleo irriducibile" del diritto alla salute, come previsto dalla Corte Costituzionale. La Corte ha inteso rendere meno rigido il condizionamento finanziario con il richiamo ad una garanzia incondizionata. In tal senso si richiamano le sentenze della Corte Costituzionale del 05/06/2007, n. 193 e del 09/06/2008, n. 203 e, infine, 21/07/2016, n. 203 che, come spiega F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive*, cit., in particolare ha decretato come non accettabile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 15, co. 14 d.l. 06/07/2012, n. 95 (conv. in l. 07/08/2012, n. 135) sollevata sotto il profilo della dedotta violazione dell'autonomia regionale sulla base della considerazione che una norma di dettaglio statale imponesse alle Regioni di ridurre in misura percentuale fissa gli importi e i correlati volumi di attività dei contratti di acquisto delle prestazioni sanitarie da strutture accreditate.

¹⁵⁹ L.CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, profili di diritto interno e comparato*, cit., p. 81.

l'obbligo di garantire i livelli essenziali, non di rado si è assistito ad una progressiva divaricazione tra le Regioni nell'assicurare la piena tutela del diritto alla salute dei cittadini.

In generale, i risultati attesi non sono sempre stati raggiunti, soprattutto da quelle Regioni in cui l'efficienza nel gestire le risorse assegnate risulta inferiore a quella di altre regioni. In un'ottica di contenimento della spesa imposta dall'alto, spesso risulta difficile, soprattutto trattandosi della garanzia al diritto alla salute, mettere in atto metodi di riduzione dei costi. Con l'introduzione del federalismo l'obiettivo era proprio il risultato inverso: con una gestione più aderente ai territori ci si riprometteva di perseguire l'obiettivo di accrescere l'efficienza. Per questo le Regioni furono chiamate a portare avanti uno sforzo maggiore in modo tale da registrare una minore spesa e allo stesso tempo una maggiore tutela sanitaria. Le difficoltà emersero relativamente al modello di determinazione della spesa, cioè un modello basato su un doppio livello di conduzione, poiché da una parte si ha il governo centrale a decidere il finanziamento del sistema, mentre per l'appunto le Regioni sono chiamate a gestire l'offerta dei servizi. Questo sistema, infatti, da origine ad una forte conflittualità tra Stato e Regioni, spesso a causa della non chiara attribuzione delle responsabilità politiche a riguardo¹⁶⁰. All'interno di tale scenario un elemento di garanzia per quanto riguarda il godimento del diritto alla salute previsto dall'art. 32 della Costituzione è stato quello dei Livelli essenziali di assistenza, che sono risultati un elemento fondamentale, non per attribuire diverse competenze ai diversi livelli di governo, bensì per tutelare i diritti essenziali che rischiavano proprio di venire compromessi, dal riparto delle competenze tra Stato centrale e Regioni con l'introduzione del Federalismo. Si può pertanto concordare con chi afferma che "Per questo motivo, i livelli essenziali non costituiscono una "materia" a sé, bensì sono un metodo di disciplina di tutte le materie, a prescindere dal livello di governo titolare della competenza"¹⁶¹. Nel corso del tempo la gestione della questione federalista ha però creato un rischio di instabilità finanziaria, a causa dei debiti accumulati da parte delle Asl. Inoltre, la maggiore autonomia ha implicato spesso il rischio di una copertura incompleta della protezione sanitaria proprio in quelle Regioni che detengono un grado di efficienza della spesa sanitaria inferiore rispetto a quello previsto all'interno della definizione della quota capitaria. La situazione di conflittualità e disordine nell'attribuzione delle competenze tra i diversi livelli di governo è però emersa in modo evidente proprio nel 2020 durante la gestione dell'emergenza sanitaria durante la pandemia da COVID-19, mettendo a rischio anche la garanzia della tutela del diritto alla salute.

Come si è avuto modo di accennare, il passaggio al federalismo in Italia non avvenne solamente da un punto di vista economico, ma anche gestionale soprattutto per quanto riguarda

¹⁶⁰ F.S. COPPOLA, A. COZZOLINO, *Il federalismo in sanità: risvolti finanziari del fenomeno*, Società italiana di economia pubblica, dipartimento di economia pubblica e territoriale, Pavia, XX Conferenza, 25-26 settembre 2008, p. 15.

¹⁶¹ L.CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, profili di diritto interno e comparato*, cit, p. 107.

la tutela e la garanzia dei diritti su tutto il territorio nazionale. Soltanto fino a poco prima delle riforme degli anni Novanta, il percorso italiano è sempre stato caratterizzato da una certa ponderazione nella distribuzione del potere decisionale per quanto riguardasse la tutela dei diritti, infatti solamente con l'avvento delle prime Regioni a statuto speciale venne posto il problema del possibile impatto che la differenziazione regionale avrebbe potuto comportare a livello di garanzia soprattutto in situazioni giuridiche soggettive¹⁶². Occorre far presente a tal proposito che il modello di federalismo fiscale del 2000, si inseriva in un sistema di sanità nazionale già altamente differenziato da Regione a Regione. In effetti, come è stato notato in dottrina, “sin dalla metà degli anni '80, e con maggior evidenza nel decennio successivo, il Servizio Sanitario Nazionale di fatto era via via diventato espressione di capacità organizzative e gestionali diverse, a livello locale, sia da parte delle singole Unità Sanitarie Locali, sia — in modo particolarmente evidente in alcune Regioni del Centro–Nord — da parte delle Regioni.”¹⁶³ Già con la l. n. 833/1978 la quale si basava prevalentemente su una gestione centralizzata del sistema sanitario, le differenze per quanto riguarda la gestione e l'organizzazione dei servizi erano comunque riscontrabili sia all'interno del Paese, ma anche all'interno delle stesse Regioni. In questo modo, seppur volendo responsabilizzare ogni Regione per quanto riguarda l'assistenza dei propri cittadini, si creava un vero e proprio squilibrio all'interno del Paese, creando una sorta di competizione tra i vari Servizi sanitari regionali, poiché ogni regione s'impegnava a gestire al meglio le risorse di cui disponeva. Dal punto di vista della garanzia dei diritti, e più nello specifico per quanto concerne la trattazione, la tutela del diritto alla salute, all'interno dell'ordinamento italiano alcuni Autori parlano addirittura di “federalismo per abbandono”¹⁶⁴, inteso come modalità di trasferimento ad Enti substatali di responsabilità, funzioni e compiti, “come modo per ridurre la spesa pubblica statale e per trasferire dal centro alla periferia la responsabilità politica della risposta alle domande sociali emergenti”¹⁶⁵. Nel caso di interesse, vale a dire quello dell'amministrazione sanitaria, da un certo punto di vista fino agli anni più recenti e soprattutto fino allo scoppio della pandemia, tale modello ha funzionato nella maggior parte dei casi regionali. Infatti, in sanità il modello del regionalismo si è dimostrato funzionale sia dal punto amministrativo che economico, seppur con qualche eccezione dipendente dalle diverse realtà regionali sul piano della qualità ed appropriatezza delle prestazioni.

La maggiore autonomia finanziaria ed amministrativa attribuita alle Regioni con il Federalismo fiscale presenta conseguenze positive per quanto riguarda la gestione delle prestazioni da garantire ed erogare ai cittadini, in quanto incentrata su un'amministrazione

¹⁶² Ibidem, p. 312.

¹⁶³ A. TANESE, *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull'evoluzione del SSN*, cit. p. 26.

¹⁶⁴ F. PIZZETTI, *Brevi spunti di riflessione sull'esperienza di un trentennio di regionalismo*, in *Istituto di studi sulle Regioni – Consiglio Nazionale delle Ricerche, Regionalismo, federalismo e Welfare State*, Milano, Giuffrè, 1997, p. 260.

¹⁶⁵ E. GIRGLIO, *I diritti di cittadinanza alla prova del decentramento*, cit., p. 302.

indubbiamente più vicina ai bisogni del cittadino. Allo stesso tempo però appare più elevato il rischio di inefficienze legate all'insufficienza del finanziamento regionale e/o ad errori nella gestione delle risorse, con la conseguenza di creare differenziazioni tra i vari modelli sanitari regionali.

2.3. Le performance regionali in un'ottica economica e di rendimento

Il federalismo fiscale ha spinto le regioni e le rispettive amministrazioni a portare avanti una competizione che vedeva protagonisti i diversi servizi sanitari regionali, in un'ottica, per l'appunto di rendimento per quanto riguarda le prestazioni fornite e servizi erogati, ma non solo. Infatti, come si è visto nel corso del capitolo, la sfida nata con l'attuazione del federalismo fiscale in sanità è stata proprio quella di riuscire a garantire ai propri amministrati i Livelli essenziali di assistenza individuati a livello centrale, insieme a fabbisogni standard, riuscendo a rispettare i costi standard prestabiliti con le risorse finanziarie disponibili. Nonostante l'idea alla base dell'originale legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, la l. n. 833/1978 avesse come presupposto proprio l'eguaglianza nell'erogazione delle prestazioni così come la successiva decisione di determinare dei livelli e fabbisogni standard su tutto il territorio nazionale, volesse proprio garantire equità e uguaglianza nel ricevere servizi e prestazioni per tutti i cittadini, con la progressiva affermazione del modello di federalismo fiscale non si ebbero del tutto i risultati sperati, creando al contrario non solo una competizione prestazionale tra le regioni, ma anche una situazione di disparità e diseguaglianza per gli utenti del Servizio sanitario nazionale. D'altra parte, l'obiettivo di regionalizzare il sistema sanitario delle riforme del 1992 e 1993 risulta tutt'oggi sicuramente attuato.

Infatti, come è stato osservato, “in particolare, dagli anni Novanta, da parte delle regioni, si registra un'adozione selettiva di modelli organizzativi, riconducibili alla vasta gamma di politiche sanitarie approvate a livello nazionale, sulla spinta del condizionamento segnato dall'indirizzo politico delle rispettive giunte e dalla capacità amministrativa delle burocrazie, con una conseguente differenziazione nell'organizzazione e nel funzionamento dei sistemi sanitari”¹⁶⁶. Questo ha sicuramente aiutato a incrementare le attuali differenze esistenti tra Servizi sanitari regionali in termini di risultati e performance. Infatti, se si analizzano i dati raccolti e pubblicati dal Ministero della Salute nel 2019 in riferimento all'anno 2017, quindi precedentemente all'inizio della pandemia da COVID-19, si evince che seppur sussista un miglioramento delle performance regionali in ambito sanitario, sussistano ancora “livelli diversificati di effettività del diritto della salute nella formulazione identificativa dei Lea”¹⁶⁷.

¹⁶⁶ C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit. p. 661.

¹⁶⁷ C. VENTIMIGLIA, *La valutazione delle performance nella Sanità: un'indagine comparata*, cit. p. 298.

La capacità organizzativa e amministrativa nella gestione della spesa è diversa da regione a regione, pertanto alcune riescono a rientrare nella somma ricevuta mentre altre regioni spendono di più. Questo ci porta classificare le regioni in due categorie, le regioni “virtuose” e quelle “viziose”.

Per proporre un esempio, le cinque regioni più “diligenti” sulla base della griglia LEA 2018, che risultano aver i requisiti previsti dell’allegato 1 della delibera dell’11 dicembre 2012 in merito alla garanzia dei LEA sono: Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lombardia e Veneto¹⁶⁸.

Analizzando l’andamento di tutte le regioni prese in esame per il monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza, e quindi analizzando le performance delle regioni in un’ottica di rendimento nell’erogare i Livelli essenziali di assistenza, per quanto riguarda gli anni presi a riferimento, il 2015, 2016 e il 2018¹⁶⁹, si può rilevare un *trend* evolutivo in positivo per quanto riguarda il rendimento delle Regioni. In particolare, nel 2015 all’interno della valutazione sintetica in merito all’adempienza rispetto al “Mantenimento dell’erogazione dei LEA”, risultano adempienti le Regioni Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Lombardia, Liguria, Marche, Umbria, Abruzzo, Lazio e Basilicata. Mentre, risultano inadempienti le Regioni Molise, Sicilia, Puglia, Calabria e Campania. Le criticità emerse dalle valutazioni riguardano per tutte il rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi dal Piano stesso, le vaccinazioni per Morbillo-Parotite-Rosolia, le vaccinazioni antinfluenzale per anziani, assistenza ospedaliera, screening...¹⁷⁰

Per quanto riguarda l’anno successivo, il 2016, è possibile notare un miglioramento da parte di alcune regioni inadempienti durante l’anno precedente. Nel 2016 risultano adempienti tutte le regioni prese in esame fatta eccezione per Calabria e Campania. Mentre la Calabria presenta ancora numerose criticità, la Regione Campania registra comunque un lieve miglioramento, più precisamente le criticità riguardano ancora una volta il Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso, screening, prevenzione veterinaria e assistenza ospedaliera. Infine, per quanto riguarda l’ultimo anno preso in analisi come campione, viene rilevato un

¹⁶⁸ Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria Ufficio VI, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA, Metodologia e risultati del 2018.

¹⁶⁹ Gli ultimi dati disponibili per quanto riguarda il Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA, sono stati pubblicati nell’anno 2020 in riferimento al 2018.

¹⁷⁰ Più nel dettaglio cfr Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria Ufficio VI, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA, Metodologia e risultati del 2015: Molise: Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, assistenza residenziale agli anziani, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza ospedaliera (Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico); Puglia: Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazioni per MPR, screening, prevenzione veterinaria, assistenza ospedaliera (Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico); Sicilia: Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazioni per ciclo base (3 dosi) e MPR, screening, prevenzione veterinaria, assistenza residenziale agli anziani, assistenza ai disabili, assistenza ospedaliera (ospedalizzazione evitabile in età pediatrica); Calabria: Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazione antinfluenzale per anziani, screening, prevenzione veterinaria, assistenza malati terminali, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari e interventi per frattura del femore entro 2 giornate nei soggetti ultrasessantacinquenni); Campania: Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: vaccinazioni per ciclo base (3 dosi), MPR ed antinfluenzale per anziani, screening, prevenzione veterinaria, assistenza residenziale ai disabili.

miglioramento di rendimento da parte di tutte le Regioni. Infatti, nel 2018 tutte le Regioni risultano adempienti per quanto riguarda il mantenimento nell'erogazione dei LEA. Tuttavia, in alcune Regioni permangono alcune criticità performative: per la Basilicata nell'area distrettuale; in Calabria e Campania per quanto riguarda le aree di prevenzione e distrettuale; in Lazio per le aree di prevenzione, distrettuale e ospedaliera; nelle Marche si rilevano criticità nell'area ospedaliera; in Molise nell'area distrettuale così come in Sicilia che però aggiunge altre criticità per quanto riguarda le aree di prevenzione, come anche in Puglia e Umbria.

Fino ad ora è stato analizzato il risultato regionale dal punto di vista performativo. Per quanto riguarda l'aspetto economico, è necessario procedere ad un sommario esame dell'istituto dei Piani di rientro delle Regioni, per comprendere meglio quanto l'aspetto economico di rendimento possa influire effettivamente dal punto di vista anche organizzativo della regione. Come più volte sottolineato, negli anni la spesa sanitaria ha registrato un trend crescente, chiamando così il legislatore statale a intervenire con strumenti di natura patto congiuntamente alle regioni, per arginare il problema e soprattutto per continuare a tutelare il diritto alla salute¹⁷¹. I Piani di rientro vogliono porre rimedio alla situazione di disavanzo sanitario in cui si trovano alcune Regioni, (con il conseguente rischio di influire negativamente sulla qualità delle prestazioni erogate ai cittadini) e garantire l'efficacia e l'effettiva garanzia dei Livelli essenziali di assistenza, presentandosi come un vero e proprio piano industriale concernente la gestione del SSR nell'ambito della cornice finanziaria programmata garantendo l'erogazione dei LEA¹⁷². Il PdR (Piano di Rientro) è caratterizzato da diversi processi e fasi finalizzati alla stesura del Piano. Si procede analizzando il contesto normativo nazionale e regionale in materia sanitaria, il contesto sanitario regionale, con particolare riguardo alle modalità di controllo del funzionamento del servizio sanitario regionale e si elabora un modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi. Successivamente la regione dovrà determinare le scelte da operare, individuando gli interventi necessari a rendere più efficiente il sistema e conformarlo al Piano sanitario nazionale per l'erogazione dei LEA, definire i provvedimenti da adottare per attuare gli interventi, attuare il cronoprogramma degli interventi, individuare gli effetti economici correlati agli interventi, definire le modalità di verifica periodica degli interventi e infine elaborare il modello programmato triennale che associa dei risparmi di spesa con un disavanzo programmato nei limiti delle entrate aggiuntive preordinate sempre nella garanzia dell'erogazione dei LEA. A seguire, la bozza di Piano di rientro viene sottoposta all'esame di

¹⁷¹ T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *AIC Associazione italiana dei costituzionalisti*, rivista n. 4, 25 ottobre 2013.

¹⁷² Ministero dell'economia e delle finanze, dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, rapporto n. 7, 2020.

un Gruppo tecnico interistituzionale, con esponenti governativi e regionali, dopo aver discusso riguardo le scelte proposte, le modifiche e le integrazioni con le singole regioni¹⁷³.

Il meccanismo di “rientro” comprende strumenti e regole innovative per quanto riguarda il piano procedurale, ma al contempo vuole rappresentare un tentativo di conferma e rendere operative alcune regole "tradizionali" del rapporto Stato-Regioni in tema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e imputazione dei relativi disavanzi¹⁷⁴.

La nascita dei piani di rientro può essere fatta risalire all'accordo Stato-regioni del 2001, in cui il governo si offrì di mettere a disposizione risorse aggiuntive al fine di ripagare i debiti accumulati dalle Regioni. In compenso le Regioni si impegnavano a coprire eventuali deficit accumulati dal 2001 in avanti con risorse proprie. Ma alcune Regioni, soprattutto quelle meridionali, continuarono tuttavia ad accumulare disavanzi¹⁷⁵. Con l'obiettivo quindi di interrompere il finanziamento vizioso alle Regioni meno “diligenti”, nel 2006 venne stipulato il Patto per la salute. Tale patto vedeva il governo nazionale impegnarsi nel finanziare i debiti pregressi: “da allora in avanti, il sostegno finanziario alle regioni in difficoltà sarebbe stato tuttavia condizionato alla sottoscrizione di un apposito piano di rientro, finalizzato a raggiungere l'equilibrio di bilancio”¹⁷⁶. Il contenuto dei piani di rientro dai disavanzi sanitari è diventato via via sempre più vincolante per le Regioni interessate. Infatti, le leggi che si sono susseguite nel corso degli anni, hanno vincolato ulteriormente l'operabilità delle Regioni. La l. n. 296/2006, recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007), stabiliva che le Regioni con i disavanzi più alti avrebbero dovuto concordare con i ministri rispettivamente della Salute e dell'Economia i propri piani di rientro. Nel caso in cui non venisse rispettato il piano di rientro, il d.l. 159/07, concernente Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità fiscale, convertito in legge 222/07, stabiliva che il Governo nazionale avrebbe nominato un commissario ad acta per le Regioni in questione. Le prime di esse ad essere commissariate furono nel 2008 il Lazio e l'Abruzzo, e nei due anni successivi la Campania, il Molise e la Calabria. Inoltre, la l. n. 191/09, Legge di Bilancio 2010, confermava la vincolatività di tali norme legate ai piani di rientro. In particolare, essa affermava che i contenuti presenti all'interno della stessa, avrebbero prevalso sugli atti normativi, compresi quelli di rango primario, e in aggiunta gli organi della Regione vi si sarebbero dovuti conformare. Quindi, i piani di rientro sono parte integrante dell'accordo e dell'intesa fra Stato e Regioni: “la loro redazione muove dall'esame del rispetto della normativa vigente, della situazione della domanda e dell'offerta nel settore sanitario e delle condizioni economico-finanziarie, per poi individuare una serie di obiettivi da raggiungere (e

¹⁷³ Ibidem, p. 149.

¹⁷⁴ E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *AIC Associazione italiana dei costituzionalisti*, rivista n. 3, 24 luglio 2012.

¹⁷⁵ F. TOTH, *La sanità in Italia*, cit. p. 78.

¹⁷⁶ Ibidem, p. 79.

la relativa tempistica) in relazione alla necessità di risanare i disavanzi e di assicurare i livelli essenziali di assistenza”¹⁷⁷.

I Piani di rientro sono stati inoltre riconosciuti come strumenti pattizi vincolanti per la legislazione regionale pur essendo espressione di un accordo comune tra le due parti e osservando il principio di leale collaborazione, in quanto la Regione è tenuta a concordare il contenuto del Piano con lo Stato, ma non è tenuta ad accettarlo a priori. L’adozione del piano di rientro costituisce comunque una limitazione della sfera di competenza legislativa della Regione. Giova in proposito notare come il Governo abbia impugnato molte leggi regionali operanti proprio in tema di tutela del diritto alla salute, e la Corte costituzionale le abbia dichiarate costituzionalmente illegittime rispetto all’art. 117, comma 3 Cost., in contrasto con la norma interposta costituita dal Piano sanitario. Al riguardo, si possono citare la sentenza della Corte Costituzionale del 3 luglio 2013 n. 180, nel giudizio di legittimità costituzionale del comma 1 dell’art. 44 della legge della Regione Campania 27 gennaio 2012, n. 1 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012-2014 della Regione Campania – Legge finanziaria regionale 2012), quale sostituito dal comma 4, dell’art. 2 della legge della stessa Regione 9 agosto 2012, n. 27 (Disposizioni urgenti in materia di finanza regionale), nonché dell’art. 4, commi 3 e 5, della medesima legge della regione Campania n. 27 del 2012 che attribuiva al finanziamento dei mutui contratti da enti locali dei fondi attribuiti alla copertura del debito sanitario già in corso, o per esempio la controversia risolta con la sentenza della Corte Costituzionale del 4 aprile 2012 n. 91 riguardante la Regione Puglia la cui legge regionale n. 5 dell’8 aprile 2011 in materia di “Norme in materia di residenze sanitarie e socio-sanitarie assistenziali (RSSA), riabilitazione e hospice e disposizioni urgenti in materia sanitaria”. Gli articoli impugnati, articoli 1, comma 1, e 3, erano ritenuti in contrasto con l’art. 117, comma 3, Cost. per quanto riguarda i principi di coordinamento della finanza pubblica¹⁷⁸. In questo secondo caso però si andava anche a intervenire direttamente sui cittadini, poiché la legge regionale pugliese dichiarata incostituzionale prevedeva l’utilizzo dei fondi per la realizzazione di posti letto Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e in Residenze sociosanitarie assistenziali (RSSA) in quantità superiore rispetto a quanto previsto precedentemente.

Dagli esempi riportati si evince una forte riduzione dell’autonomia legislativa regionale, a favore del legislatore statale che al contempo recupera quel ruolo di decisore principale delegato

¹⁷⁷ T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, cit. p. 3.

¹⁷⁸ Cfr. E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, cit., In particolare, viene in rilievo la censura relativa all’articolo 1, comma 1 della l.r. n. 5/2011, con cui la Regione ha inteso derogare ai parametri fissati da una precedente disposizione legislativa regionale (art. 41 della legge della Regione Puglia 25 febbraio 2010, n. 4), in materia di posti letto delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e delle Residenze sociosanitarie assistenziali (RSSA)⁵, successivamente recepita nel «Piano di rientro della Puglia e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2010-2011», oggetto dell’Accordo stipulato dalla Regione Puglia il 29 novembre 2011 ed «approvato» con legge regionale 9 febbraio 2011, n. 2 (Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012).

nel corso degli anni, soprattutto Novanta, proprio agli stessi governi regionali, alterando così il sistema decisionale della Regione¹⁷⁹. Pur essendo legittimati dalla loro natura pattizia tra le due parti, poiché i piani seguono il principio della leale collaborazione, talvolta le Regioni non hanno totale libertà nel contrattare in quanto “nei casi in cui il loro Servizio sanitario versi in determinate condizioni, questa è imposta dalla legge”¹⁸⁰, inoltre nella redazione dei piani di rientro l’accordo a favore delle regioni si sta via via riducendo a favore di un maggior coinvolgimento in modo unilaterale da parte dello Stato¹⁸¹. Oltre a ciò, giova rammentare che i Patti per la salute congiuntamente ai piani di rientro hanno il principale obiettivo, oltre a voler risanare le finanze regionali, di mantenere alto ed efficiente l’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Limitando l’operatività e le competenze regionali si corre il rischio di sacrificare la tutela dei LEA a favore, ancora una volta, del corretto utilizzo delle finanze pubbliche¹⁸². Il che dà la misura di come effettivamente il diritto alla tutela della salute risulti sempre più un diritto finanziariamente condizionato.

In linea generale i piani di rientro sembrano comunque aver funzionato per quanto riguarda i risultati ottenuti da parte delle Regioni. Già nel 2011, per esempio, la Regione Abruzzo chiuse positivamente il bilancio, mentre per quanto riguarda la regione Sicilia dal 2009 al 2012 la riduzione del disavanzo fu quasi del 90%. Ad oggi¹⁸³ le Regioni che presentano ancora un elevato disavanzo non sono più quelle sottoposte ai piani di rientro, fatta eccezione per la Calabria, bensì le Regioni a statuto speciale non rientranti nel piano, obbligate a sottostare ai vincoli di spesa. Per esempio, secondo i dati pro capite, lo sfioramento del Molise e della Calabria risultano ancora molto elevati (rispettivamente 116 euro e 86 euro), ma comunque inferiori a quelli di Bolzano con un disavanzo di 510 euro, Trento 367 euro, Valle d’Aosta 150 euro e Sardegna con 124 euro. Attualmente le Regioni sottoposte al Piano di rientro sono sette: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia, di cui due commissariate (Molise e Calabria). Alcuni dei principali interventi contenuti nei Piani di rientro sono la rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti ai fini del rispetto dello standard nazionale, potenziamento dei controlli sull’inappropriatezza, riorganizzazione della rete ospedaliera, determinazione tetti di spesa e budget per i soggetti erogatori privati e potenziamento dei servizi territoriali. Inoltre, è necessario ricordare che le Regioni che non

¹⁷⁹ Pur non volendo effettivamente sottrarre potere legislativo alle Regioni e ai suoi organi in materia sanitaria, si andava a escludere il Presidente, la Giunta e il Consiglio dalle funzioni relative, (cfr. E. JORIO, *Dopo il Lazio e l’Abruzzo, anche la Campania e il Molise (forse la Calabria). Una sanità commissariata come soluzione per i danni prodotti dai governi regionali*, in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, n. 15, 2009).

¹⁸⁰ T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, cit. p. 6.

¹⁸¹ G. RIVOSECCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall’attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze?*, Relazione al Convegno Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V, Roma, 13 giugno 2013.

¹⁸² Per una valutazione di tale rischio, cfr. E. JORIO, *La Corte dei Conti bocchia i piani di rientro regionali del debito progressivo della sanità*, in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, n. 2, 2010, p. 1.

¹⁸³ Secondo gli ultimi dati rilevati dall’Ufficio parlamentare di bilancio, all’interno del focus tematico n. 6 del 2 dicembre 2019, *Lo stato della sanità in Italia*, p. 33.

presentano disavanzi sono in grado di offrire prestazioni extra-LEA, da finanziare con risorse proprie, mentre nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro questo non è concesso, abbassando ulteriormente il livello di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e di conseguenza della tutela del diritto alla salute.

Gli utenti del Servizio sanitario nazionale hanno inoltre la facoltà di poter scegliere in quale struttura, pubblica o privata se convenzionata con il Servizio pubblico, ricevere le proprie cure o farsi visitare, non soltanto all'interno della propria Regione di residenza ma su tutto il territorio nazionale. Questa possibilità da origine alla mobilità sanitaria interregionale, grazie alla quale ogni anno più di 800.000 cittadini¹⁸⁴ si recano in una Regione diversa dalla propria per ricevere cure o effettuare visite mediche. Solitamente i pazienti che scelgono di usufruire di un Servizio sanitario regionale diverso dal proprio lo fanno con l'obiettivo di trovare prestazioni migliori rispetto a quelle offerte nella propria Regione. Proprio per questo motivo la mobilità regionale indica la percezione dell'efficacia e della qualità da parte degli utenti dei diversi sistemi sanitari regionali, dando ulteriore prova delle diverse realtà territoriali che coesistono all'interno del Servizio sanitario nazionale. I flussi di pazienti che migrano da una Regione all'altra per usufruire di prestazioni sanitarie sono quindi un valido indicatore di alcuni elementi come, per esempio della scarsa accessibilità che può sussistere in alcune strutture, a causa della lunghezza delle liste d'attesa, o della qualità delle cure. Inoltre, la mobilità interregionale ci mostra le differenze socio-economiche presenti all'interno del Paese, poiché i costi dei trasferimenti da un Regione all'altra la maggior parte del tempo sono sostenuti da pazienti rientranti in fasce di reddito medio-alte¹⁸⁵.

Occorre distinguere tra mobilità *attiva* e *passiva*; la prima indica appunto quanto le prestazioni offerte da una Regione diversa da quella di origine riescono ad attirare gli utenti del Servizio sanitario nazionale non residenti nella stessa. La seconda al contrario indica il livello di uscita dal servizio sanitario regionale di residenza, indicando quali prestazioni vengano richieste dai cittadini in uscita. La mobilità passiva riguarda maggiormente le Regioni del Sud-Italia, infatti, gli ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute¹⁸⁶ riportano che le Regioni con il più alto livello di attrazione sono proprio la Lombardia con il 25,5%, l'Emilia-Romagna al 12,6% e il Veneto con l'8,6%¹⁸⁷. Anche le Regioni Lazio (7,8%), Toscana (7,5%) e Piemonte (5,2%), quindi, fatta eccezione per la Regione Lazio, tutte le Regioni del Centro-Nord Italia risultano le più attrattive per ricevere prestazioni e servizi sanitari. All'opposto si trova il Lazio

¹⁸⁴ Cfr. F. TOTH, *La sanità in Italia*, cit., solo nel 2011 i cittadini che hanno scelto di effettuare visite mediche fuori Regione sono state 800.000 [Ministero della Salute 2012b], anche se spesso i motivi di ricovero in Regioni diverse possono essere per motivi di lavoro, studio o per emergenza, anche se i ricoveri considerati d'emergenza fuori Regione rappresentano solo il 10%.

¹⁸⁵ C. VENTIMIGLIA, *La valutazione delle performance nella Sanità: un'indagine comparata*, cit.

¹⁸⁶ Report n. 3 del 2018, *La mobilità sanitaria interregionale nel 2017*

¹⁸⁷ Come fa notare C. VENTIMIGLIA, *La valutazione delle performance nella Sanità: un'indagine comparata*, cit., esattamente le Regioni che hanno richiesto maggiori spazi di autonomia anche sul versante della tutela della salute, ex. Art. 116, comma 3 Cost.

con il 13,9% di utenti in uscita che, pur attraendo il maggior numero di utenti del SSN provenienti dal Sud-Italia, allo stesso tempo registra un elevato numero di utenti laziali in uscita verso i sistemi sanitari del Nord-Italia insieme alla Campania con il 10,1%, costituendo le due Regioni che contribuiscono in forma maggiore alla mobilità passiva. Nondimeno è interessante notare come anche la stessa Lombardia registri un 7,7% di cittadini utenti del SSN in uscita verso i Servizi sanitari regionali delle Regioni confinanti anche facilitati da una mobilità più flessibile e favorevole tra le Regioni del Nord Italia; In questo caso è possibile parlare di mobilità di prossimità. A seguire si trovano la Calabria (7,5%), la Puglia (7,4%) e la Sicilia (6,5%) che insieme alle altre Regioni del Sud Italia costituiscono il 68,2% della mobilità passiva. Il fenomeno della mobilità attiva e passiva è molto rilevante anche dal punto di vista economico: infatti, occorre precisare che ogni sistema sanitario regionale deve rimborsare i servizi e le prestazioni ricevute fuori Regione dai propri cittadini alla Regione ospitante. La mobilità passiva, quindi, grava sui bilanci economici della Regione e al contrario, la mobilità attiva rappresenta fonte di introiti per le Regioni che accolgono pazienti non residenti. Se prima si evidenziava come tra le Regioni settentrionali ci fosse uno scambio abbastanza equo di utenti del Servizio sanitario nazionale, lo stesso non accade per il Meridione che al contrario registra un notevole numero di pazienti che preferiscono affidarsi alle strutture settentrionali.

La mobilità implica un trasferimento di fondi dalle Regioni meridionali, dalle Marche e dal Lazio ad altre Regioni, prima di tutto la Lombardia, e poi l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Toscana¹⁸⁸. In questo modo le Regioni per così dire “in perdita” non solo contribuiscono a finanziare i Servizi sanitari regionali del Nord Italia e più in generale l'intera economia delle altre Regioni, ma inoltre non migliorano e non investono nei propri SSR.

Da tutto questo emerge, in ultima analisi, che potrebbe risultare utile al momento della distribuzione delle risorse economiche alle Regioni, inserire un ulteriore parametro applicativo per quanto riguarda i “rilevanti differenziali di mobilità passiva che caratterizzano le scelte di cura degli utenti”¹⁸⁹ così da poter permettere alle Regioni con un elevato livello di mobilità passiva di poter comunque investire e potenziare la propria organizzazione interna, andando così a correggere le iniquità che spingono gli utenti a trasferirsi dalla propria Regione a un'altra¹⁹⁰. Spostandosi quindi da una Regione all'altra implicitamente gli utenti del Servizio sanitario nazionale esprimono un giudizio sul livello di soddisfazione del proprio Servizio sanitario regionale. Seguendo questo principio parrebbe evidente che quindi all'interno del

¹⁸⁸ Secondo gli ultimi dati rilevati dall'Ufficio parlamentare di bilancio, all'interno del focus tematico n. 6 del 2 dicembre 2019, *Lo stato della sanità in Italia*, p. 33

¹⁸⁹ Come suggerisce C. VENTIMIGLIA, *La valutazione delle performance nella Sanità: un'indagine comparata*, cit., p. 315.

¹⁹⁰ Ancora una volta C. VENTIMIGLIA, *Ibidem*, fa notare come nell'ultimo Patto per la Salute 2019/2021 venga evidenziato che il fenomeno della mobilità passiva quale fenomeno storico, non venga registrato quale espressione applicativa della libertà di scelta del paziente e che quindi vengano stabiliti interventi correttivi di tipo organizzativo. Appare necessario quindi stabilire un metodo chiaro di verifica dell'effettiva appropriatezza dei servizi offerti dagli erogatori con l'obiettivo, inoltre di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza degli erogatori accreditati pubblici e privati, per ristabilire una mobilità fisiologica ma non obbligata degli utenti.

Paese si preferisca di gran lunga il servizio sanitario offerto da Regioni del Nord Italia, in particolar modo il SSR Lombardo¹⁹¹.

Può essere utile, a questo punto, effettuare una rapida disamina del profilo economico – finanziario riguardante il Servizio Sanitario Nazionale. Al riguardo, si rileva come nel 2018¹⁹² si sia registrata una spesa sanitaria totale pari a 155,3 miliardi di euro, cioè l'1,3% in più rispetto all'anno precedente, pur registrando un rallentamento nella crescita della spesa sanitaria totale, poiché nel 2017 l'incremento registrato era pari all'1,8% rispetto al 2016. Se si considera il quinquennio (2014-2018), la spesa sanitaria totale ha avuto un incremento complessivo del 6%. A fianco della spesa sanitaria pubblica è utile analizzare anche come di pari passo la spesa sanitaria privata sia cresciuta di quasi 5 miliardi. Se si uniscono i due fattori, cioè la spesa *out-of-pocket* sostenuta dai cittadini, emerge che proprio quest'ultimi nel 2018 hanno sostenuto una spesa *out-of-pocket* pari a 35,9 miliardi di euro. Dai dati riportati nella figura 1 si evince che la spesa sanitaria privata pro capite delle regioni in Italia è costante per quanto riguarda gli anni che vanno dal 2011 al 2018. Le Regioni del Nord che già nel 2011 detenevano valori superiori

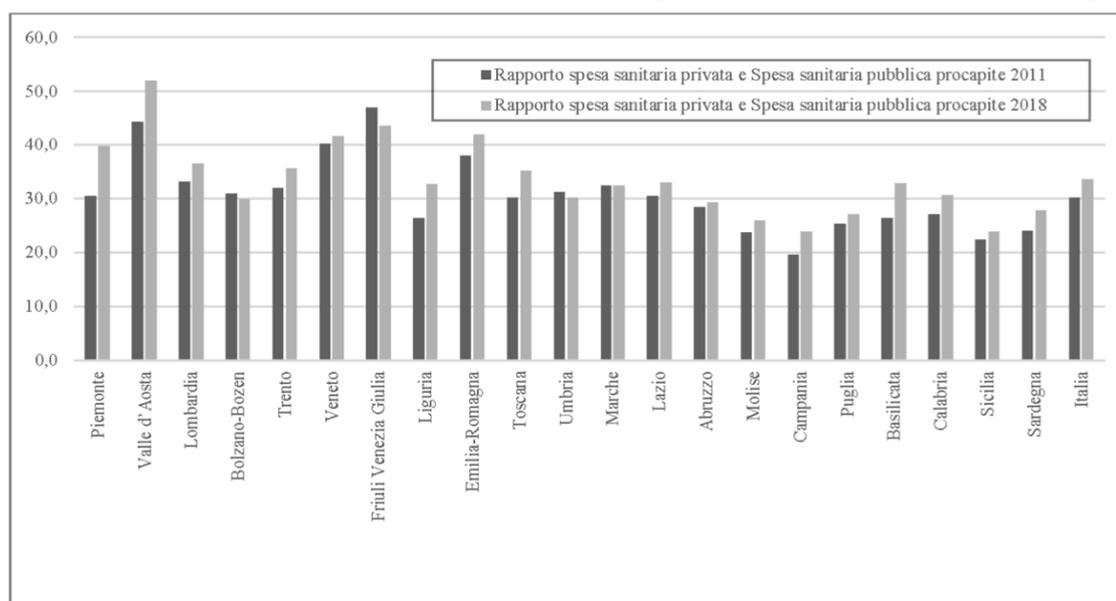


Figura 1 Rapporto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011, 2018, Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

alla media nazionale, anche nel 2018 registrano valori superiori alla media nazionale. Al contrario le Regioni del Sud Italia rispettivamente alla spesa sanitaria privata pro capite si posizionano sotto alla media nazionale. Effettuando un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per quanto riguarda gli ultimi anni presi in analisi, ossia dal 2011 al 2018, è possibile notare una crescita del rapporto a livello italiano: nel 2011 il rapporto tra spesa

¹⁹¹ Come spiega F. TOTH, *La sanità in Italia*, cit., la mobilità sanitaria e la soddisfazione espressa dai pazienti sono entrambi indicatori non solo della qualità in sé dei servizi sanitari, ma piuttosto della qualità percepita. La percezione degli utenti può essere distorta e non corrispondere all'effettiva qualità del servizio erogato. p.85.

¹⁹² Meridiano Sanità Le coordinate della salute, Rapporto 2019, iniziativa sostenuta da Amgen, Daiichi Sanyo, MSD, Pfizer e Sanofi, The European House, Ambrosetti.

sanitaria privata era pari al 30% della spesa pubblica, mentre invece nel 2018 il valore è cresciuto arrivando al 34%.

Nella figura numero 2 è possibile notare come tutte le Regioni, salvo la Provincia autonoma di Bolzano, registrino un tasso medio annuo formato dalla spesa privata positivo, mentre al contrario buona parte delle Regioni italiane presentano un tasso medio annuo composto di spesa pubblica negativo o inferiore alla media nazionale.

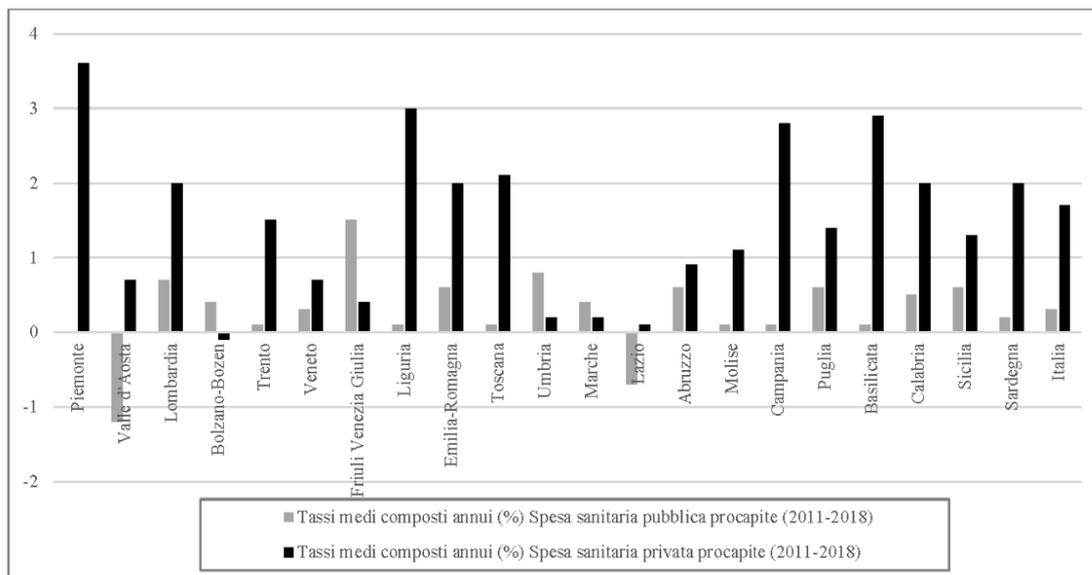


Figura 2 Tasso medio composto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011, 2018, Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

Dalla lettura della successiva tabella 1 si osserva che, in assoluto la spesa sanitaria lombarda in riferimento alle “altre prestazioni sociali in natura da privato” è effettivamente la più alta tra tutte le Regioni, registrando un incremento costante dal 2002 al 2019, ultimo anno preso in

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	1.022,6	1.091,4	1.213,7	1.158,0	1.212,9	1.299,6	1.485,2	1.548,2	1.633,6	1.595,3	1.590,1	1.514,5	1.498,8	1.509,2	1.504,6	1.531,9	1.588,7	1.625,0
Valle d'Aosta	14,1	17,5	21,0	23,2	24,5	26,3	16,8	18,0	20,7	22,5	24,2	24,5	23,2	22,3	22,0	20,8	21,7	21,9
Lombardia	2.973,3	3.168,0	3.590,6	3.865,5	4.127,6	4.363,1	4.691,4	4.898,7	5.218,8	5.258,1	5.249,6	5.417,8	5.434,4	5.512,4	5.652,2	5.782,8	5.724,4	5.918,7
Provincia autonoma di Bolzano	102,6	97,8	106,4	120,6	129,6	140,1	167,5	119,2	125,0	126,1	128,4	131,0	118,1	122,8	125,1	126,5	132,5	136,5
Provincia autonoma di Trento	80,1	85,0	93,2	98,1	100,9	107,5	111,8	121,2	131,6	138,3	152,5	150,5	148,3	147,5	148,4	157,6	161,8	172,2
Veneto	1.077,0	1.199,7	1.294,7	1.439,1	1.554,3	1.518,1	1.639,4	1.700,4	1.732,2	1.665,6	1.629,2	1.597,4	1.611,0	1.632,1	1.646,5	1.631,8	1.564,4	1.605,4
Friuli Venezia Giulia	146,8	164,8	174,0	182,3	192,7	213,2	239,9	253,0	266,2	274,0	274,2	269,4	263,9	229,6	243,5	256,1	272,4	279,7
Liguria	209,7	231,6	260,8	284,4	300,2	328,2	368,9	388,4	400,5	390,9	392,4	383,1	403,0	412,6	408,5	411,6	425,6	432,1
Emilia Romagna	785,5	833,0	912,8	934,1	977,1	1.045,8	1.136,4	1.162,9	1.199,8	1.222,3	1.285,0	1.336,2	1.400,2	1.451,8	1.438,5	1.446,1	1.522,2	1.567,2
Toscana	512,9	522,9	533,9	576,1	606,6	637,6	770,1	857,1	879,0	878,7	894,7	875,1	877,5	881,7	907,5	937,2	966,6	995,0
Umbria	116,7	126,3	137,9	147,3	153,7	160,9	176,1	185,1	186,8	187,8	188,2	189,3	194,4	199,9	202,7	208,0	212,0	222,1
Marche	192,6	214,5	236,6	254,4	269,9	279,0	297,7	313,0	323,8	349,1	353,5	348,3	360,9	362,2	382,9	406,9	425,0	435,5
Lazio	1.933,8	2.041,5	2.392,9	2.567,2	2.873,2	2.754,6	2.991,3	2.784,7	2.802,3	2.733,3	2.757,0	2.799,7	2.901,0	2.911,9	2.967,8	3.009,8	3.022,7	3.188,6
Abruzzo	324,9	342,5	369,8	422,5	435,1	449,4	381,1	390,0	346,3	369,3	366,2	367,5	362,6	367,2	380,7	384,8	388,8	400,2
Molise	64,4	89,0	87,0	124,1	123,3	130,7	139,3	139,8	154,8	151,7	165,2	167,3	173,6	165,5	158,0	164,8	167,5	172,3
Campania	1.571,6	1.622,3	1.741,0	1.845,1	1.785,7	1.893,8	1.954,9	2.044,9	2.172,1	2.204,1	2.161,1	2.226,0	2.228,3	2.254,5	2.301,3	2.326,5	2.410,7	2.438,8
Puglia	1.009,1	988,7	1.096,6	1.214,2	1.390,5	1.482,5	1.552,9	1.600,6	1.582,1	1.554,6	1.566,2	1.619,1	1.637,5	1.685,8	1.691,1	1.694,2	1.703,6	1.729,9
Basilicata	74,8	87,1	91,3	97,6	105,5	122,7	132,3	148,4	163,0	159,4	157,2	159,7	165,9	162,6	151,0	149,0	154,0	156,2
Calabria	396,3	398,6	426,8	462,4	516,3	523,5	576,4	603,8	574,1	587,4	588,5	600,8	606,3	611,6	621,7	625,5	628,4	636,7
Sicilia	1.165,1	1.286,8	1.441,0	1.594,7	1.654,8	1.626,1	1.739,2	1.756,6	1.879,0	1.924,3	1.961,5	1.946,6	1.972,2	2.025,8	2.060,0	2.101,7	2.131,3	2.152,6
Sardegna	261,4	264,4	309,4	321,2	331,3	341,5	376,8	403,6	420,2	438,2	447,7	460,6	467,4	475,9	471,5	459,6	453,5	463,2
ITALIA	14.035,3	14.873,4	16.531,5	17.732,2	18.865,8	19.444,1	20.945,3	21.497,7	22.211,9	22.231,0	22.332,5	22.584,3	22.848,6	23.144,9	23.487,6	23.833,3	24.077,6	24.750,0
<i>Spesa sanitaria corrente media</i>																		
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	816,1	863,0	953,5	1.014,9	1.091,4	1.143,3	1.245,8	1.301,8	1.263,0	1.264,0	1.268,7	1.288,4	1.305,9	1.326,9	1.349,0	1.389,5	1.398,1	1.439,7
Variazione %	5,8%	10,5%	6,4%	7,5%	4,7%	9,0%	4,5%	-3,0%	0,1%	0,4%	1,5%	1,4%	1,6%	1,7%	3,0%	0,6%	3,0%	
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	790,1	839,7	943,1	1.022,8	1.071,9	1.074,9	1.135,9	1.129,7	1.393,0	1.390,0	1.394,5	1.405,2	1.422,5	1.441,4	1.460,7	1.472,5	1.493,3	1.531,3
Variazione %	6,3%	12,3%	8,4%	4,8%	0,3%	5,7%	-0,5%	23,3%	-0,2%	0,3%	0,8%	1,2%	1,3%	1,3%	0,8%	1,4%	2,5%	
Autonomie speciali ^(c)	85,9	91,3	98,7	106,1	111,9	121,8	134,0	127,8	192,8	199,8	205,4	207,2	204,2	199,6	202,1	204,1	208,4	214,7
Variazione %	6,2%	8,1%	7,5%	5,5%	8,8%	10,0%	-4,6%	50,8%	3,7%	2,8%	0,9%	-1,5%	-2,2%	1,2%	1,0%	2,1%	3,0%	

Tabella 1 spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2002-2019 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali), Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

analisi (prima della diffusione della pandemia da COVID-19, che necessariamente ha alterato gli indici della spesa).

Questa breve analisi conduce all'individuazione dell'inizio di un fenomeno compensativo della spesa privata rispetto alla spesa pubblica. Questi dati risultano utili ai fini dell'analisi in corso specialmente per quanto riguarda la regione Lombardia. Infatti, come si analizzerà in modo più approfondito nel corso del terzo capitolo, il Sistema sanitario regionale lombardo si caratterizza sicuramente per un utilizzo efficiente delle risorse finanziarie ma non da meno per il grande ricorso a strutture e cure private da parte dei cittadini. I dati analizzati ne sono una prova¹⁹³: la Lombardia utilizza un elevato livello di risorse private in sanità, soprattutto per quanto riguarda le cosiddette "cure quotidiane", confermandosi comunque allo stesso tempo come un'eccellenza in cure specialistiche e interventi di alto livello, giustificando così l'utilizzo efficiente delle risorse finanziarie in sanità. Si può già anticipare l'aver trascurato la gestione del sistema distrettuale della sanità pubblica, privilegiando il comparto privatistico potrebbe aver inciso sulle dinamiche negative sviluppatesi nel corso della pandemia, da COVID-19, non riuscendo così a contribuire in modo efficiente a fronteggiare l'impatto (quantomeno quello iniziale) con l'emergenza.

¹⁹³ Interessante notare dai dati riportati nei grafici come allo stesso tempo altre Regioni come Liguria, Piemonte, Campania e Basilicata registrino un livello superiore di spesa sanitaria privata pro capite, non lasciando il Servizio sanitario regionale lombardo come un caso isolato.

Capitolo 3 – Sviluppo e peculiarità del Sistema dei Servizi Sanitari Regionali: i modelli regionali alla prova del COVID-19

3.1. La trasformazione dei Servizi Sanitari Regionali

Il percorso legislativo della tutela del diritto alla Salute in Italia ha registrato diversi e non omogenei profili evolutivi. Dal 1978, attraverso la l. 833, con la costituzione del Servizio sanitario nazionale che ha dato strutturata attuazione ai principi espressi dall'art. 32 Cost., si è giunti negli anni Novanta con le riforme sanitarie introdotte dalle leggi n. 502 del 1992, 517 del 1993 e n. 229 del 1999 a sanare gli squilibri economico-finanziari nella gestione del Servizio sanitario verificatesi fino ad allora, e a devolvere alle Regioni importanti compiti amministrativi e gestionali per quanto riguardava soprattutto la garanzia a tutti i cittadini utenti del SSN dei livelli uniformi di assistenza. Infatti, si andò ad individuare in modo chiaro la Regione quale nuovo soggetto titolare del servizio sanitario e le Aziende sanitarie come loro forma di gestione¹⁹⁴, limitando di molto le competenze in precedenza attribuite ai Comuni. I citati decreti legislativi hanno conferito quindi importanti funzioni amministrative alle Regioni nell'ambito socio-sanitario, le quali possono essere riassunte prevalentemente nella programmazione dei Piani Sanitari Regionali e nella attuazione del SSN attraverso le aziende sanitarie ed ospedaliere¹⁹⁵. In particolare, quindi, con la cosiddetta riforma Bindi, la n. 229 del 1999, emanata ancora a Costituzione invariata, è stato conferito il massimo impulso alla regionalizzazione della sanità, tant'è che, come è stato osservato in dottrina, “anche quando non vi è stato un apposito atto di recepimento o adeguamento legislativo, ha comunque dato origine a modificazioni rilevanti negli ordinamenti dei Servizi sanitari regionali”¹⁹⁶. Per esempio, proprio in Lombardia, l'entrata in vigore del d.lgs. n. 229 ha dato il via a una serie di aggiustamenti delle normative in ambito sanitario.

Il percorso evolutivo culmina nel 2001 con la legge costituzionale n. 3 recante la riforma del Titolo V, parte II della Costituzione, il cui art. 117 ridisegna completamente le competenze di Stato e Regioni in materia sanitaria. Inoltre, pur essendo affidata allo Stato la determinazione dei Livelli essenziali di assistenza, le Regioni, con risorse proprie, hanno avuto la possibilità di ampliarne l'ambito venendosi così a differenziare ulteriormente i diversi Sistemi sanitari regionali.

¹⁹⁴ Cfr. a tal proposito G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit, p. 99.

¹⁹⁵ L. LAMBERTI, *Diritto sanitario*, Milano: IPSOA, 2012, p. 47.

¹⁹⁶ R. BALDUZZI, *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazionale-regionale*, in *Le Regioni, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale*, n. 5, 2005, pp. 717-742, p. 722.

Le Regioni, quindi, oltre ad essere le detentrici dell'indirizzo tecnico, di promozione e di supporto delle aziende sanitarie locali, godono oggi di un'ampia autonomia legislativa e organizzativa nell'amministrazione dei propri sistemi sanitari e nella gestione della tutela alla salute. Nonostante il riconoscimento alle Regioni del potere di autogoverno, molte sono comunque rimaste le limitazioni imposte alle Regioni per far sì che permanga l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale, in adesione allo spirito originario della l. 833/1978 e con l'obiettivo di garantire la tutela della salute su tutto il territorio nazionale, senza distinzioni come previsto all'art.32 della Costituzione.

Molti sono i vincoli anche economici e di spesa che le Regioni si sono viste imporre e proprio questo aspetto rappresenta un vero e proprio limite all'autonomia delle Regioni in virtù anche del potere spettante al legislatore statale di garantire che vengano perseguiti gli obiettivi di finanza pubblica¹⁹⁷. Tuttavia, la necessità di implementare l'autonomia decisionale delle Regioni in ambito sanitario si dovette anche al fatto che un sistema altamente centralizzato e rigido come quello predisposto nel 1978, rischiava di non riuscire a dare risposte adeguate alle richieste e alle necessità degli assistiti. Allo stesso tempo iniziò a diventare molto difficile riuscire a controllare e gestire la spesa soprattutto derivante dalle attività delle USL¹⁹⁸.

Alla luce di quanto sommariamente premesso, è possibile quindi affermare che non esiste un unico modello sanitario all'interno del Paese. Infatti, come è stato acutamente osservato "ciascuna regione tende a modulare autonomamente il riparto delle funzioni di governo del settore sanitario tra diversi centri di imputazione, delineando una rete di strutture e di rapporti inter-amministrativi assolutamente originale, la quale non può essere letta al di fuori di una più generale analisi dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario di quella realtà regionale."¹⁹⁹ Proprio per questo motivo è possibile affermare che nonostante esistano alcune caratteristiche che accomunano alcuni dei modelli sanitari regionali, ogni sistema sanitario regionale per la maggior parte rappresenta un modello a sé stante unico e particolare. Se in un primo momento la differenziazione dei modelli regionali ha riguardato solamente il punto di vista prettamente organizzativo e di erogazione delle prestazioni volte alla tutela della salute, in un secondo momento le scelte regionali si sono differenziate anche per quanto concerne le decisioni di politica sanitaria, di quantità e qualità delle prestazioni da erogare. I modelli regionali sanitari nascono da diverse scelte delle stesse Regioni per ciò che riguarda l'organizzazione, il funzionamento e la vigilanza delle aziende sanitarie, le attività di accreditamento, di assistenza indiretta e l'adozione di altri importanti provvedimenti che

¹⁹⁷ Cfr. E. GRIGLIO, *L'organizzazione istituzionale per la tutela della salute in ambito regionale*, in R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, 2013, p. 219.

¹⁹⁸ A. TANESE, *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull'evoluzione del SSN*. In *La formazione manageriale*, cit. p. 24.

¹⁹⁹ *Ibidem*, p. 219.

vengono assunti con riguardo all'assistenza ospedaliera, territoriale e farmaceutica²⁰⁰. Ma le differenze esistenti tra i diversi modelli regionali non nascono solamente dalle norme regionali, contenute per lo più in fonti di rango primario²⁰¹, in quanto esse derivano talvolta da scelte squisitamente politiche, da situazioni sanitarie che variano da regione a regione o più semplicemente dal momento storico in cui ci si trova.

Oltre al mero profilo economico che differenzia i diversi modelli regionali sanitari, ad oggi è possibile distinguere i modelli sanitari in base a tre principali differenziazioni. In primo luogo i modelli regionali di assistenza sanitaria si distinguono in base alla realtà assistenziale di riferimento e ai bisogni della popolazione; inoltre in questo caso è utile osservare quanto possa incidere talvolta anche la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie che vengono richieste²⁰², (per esempio come si è potuto evincere dai dati riportati nel secondo capitolo, l'intervento privato in sanità risulta non totalmente essenziale soprattutto nelle Regioni del Nord Italia, seppure in Regioni come la Lombardia sia largamente utilizzato, mentre le strutture private crescono al Centro e infine esse risultano essenziali per colmare certi deficit nel Sud Italia).

In secondo luogo, i modelli regionali si possono qualificare come *aperti*, quindi in un certo senso concorrenziali poiché le strutture sono messe nelle condizioni di poter competere tra di esse, come nel caso lombardo. I modelli cosiddetti aperti si caratterizzano prevalentemente sulla competizione delle strutture erogatrici, si basano su un'uguale remunerazione delle prestazioni in loro favore e su un più ampio riconoscimento della libertà degli utenti del SSR.

I modelli opposti possono essere definiti come *programmati* ossia modelli in cui prevale il ruolo amministrativo e gestionale del titolare del servizio di erogazione di prestazioni sanitarie. In questo caso i modelli maggiormente programmatici, si fondano su una stretta regolamentazione dell'accesso al mercato, intesa come definizione del metodo dell'accreditamento per le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie private. I modelli di tipo programmato risultano più conformi al decreto legislativo n. 229 del 1999, qui infatti l'Azienda sanitaria locale mantiene la maggior parte della gestione dei servizi, soprattutto ospedalieri, avendo in mano soltanto una parte minima di committenza verso l'esterno.

²⁰⁰ Cfr. a tal riguardo G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit, p. 102.

²⁰¹ Tali norme si affiancano alla legislazione nazionale che come esposto pocanzi, hanno dato impulso alla differenziazione dei modelli sanitari regionali.

²⁰² Cfr. a tal riguardo G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit, p. 102.

Infine, i modelli regionali si differenziano prevalentemente per il ruolo delle Aziende sanitarie locali. Esse, infatti, possono essere committenti o erogatrici (o produttrici) dirette delle prestazioni sanitarie. Non meno importante risulta il minore o maggiore coinvolgimento delle risorse private, che può influire sul modello sanitario regionale²⁰³. In linea più generale possiamo anche distinguere tra modelli sanitari che da una parte “rimarcano il loro essere dentro il Servizio sanitario nazionale”²⁰⁴ talvolta introducendo degli scostamenti dal SSN ma non tanto importanti da poter uscire dallo stesso, e dall’altra modelli che si scostano in modo quasi netto, come il caso lombardo. Qui, infatti, sono state attuate diverse riforme organizzative indirizzate a scindere i presidi e le strutture ospedaliere dalle Aziende sanitarie locali. Così facendo si andò a creare un’ASL con il solo ruolo di finanziatrice, cioè che acquisiva all’esterno le prestazioni sanitarie da erogare da soggetti pubblici e privati. Sulla base di queste prerogative a partire soprattutto dagli anni Novanta, è emerso un sistema sanitario nazionale articolato a sua volta in molteplici Servizi Sanitari Regionali.

Il sopracitato sistema sanitario regionale programmato²⁰⁵ di cui spesso si prende come esempio il modello emiliano-romagnolo, rende il controllo della spesa sanitaria regionale più efficace. Qui le Aziende sanitarie locali ricoprono contemporaneamente il ruolo di finanziatore ed erogatore facendo affidamento prevalentemente sulle strutture pubbliche, mantenendo unitario il luogo di produzione delle prestazioni. Mentre il modello aperto o competitivo come quello lombardo fa sì che vengano effettuati ampi accreditamenti e pone il paziente in un contesto di totale libertà di scelta “eliminando le barriere d’accesso ai nuovi soggetti erogatori del mercato ed abbattendo le liste d’attesa”²⁰⁶. In questo caso le Aziende sanitarie esercitano una gestione contenuta dei servizi sanitari indirizzati ai cittadini, detenendo un ruolo per lo più di terzo pagante, creando un contesto di separazione quasi totale tra finanziamento e produzione. Proprio la Lombardia sembra essere l’unica regione ad aver optato per questo tipo di gestione sanitaria, separando quasi completamente le due funzioni rispettivamente di acquisto e di erogazione, mettendo sullo stesso piano erogatori privati e pubblici e togliendo alle Aziende sanitarie il ruolo di principale erogatore dei servizi. Il modello lombardo, inoltre come si avrà modo di analizzare più nel dettaglio nel corso del capitolo, non si limita al ricorso agli erogatori privati solamente per quanto riguarda la produzione dei servizi, ma procede anche alla privatizzazione delle Aziende ospedaliere ricorrendo in generale a ingenti risorse private

²⁰³ Ibidem, p. 103. Infatti, il minore o maggiore coinvolgimento delle risorse private può avvenire non solo in sede di erogazione delle prestazioni, ma anche nell’ambito dello svolgimento delle attività strumentali all’esercizio di compiti istituzionali.

²⁰⁴ R. BALDUZZI, *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, LUISS Guido Carli, Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet", 2005, p. 16.

²⁰⁵ Definito anche protezionista

²⁰⁶ G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit, p. 103.

nella predisposizione dei mezzi e nella gestione del servizio pubblico²⁰⁷. Così facendo il secondo modello però rischia di dilatare eccessivamente la spesa sanitaria. Infatti, ricorrendo a un importante sistema di gestione concorrenziale della sanità si potrebbe rischiare di incorrere in un ingente disavanzo economico, poiché con un'offerta troppo ampia di servizi sanitari e sbilanciandosi in modo “esagerato” sulla domanda, il sistema potrebbe rischiare di divenire insostenibile²⁰⁸.

Un'ulteriore differenza fondamentale tra i diversi modelli sanitari regionali riguarda la funzione attribuita alle Aziende Sanitarie Locali e il numero delle stesse all'interno della Regione. Innanzitutto, si è posto in capo alle Regioni il dovere di scegliere il numero di ASL in cui suddividere il proprio territorio. A tal proposito emerge che alcune Regioni presentano Aziende sanitarie di dimensioni²⁰⁹ ridotte, nonché inferiori ai 250.000 abitanti come per esempio in Valle d'Aosta, Friuli-Venezia-Giulia, Sardegna e Veneto, e quindi così facendo in queste regioni si trovano un maggior numero di ASL dislocate all'interno del territorio ma in dimensione più contenute. Mentre in altre Regioni, come ad esempio la Lombardia, la Puglia, e la Campania le ASL superano i 650.000 residenti. Infine, nelle Marche esiste un'unica Azienda sanitaria che assiste tutta la popolazione. Nella maggior parte dei casi l'ambito di competenza delle ASL coincide proprio con quello provinciale. Il fatto che sia possibile riscontrare in alcune regioni la presenza di ASL di piccole-medie dimensioni mentre in altre di maggiori dimensioni, spesso dipende proprio dal numero delle province esistenti nella stessa²¹⁰. Oltre alla Regione Marche anche il Molise presenta una sola Azienda sanitaria, in questi casi si parla di ASL sovraprovinciali, mentre la regione Veneto inizialmente presentava 21 Aziende sanitarie rispetto alle sette province, ma dal 2016 ha optato per un accorpamento delle 21 Asl in 9 nuove ULSS²¹¹. L'idea che con Aziende sanitarie locali di maggiori dimensioni sia possibile abbassare i costi di gestione e che quindi siano preferibili dal punto di vista economico-gestionale, ha portato a una contrazione del numero delle ASL, (per esempio la Regione Toscana è passata da 12 Aziende sanitarie locali a 3). In base alle diverse forme di coordinamento a cui ricorrono le Regioni, è possibile parlare inoltre di Area vasta, una forma di coordinamento sovraziendale dove le Aziende sanitarie locali possono delegare determinati processi di acquisto o altre funzioni tecnico-amministrative come anche l'espletamento delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale o la gestione dei sistemi informativi. È

²⁰⁷ Ibidem, p. 105.

²⁰⁸ Ibidem, p. 105, secondo gli Autori visti gli ingenti rischi in cui si incorre nello sbilanciare il sistema sulla domanda, nel corso degli anni la stessa regione Lombardia ha ridimensionato l'impostazione puramente aperta originariamente perseguita, introducendo parametri di programmazione e vincoli e tetti di spesa valevoli per le richieste di accreditamento e la produzione dei servizi, nonostante l'inevitabile abbattimento delle liste d'attesa.

²⁰⁹ Con il termine dimensione si intende la numerosità della popolazione residente.

²¹⁰ Un'eccezione interessante è la suddivisione delle Aziende sanitarie locali della città metropolitana di Roma, dove è possibile riscontrare la presenza di 8 ASL, questo perché la città detiene una popolazione di 4 milioni di abitanti.

²¹¹ Inoltre, è stata prevista la creazione della cd. Azienda Zero nella Regione Veneto, di cui si tratterà nel corso del paragrafo 3.2.

possibile ritrovare forme di coordinamento in area vasta in Toscana, Emilia-Romagna, Veneto e Marche²¹². In Toscana, ad esempio, le tre Aziende sanitarie locali sono raggruppate in tre Aree Vaste, ognuna dotata di un'Azienda Ospedaliero-universitaria di riferimento.

Le Regioni hanno inoltre avuto la possibilità di poter amministrare in modo differenziato la gestione degli ospedali, scegliendo se affidarli alla gestione diretta delle Aziende sanitarie locali o se trasformarli in aziende ospedaliere autonome. In base alle scelte effettuate dalle Regioni è possibile individuare due modelli, il cosiddetto modello *integrato*, in cui gli ospedali della Regione vengono gestiti prevalentemente dalle stesse Aziende sanitarie locali o solo pochi ospedali all'interno della regione, specialmente se di grandi dimensioni, vengono costituiti in Aziende ospedaliere di grandi dimensioni. In questo modo lo scopo è quello di favorire prevalentemente l'assistenza intesa come il raccordo tra cure ospedaliere e territoriali²¹³. Questo modello è stato adottato dalla maggior parte delle regioni, tantoché per esempio nelle regioni Valle d'Aosta, Marche, Abruzzo, Trentino-Alto Adige, Liguria e Molise non è presente nessuna azienda ospedaliera. Il modello opposto è quello *separato*, dove al contrario gli ospedali in questo caso sono incorporati dalle rispettive Aziende sanitarie locali e accorpati in aziende ospedaliere autonome. Il modello separato risulta essere prevalentemente utilizzato dalle regioni con modello cosiddetto competitivo, poiché la gestione separata delle Ao (Aziende Ospedaliere) rispecchia maggiormente il voler mantenere separate le funzioni di finanziamento delle prestazioni, in capo alle Asl, da quelle di erogazione dei servizi e cure sanitarie specialistiche, incentivando così ancora una volta la concorrenza tra fornitori pubblici e privati. In altre Regioni come per esempio l'Emilia-Romagna, il Lazio, la Campania, la Toscana e la Calabria, solamente ospedali di dimensioni consistenti sono stati costituiti in aziende ospedaliere; in Campania è possibile trovare 9 aziende ospedaliere o 6 nel Lazio, ma comunque anche in questi casi la gestione della maggior parte degli ospedali presenti in queste regioni rimane sotto il controllo delle Asl. Il Piemonte e il Friuli-Venezia Giulia costituiscono un modello ibrido tra modello separato ed integrato, infatti in queste regioni è possibile trovare la metà delle strutture ospedaliere gestite ed amministrare dalle Aziende sanitarie locali di competenza, mentre le restanti fanno parte di un'azienda ospedaliera. Anche il caso della regione Sicilia è particolare poiché fino al 2009 era possibile trovare 17 Ao cui facevano capo almeno un terzo degli ospedali regionali, mentre dal 2009 le aziende ospedaliere sono state ridotte e ad oggi la maggior parte degli ospedali ricadono sotto la gestione delle Aziende sanitarie di competenza²¹⁴. Diverso è il caso della Lombardia, che anche in questo contesto presenta un'organizzazione peculiare rispetto alle altre regioni italiane. Innanzitutto, la regione Lombardia ha optato per un modello separato nella gestione degli ospedali, in linea con le sue

²¹² Ibidem, è possibile ritrovare forme simili di gestione anche in Sicilia e Umbria.

²¹³ Ibidem, p. 67.

²¹⁴ Ibidem, p. 67.

scelte di voler favorire un mercato concorrenziale tra fornitori pubblici e privati. In Lombardia operano attualmente 90 ospedali di cui solamente 2 di questi operano all'interno della rispettiva Azienda sanitaria locale. I restanti ospedali presenti sul territorio lombardo sono stati nel corso degli anni scorporati dalle rispettive Asl e suddivisi in 29 aziende ospedaliere.

I diversi modelli sanitari regionali fino a qui elencati possono variare anche in base alla quantità di fornitori pubblici e privati che vengono coinvolti nella predisposizione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, in quanto le aziende sanitarie sono libere di poter scegliere se erogare in prima persona le prestazioni sanitarie o se commissionarli a terzi soggetti privati convenzionati o accreditati. Seppure il ricorso a strutture e fornitori privati, per motivi già esaminati, sia quasi indispensabile al Sud, le regioni più propense ad abbracciare la fornitura privata risultano essere la Regione Lombardia e la Regione Lazio. Ciò non sorprende viste le scelte gestionali della Regione Lombardia che opta principalmente per una gestione aperta, concorrenziale e altamente privatizzata. Al contrario in regioni come la Toscana, la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia Giulia, l'Umbria e la provincia autonoma di Bolzano il livello di fornitori privati è irrilevante. Per quanto riguarda il Sud della Penisola si riscontra un elevato livello di fornitori privati prevalentemente in Puglia, Sicilia, Molise e Campania. L'entrata in scena degli erogatori privati ebbe inizio con il decreto legislativo n. 502 del 1992 che abbandonò il modello convenzionale²¹⁵. Dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 502/1992 sarebbe spettato infatti proprio alle Regioni stabilire quale fosse il fabbisogno di offerta ospedaliera, verificare eventualmente quanta parte di essa non fosse sostenibile solamente dalle strutture pubbliche e quindi, eventualmente, procedere con la stipula di convenzioni con le strutture ospedaliere private. Con il d.lgs. n. 502/1992 si volle recuperare efficienza ed efficacia. Saranno quindi le Regioni attraverso i loro Piani Sanitari Regionali a determinare in che modo e in che misura affidare l'erogazione delle prestazioni sanitarie a fornitori privati. Così facendo tre furono i punti di svolta principali, in primis si andò a cambiare la classica distinzione tra soggetto detentore dei fondi e soggetto produttore dei servizi, dove si pose da una parte come soggetto detentore dei fondi il soggetto pubblico nonché l'Azienda sanitaria locale, e dall'altra parte il produttore che può essere pubblico e quindi l'azienda ospedaliera o il privato. Il secondo punto di cambiamento fu sicuramente il passaggio da un rapporto di sussidiarietà tra strutture pubbliche e private a un rapporto di parità tra di esse. Infine, venne previsto che le Regioni e le Aziende sanitarie locali dessero vita all'instaurazione di "nuovi rapporti, fondati sul

²¹⁵ G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit, p. 263. Gli autori illustrano come il modulo convenzionale si adattasse ad un modello di amministrazione tradizionalmente intesa come autoritativa, prevedendo una formalizzazione preventiva o successiva a livello nazionale. con il modello pubblicistico si imponeva una determinata disciplina dell'organizzazione e dell'attività a soggetti dell'ospedalità privata operanti in un settore di pubblico interesse. La posizione dei presidi sanitari privati risultava quindi di subordinazione-sussidiarietà rispetto alla rete ospedaliera primaria che era quella pubblica. Con il sistema convenzionale il ruolo dell'ospedalità privata era principalmente integrativo.

meccanismo dell'accreditamento delle istituzioni" in modo tale da accertare l'idoneità del soggetto erogatore privato.

Infine, un elemento essenziale che distingue i diversi modelli sanitari regionali è indubbiamente l'assistenza ospedaliera territoriale che, come si vedrà più nel dettaglio, andrà ad influire in modo preponderante sugli sviluppi della sanità lombarda durante la pandemia intercorsa durante il 2020. La prima decisione alla quale sono chiamate a rispondere le Regioni è quante risorse destinare alle cure ospedaliere o extraospedaliere. Le cure extraospedaliere risultano talvolta molto più importanti rispetto alle cure ospedaliere poiché esse racchiudono tutte le cure domiciliari e i servizi prevalentemente territoriali, essenziali soprattutto per le fasce della popolazione più deboli e per rispondere a una serie di nuovi bisogni degli utenti del Servizio sanitario nazionale, a fronte di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche. Dall'altra parte è importante potenziare e differenziare l'offerta in strutture alternative all'ospedale, come ad esempio le strutture finalizzate alla riabilitazione, le residenze sanitarie assistenziali o gli *hospice*²¹⁶. Una evidente conseguenza del voler potenziare l'assistenza sanitaria distrettuale e territoriale è indubbiamente l'abbondante contrazione dei posti letto registrata negli ultimi anni. Infatti, l'offerta ospedaliera è drasticamente cambiata con una riduzione di più del 50% dei posti letto, passati da 530.000 unità a 215.000. Ovviamente tale riduzione ha colpito in modo prevalente il settore pubblico dell'assistenza sanitaria, facendo aumentare in modo proporzionale i posti letto offerti da privati, dal 14.7% del 1978 agli attuali 20,4%²¹⁷. Si evince inoltre un cambiamento nella tipologia dei posti letto che vengono a mano a mano modificati. Infatti, mentre si assiste a una drastica diminuzione dei posti letto psichiatrici e di tutte le aree di degenza, allo stesso tempo è possibile osservare il triplicarsi dei posti letto in terapia intensiva.

Ogni Regione è quindi chiamata a ripartire il proprio budget sanitario in base a tre voci precise quali l'assistenza ospedaliera, cioè la prestazione di tutte le cure che vengono erogate all'interno degli ospedali; l'assistenza territoriale, per la quale si intendono le cure erogate dai medici di medicina generale e dai pediatri, l'assistenza specialistica ambulatoriale, il servizio della guardia medica, l'assistenza domiciliare, la farmaceutica convenzionata, i servizi territoriali e residenziali per le persone più anziane o in difficoltà come persone diversamente abili e soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o alcool, e l'assistenza collettiva, come vaccinazioni, tutela sanitaria e controllo degli alimenti, la sanità pubblica veterinaria e la promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro²¹⁸. Come destinare i budget regionali

²¹⁶ F.TOTH, *La Sanità in Italia*, cit.

²¹⁷ Cfr. M. GEDDES DA FILICAIA, *Il Servizio Sanitario nazionale dopo 40 anni*, monografia in *Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, vol. 62, n.4, ottobre-dicembre 2018: pp. 452-467, La riduzione dei posti letto è stata trainata da una diminuzione del tasso di ospedalizzazione che, dopo un incremento negli anni Ottanta, si è nettamente ridotto attestandosi attualmente a 141 per 1.000 abitanti.

²¹⁸ F.TOTH, *La Sanità in Italia*, cit.

in ambito sanitario risulta fondamentale per la Regione, e viene deciso sulla base delle indicazioni nel Patto per la salute. In particolare, il Patto per la salute 2010-2012 impegnò il Governo a incrementare il finanziamento per la sanità e le Regioni ad attivare comportamenti virtuosi che assicurassero l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza²¹⁹. Come è stato già illustrato, il Patto per la salute aveva come principale obiettivo quello di perseguire il miglioramento della qualità del servizio sanitario, seppur rimanendo fedeli ai vincoli di spesa. Firmando il primo Patto per la salute 2010-2012, le Regioni italiane si impegnarono a suddividere il proprio budget sanitario destinando il 5% all'assistenza collettiva, il 51% all'assistenza territoriale e il 44% destinato all'assistenza ospedaliera. Prima della sottoscrizione del Patto per la Salute solamente le regioni Emilia-Romagna e Toscana rispecchiavano già i target fissati dal Patto: “probabilmente esse sono state individuate come modelli virtuosi che le altre regioni dovrebbero imitare”²²⁰.

In sintesi, le Regioni dopo il lungo periodo di riforme che ha toccato la sanità italiana negli anni Novanta, arrivando al culmine di tale cambiamento nel 2001 con la modifica del Titolo V della Costituzione hanno delineato a delineare i propri sistemi sanitari, determinando ulteriori differenze rispetto a quelle già esistenti tra le diverse regioni della Penisola, a seguito della possibilità di stabilire il numero e le dimensioni delle Aziende sanitarie locali, di scegliere se collocare o non collocare le strutture ospedaliere all'interno delle Asl oppure se scinderle formando Aziende ospedaliere autonome, potendo decidere il volume delle prestazioni sanitarie erogate da fornitori privati accreditati, e infine scegliendo come ripartire i budget regionali tra cure ospedaliere o territoriali. In base alle scelte operate dalle regioni nel seguire questi criteri, pur non potendo negare che molte sono le differenze in ambito sanitario esistenti all'interno del Paese, è possibile notare come sussistano alcuni gruppi di regioni che comunque seguono una linea comune nella garanzia del diritto alla salute: la Valle d'Aosta, il Veneto, la Liguria, l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Umbria e la Basilicata hanno Aziende sanitarie locali di piccole-medie dimensioni, modello integrato, un ricorso minimo a fornitori privati e un'elevata spesa per l'assistenza territoriale rispetto a quella ospedaliera. Altre regioni come ad esempio il Piemonte, e il Friuli-Venezia Giulia si allontanano di poco dal primo gruppo di regioni, e soltanto per quanto riguarda la gestione degli ospedali che risultano essere prevalentemente accorpati all'interno di Aziende ospedaliere. La Sardegna presenta una spesa ospedaliera maggiore rispetto a quella italiana, mentre le province autonome di Trento e Bolzano hanno Aziende sanitarie locali più grandi rispetto alla media nazionale.

Le regioni Lazio e Sicilia si diversificano in modo più accentuato dal precedente gruppo di regioni. Infatti, esse ricorrono in modo ampio a fornitori privati e organizzano la propria

²¹⁹ V.MARANGI, *Un nuovo “Patto per la salute 2010-2012”: cornice istituzionale, in amministrativamente*, numero 11, novembre 2009.

²²⁰ F.TOTH, *La Sanità in Italia*, cit., p. 73.

spesa sanitaria favorendo il budget destinato alla spesa ospedaliera. Anche Puglia e Campania si distinguono sia per le Aziende sanitarie di grandi dimensioni sia per le prestazioni sanitarie affidate prevalentemente ai fornitori privati.

L'unica Regione che presenta un modello sanitario particolarmente diversificato rispetto alle altre Regioni è la Lombardia. Essa, non solo presenta una tipologia di Asl molto più ampia rispetto a quelle delle altre regioni, ma ha adottato un modello separato puntando molto sull'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di soggetti prevalentemente privati²²¹.

La differenziazione, sviluppatasi sulla base di principi prettamente politico-economici, si riflette sullo stesso riparto delle competenze “tra legislazione statale di principio e la corrispondente competenza regionale di dettaglio (prima in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, poi in materia di tutela della salute), e quindi della coesione dei diversi “modelli” regionali²²²”.

3.1.1. La costituzione del modello Sanitario Lombardo

Come evidenziato nel corso della prima parte del capitolo, l'evoluzione legislativa che ha accompagnato lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale ha creato diversi modelli regionali sanitari, con diverse attribuzioni per quanto riguarda i ruoli di erogazione e acquisto delle prestazioni tra la regione e le aziende sanitarie, tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere e tra erogatori pubblici e privati, ma non solo. Infatti, si è visto come anche il rapporto tra domanda e offerta risulti essenziale per distinguere i diversi modelli.

Dal punto di vista prettamente giuridico la disciplina si è concentrata prevalentemente su due aspetti chiave riguardanti l'assetto politico-istituzionale in relazione al diverso operato delle Regioni. Il primo aspetto si fonda sulla valorizzazione del principio costituzionale di solidarietà sociale²²³, con particolare riferimento ai legami e le interazioni esistenti tra la tutela del diritto alla salute e come il servizio pubblico viene organizzato rispetto all'assistenza sanitaria, mentre il secondo aspetto al contrario si concentra prevalentemente sulla concorrenza e sulla libertà di scelta degli utenti e quindi di come il SSN e i vari modelli regionali rispondono al bisogno del cittadino²²⁴.

²²¹ Ibidem, come spiega F. TOTH, seppur risulti difficile trovare una vera e propria schematizzazione dei modelli sanitari regionali, è possibile affermare che in base alle principali differenziazioni elencate all'inizio del capitolo esiste un modello prevalente utilizzato dalla maggioranza delle regioni anche utilizzato dell'Emilia-Romagna e della Toscana. All'opposto di tale modello si trova quello Lombardo con caratteristiche che lo rendono unico all'interno del Servizio sanitario nazionale. Nel mezzo è possibile collocare il resto delle regioni che si trovano ad adottare modelli sanitari più simili a quelli di Emilia-Romagna e Toscana, fatta eccezione per Campania, Lazio, Puglia e Sicilia che per molti aspetti tendono anch'essi a distaccarsi dal modello prevalente, pp. 73-75.

²²² E. GRIGLIO, *La regolazione in ambito regionale alla luce dell'esperienza della Regione Lombardia*, In Astrid, 2009, p.3.

²²³ E. GRIGLIO, *La regolazione in ambito regionale alla luce dell'esperienza della Regione Lombardia*, cit., p.3.

²²⁴ V. R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà «orizzontale»*, in *Quaderni regionali*, 2004, p. 12 ss.

È importante ricordare che il Servizio sanitario nazionale basa la gestione dell'erogazione di prestazioni sanitarie sul regime cosiddetto delle "quattro A", *autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi negoziali*, ossia una serie procedimentale articolata in quattro passaggi che regolano la programmazione sanitaria insieme all'accreditamento delle strutture sanitarie. Tale regime trova come norma di riferimento il terzo comma dell'articolo 8 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come successivamente modificato dal d.lgs. 229/1999, il quale stabilisce che "la realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN e l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'art. 8 ter, dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater, nonché alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie". Inizialmente il regime si presentò come sistema cd. *Aperto*, ma con l'emanazione del d.lgs. 229/99 si pervenne ad un modello più *rigido*, essendo le autorizzazioni a loro volta condizionate dalla programmazione regionale oltre che dalla verifica dei requisiti strutturale e organizzativi.

Il primo adempimento è costituito dall'autorizzazione alla realizzazione, nel senso che la Regione ha il dovere di valutare la struttura sanitaria nel complesso, nonché i progetti di costruzione o i progetti di trasformazione di strutture già esistenti, in base a criteri predeterminati e soprattutto in base al fabbisogno del territorio, dovendosi fare garante dell'accessibilità delle strutture e calcolando le possibili conseguenze ed i possibili effetti dell'offerta di servizi sanitari sulla domanda. Il secondo passaggio è rappresentato dall'autorizzazione all'esercizio, attraverso la quale la Regione risponde alle esigenze di assicurare standard minimi di sicurezza e qualità delle prestazioni ed evitare il fenomeno dell'esercizio abusivo delle professioni, richiedendo il possesso di determinati requisiti in presenza dei quali al soggetto individuato dalla legge regionale è rilasciato il provvedimento. Il terzo passaggio concerne l'accreditamento istituzionale, attraverso il quale vengono verificate le ulteriori condizioni di idoneità richieste agli enti e alle strutture future erogatrici di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario pubblico, anche in base alla programmazione regionale. Di conseguenza, le strutture private autorizzate, per vedersi riconosciute l'attestato di qualità ad assumere lo status di potenziale di erogatrici di prestazioni per conto del SSN, dovranno ottenere il provvedimento di accreditamento istituzionale rilasciato dalla Regione. Il rilascio dell'accreditamento avviene su richiesta dell'interessato ed è subordinato alla rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta ed i risultati ottenuti. La serie procedimentale si conclude con la stipulazione degli accordi contrattuali, necessari per consentire alle strutture autorizzate ed accreditate di passare da

semplici potenziali erogatori a soggetti esercenti il servizio pubblico. Infatti, per la sussistenza di un rapporto concessorio di servizio pubblico nel settore sanitario non è sufficiente la posizione di accreditamento, istituzionale o provvisorio della struttura privata ma occorre anche l'apposito accordo che stabilisca il tipo di prestazioni erogabili e i relativi volumi massimi oltre che il corrispettivo preventivato a fronte dell'attività concordate²²⁵. L'accordo contrattuale, inoltre, consente alle Regioni di individuare i soggetti che hanno effettivamente titolo ad erogare prestazioni con costi a carico del servizio sanitario²²⁶. Esso è quindi lo strumento essenziale, per selezionare i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie per conto Servizio sanitario nazionale, con il principale scopo di creare un sistema tendenzialmente programmato. Nei sistemi programmati il cittadino che usufruisce delle prestazioni sanitarie, gode di libertà di scelta solamente tra le strutture accreditate poiché la distribuzione dei fondi tra soggetti erogatori dipende in parte anche dalla programmazione sanitaria decisa dalla Regione²²⁷. Al contrario nei sistemi aperti le strutture che superano il procedimento di accreditamento, che presentano tutti i requisiti previsti e che accettano la remunerazione a prestazione entrano a concorrere nel mercato del servizio sanitario nazionale e pubblico ma giocano in un sistema concorrenziale poiché dovranno allo stesso tempo essere capaci di attrarre le scelte degli utenti, proprio come accade nei classici mercati concorrenziali.

Fin dall'avvio del processo di riordino del Servizio sanitario nazionale e quindi principalmente a partire dalle riforme degli anni Novanta, il sistema lombardo ha effettuato determinate scelte organizzative volte a differenziare dal resto delle Regioni il proprio assetto sanitario.

In Lombardia, almeno fino alle prime fasi di sviluppo, il sistema ha voluto rimanere prevalentemente aperto per due motivi principali: il primo dovuto al fatto che la realizzazione di una struttura sanitaria e sociosanitaria non avrebbe richiesto una preventiva autorizzazione, poiché l'autorizzazione rimaneva limitata al solo esercizio, sia anche perché l'accreditamento avrebbe rappresentato solo una certificazione della qualità di una struttura autorizzata, a prescindere dai vincoli, di fabbisogno o finanziari, dati dalla programmazione regionale. Tali vincoli trovavano invece applicazione solo nella terza fase, ossia durante la stipula degli accordi negoziali. Le motivazioni delle particolarità del sistema lombardo possono essere ricondotte alla volontà di favorire la creazione di strutture sanitarie e sociosanitarie al fine di rispondere ed essere in grado di soddisfare l'alta domanda assistenziale regionale non a carico del fondo sanitario nazionale e nella volontà di disporre di strutture sanitarie già accreditate che possano diventare in tempi molto brevi erogatori a carico del Servizio sanitario nazionale attraverso la

²²⁵ G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, cit.

²²⁶ R. BALDUZZI, *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., p. 401.

²²⁷ *Ibidem*, cit., p. 401.

stipula del contratto, “in caso di ampliamento dell’offerta assistenziale o di cessazione di precedente erogatore a contratto”²²⁸.

Infatti, con la legge regionale n. 31 del 1997, recante Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali, il Servizio sanitario regionale lombardo venne ufficialmente indirizzato verso un modello sanitario aperto, distinguendosi dalle altre regioni e puntando quindi sulla separazione tra acquirenti e fornitori. La legge regionale in questione prevedeva infatti che i presidi ospedalieri, anche se non aventi i requisiti previsti dalla legge per divenire Aziende ospedaliere, dovessero afferire a un’Ao in possesso dei requisiti richiesti e che continuassero quindi ad essere considerati presidi ospedalieri²²⁹. L’esempio singolare della Regione Lombardia mostra come questo modello sanitario regionale punti prevalentemente all’efficienza nell’erogare prestazioni sanitarie e allo stesso tempo alla perfetta concorrenza di mercato in ambito sanitario, separando completamente gli ospedali dalle Aziende sanitarie locali, rispondendo all’esigenza data dalle scelte regionali di separare la funzione di produzione affidata alle Aziende ospedaliere da quella di finanziamento di competenza delle Aziende sanitarie locali, costituendo così la condizione necessaria ma non sufficiente per creare per l’appunto un sistema di concorrenza tra ospedali pubblici e privati accreditati²³⁰.

Il contenuto dell’articolo 1, comma 1, lettera e) della l.n. 31 del 1997 spiega come la Regione Lombardia volesse gestire il suo sistema sanitario regionale ponendo come principi base quelli in cui “concorrono alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria gli enti pubblici, gli enti non profit e i soggetti privati, secondo le specifiche loro peculiarità. È promossa la piena parità di diritti e di doveri fra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell’ambito della programmazione regionale”, garantendo così la piena libertà dei propri cittadini. Infatti, proprio all’articolo 2, comma 5 della stessa legge venne garantito ulteriormente il diritto di libera scelta degli utenti anche nel caso in cui la gestione dell’erogazione delle prestazioni sia diretta da parte dell’Azienda sanitaria locale.

L’art. 4, comma 1 della l.r. n. 31/1997 nella originaria previsione, richiedeva per l’esercizio di attività sanitaria di strutture pubbliche o private, specifica autorizzazione rilasciata dalla Regione o dalla Azienda sanitaria locale secondo la vigente normativa statale e regionale, mentre la concessione edilizia rilasciata da Comuni per la costruzione e l’ampliamento di

²²⁸ Regione Lombardia, *Evoluzione del regime di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie lombarde*, 30 gennaio 2020, p. 8.

²²⁹ S. BONI, V. MAPELLI, A. DE STEFANO, V. COPAGNONI, A. GAMBINO, A. CECCARELLI, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, dipartimento della funzione pubblica, Pubblica Amministrazione, Formez ufficio stampa ed editoria, 2006, fa eccezione a tale caso l’Asl della Vallecamonica, che conserva al suo interno due Presidi Ospedalieri.

²³⁰ *Ibidem*, alle Aziende ospedaliere lombarde afferiscono anche tutte le altre strutture sanitarie mentre alle Asl sono state attribuite le funzioni di programmazione, acquisto e controllo.

strutture di ricovero e cura sarebbe stata sottoposta a preventivo nulla osta da parte della giunta regionale (art. 15, comma 15).

La Regione enfatizzò ancora una volta l'opzione strategica della libera scelta con l'introduzione del Piano Socio Sanitario Regionale del 2002-2004, dove nella parte I, "Il contesto di riferimento e le linee di sviluppo", è possibile desumere che "La Regione Lombardia con la l.r. 31/1997 ha voluto sostenere la libera scelta del cittadino valorizzando le sue opzioni, attraverso la separazione tra i soggetti acquirenti ed erogatori delle prestazioni, promuovendo la parità di diritti e di doveri tra soggetti erogatori pubblici e privati e non profit ottenendo risultati indubbiamente positivi"²³¹.

Rispetto alla gestione dell'offerta e della domanda, la Regione Lombardia non utilizza metodi di gestione diretta dell'offerta se non attraverso la leva finanziaria, mentre per quanto riguarda la domanda essa viene gestita indirizzando direttamente i cittadini.

Nonostante l'evidente scostamento iniziale dell'assetto organizzativo della sanità lombarda rispetto a quello nazionale, nel corso degli anni la Regione Lombardia ha cercato di riallinearsi all'organizzazione nazionale, attraverso ulteriori leggi, distinguendo tra accreditamento e accordo contrattuale.

Se in un primo momento quindi con la l.r. n. 31 del 1997 la Regione Lombardia si stabilizzò prevalentemente su un sistema più aperto, agevolando l'entrata di tutte le strutture tra cui quelle private, in possesso dei requisiti previsti e sollevando così parzialmente dall'incarico di programmazione i soggetti pubblici, come la stessa Regione e le Aziende sanitarie locali, già nel 1999 con l'articolo 4 della legge regionale n. 15, recante Modifiche e abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo, venne precisato al comma 2 che "l'attività sanitaria svolta presso strutture pubbliche o private è subordinata al possesso dei requisiti individuati dalla normativa statale vigente ed al rilascio di specifica autorizzazione da parte dell'amministrazione regionale, che si avvale, per tale funzione, degli organismi di verifica delle ASL". Veniva ulteriormente stabilito che a 60 giorni dall'entrata in vigore della legge regionale n. 15/1999 la Giunta regionale avrebbe stabilito, attraverso delibera, "a) l'iter procedurale per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento delle attività sanitarie di cui al precedente comma 2; b) le modalità di verifica del possesso e della permanenza dei requisiti necessari per esercizio di attività sanitaria; c) modalità per la raccolta e l'aggiornamento dei dati inerenti le strutture autorizzate all'esercizio di attività sanitarie dandone comunicazione alla commissione consiliare competente" (comma 3)". Successivamente nei primi anni 2000 si assistette a un rafforzamento del sistema sanitario e dei servizi alla persona attraverso un riordino delle filiere sociosanitarie e sociali. La Regione

²³¹ Ibidem, cit., p. 403.

Lombardia revisionando i diversi requisiti autorizzativi e introducendo il sistema dell'accreditamento arrivò a uno sviluppo del sistema di offerta ampio e qualificato.

Nel 2001 con la d.g.r. 3312 del 2 febbraio venne data attuazione a tale previsione sottolineando quali fossero i casi da sottoporre ad autorizzazione specifica regionale. Tra questi, per esempio, la realizzazione di una nuova struttura sanitaria in aree ove non esistesse altra struttura sanitaria, o l'ampliamento²³² di una struttura sanitaria già in esercizio...²³³ Con la d.g.r. 3312 veniva inoltre prevista l'introduzione di una metodologia sperimentale volta a utilizzare un percorso di verifica procedurale alternativo alle verifiche dell'Azienda sanitaria locale di competenza in modo tale da poter ottenere in modo più veloce l'autorizzazione di cui all'art. 4 comma 2 della l.r. 15/1999, decongestionando nello stesso tempo il sovraccarico di incombenze facenti capo alle ASL²³⁴.

Ancora una volta in un'ottica di riavvicinamento al modello sanitario nazionale, la Regione Lombardia con la legge regionale n. 26 del 19 dicembre 2001, recante Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale, andò a mutare l'originario modello lombardo stabilendo un legame tra accreditamento e indici programmatori stabiliti dai piani sanitari nazionali e regionali e quindi fissando un tetto all'accreditamento. L'art. 4 della stessa legge andò infatti a modificare il comma 3 dell'art. 12 della legge n. 31 del 1997, stabilendo che "le strutture ospedaliere pubbliche e private sono accreditate fino al raggiungimento degli indici programmatori definiti dalla normativa nazionale e regionale ad avvenuta approvazione del piano socio-sanitario nazionale". In conseguenza a questo cambiamento di rotta per il modello sanitario lombardo, si assistette a un potenziamento delle Aziende sanitarie locali come enti volti alla gestione della programmazione sanitaria. Allo stesso tempo a mutare furono anche gli strumenti di regolazione attribuiti alla Regione che vennero così rafforzati, rendendo il modello lombardo sicuramente più ibrido rispetto al modello pensato originariamente nel 1997.

Per quanto riguarda quindi gli strumenti di regolazione, essi vengono utilizzati tutt'oggi parallelamente dalle Aziende sanitarie locali e dalla stessa regione. Infatti, la regolazione viene affidata a livello locale alle Aziende sanitarie in modo tale da poter far funzionare e di far coincidere i bisogni sanitari dei cittadini con l'offerta dei servizi sanitari, concretizzando gli interventi di programmazione, di acquisto e di controllo; dall'altra parte anche la Regione svolge un ruolo di regolazione su tutto il territorio regionale, con sede operativa nella Direzione

²³² Per ampliamento si intende anche l'aumento del numero dei posti letto o l'attivazione di funzioni sanitarie non precedentemente svolte.

²³³ In caso di autorizzazione alla realizzazione di nuova struttura sanitaria, il rilascio dell'autorizzazione avveniva con decreto del DG Sanità, previa verifica (attraverso l'ASL o perizia asseverata resa da Commissione disciplinata nella stessa d.g.r.) del possesso dei requisiti autorizzativi richiesti dalla normativa vigente.

²³⁴ Regione Lombardia, *Evoluzione del regime di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie lombarde*, 30 gennaio 2020, p. 2.

generale sanità²³⁵. La necessità di sottoporre la sanità lombarda a un doppio controllo è emersa nel corso del tempo a partire dal 1997. Infatti, il modello di libero mercato inizialmente adottato dimostrò gradualmente di non essere totalmente in grado di rispondere ad alcune necessità e bisogni della popolazione a causa soprattutto dell'entrata all'interno del mercato di un numero sempre maggiore di erogatori sanitari e con la crescente differenziazione dei bisogni sanitari.

Successivamente, con l'adozione del Piano Socio-Sanitario Regionale del 2002-2004, con delibera consiliare n. VII/462 del 13 marzo 2002, venne stabilita la differenza tra idoneità a prestare, conseguente all'accreditamento, e abilitazione a fornire attività sanitarie per conto del Sistema sanitario regionale, che richiedeva la stipula di precisi accordi contrattuali²³⁶. È Interessante come nel piano Socio Sanitario regionale del 2002-2004 si fosse introdotto un tetto massimo di posti letto idonei all'accreditamento. Infatti, i posti letto per acuti vennero bloccati fino al raggiungimento dello standard di 5,5 posti letto ogni mille abitanti²³⁷. Inoltre, l'accordo Stato-Regioni del 2001 prevede l'impegno delle regioni ad abbassare il numero di posti letto per acuti al numero di 4 per mille abitanti. Per la Lombardia questo comportò nel medio-lungo periodo una riduzione di circa 5400 posti letto²³⁸. Inoltre, il piano introdusse anche il principio del superamento dell'equivalenza tra posti letto autorizzati e posti letto accreditati, così facendo si andò a costituire un'offerta eccedente rispetto alla possibilità di accreditamento, in modo da favorire da una parte la concorrenza tra soggetti erogatori e dall'altra parte uno sviluppo di mercati esterni al sistema sanitario regionale capaci di accogliere la domanda di precise fasce della popolazione²³⁹.

Il 16 febbraio del 2004 venne approvata la legge regionale n. 2, recante Modifiche a leggi regionali in materia di sanità, che andò a chiarire la funzione degli indici programmatori. Rispetto al precedente art. 12, comma 3 della legge regionale 31/1997, la legge regionale n. 2/2004 affermava che le strutture ospedaliere pubbliche e private fossero accreditate “nel rispetto degli indici programmatori definiti dal piano socio sanitario regionale in coerenza con la normativa nazionale e regionale”. Proprio gli indici avrebbero costituito: “non una sorta di limite esterno e finale, operante nel senso che il raggiungimento del tetto impedisce l'accreditamento, ma il presupposto della funzione, ciò che ne devo complessivamente ispirare l'esercizio”²⁴⁰. Inoltre, venne inserita la verifica annuale del mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario sulla base dei rapporti contrattuali per la remunerazione. Venne così quindi affermato il riconoscimento della piena parità dei diritti e dei doveri tra

²³⁵ E. GRIGLIO, *La regolazione in ambito regionale alla luce dell'esperienza della Regione Lombardia*, cit., p.5.

²³⁶ R. BALDUZZI, *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., p. 405.

²³⁷ 4,5 per acuti e 1,5 per cure riabilitative intensive ed estensive.

²³⁸ R. BALDUZZI, *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., p. 405.

²³⁹ Cfr. a tal proposito B. PEZZINI, in *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, di R. BALDUZZI, cit. p. 406. Per quanto concerne il rapporto tra pubblico e privato nella gestione dell'assistenza ospedaliera nel SSR lombardo si parlerà più nello specifico nel corso del paragrafo 3.1.3.

²⁴⁰ *Ibidem*, p. 408.

soggetti erogatori a contratto a carico del servizio sanitario nazionale. Così facendo la Regione Lombardia andò a ridimensionare la promozione di piena parità tra soggetti erogatori accreditati pubblici e privati²⁴¹.

Procedendo con l'analisi dello sviluppo del modello lombardo è importante citare la legge regionale numero 8 del 2007, recante Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Con essa, all'articolo 4 venne disposta l'abolizione dell'autorizzazione all'esercizio per le strutture sanitarie e sociosanitarie. La stessa autorizzazione rimase però valida per strutture sanitarie di ricovero, di cura, ai centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità e semi residenzialità psichiatrica²⁴². In merito a tale legge regionale il Governo centrale formulò alcune osservazioni che successivamente furono confutate dalla stessa Regione. L'ufficio legislativo della Regione si difese dai giudizi ricevuti dall'amministrazione statale con delle controdeduzioni esplicative delle scelte normative adottate dalla regione. Venne spiegato come l'articolo 4 prevedesse che l'autorizzazione fosse sostituita dalla denuncia di inizio attività, da presentare all'Azienda sanitaria competente per il territorio. L'ASL entro un periodo di sessanta giorni avrebbe provveduto non solo ad esaminare la completezza della documentazione presentata, ma anche ad effettuare sopralluoghi presso le strutture che erogassero le prestazioni sanitarie. L'amministrazione regionale sottolineò inoltre, che le verifiche dovessero venir effettuate nel minor tempo possibile, ribadendo ancora una volta il principio di semplificazione burocratica che la Regione ha sempre perseguito anche in ambito sanitario. In aggiunta, presentando la Dichiarazione di inizio attività (DIA), era consentito esercitare l'attività senza dover prima attendere atti di assenso da parte dell'Azienda sanitaria locale²⁴³. In aggiunta a ciò, venne esposto come la maggior parte delle strutture sanitarie e delle unità d'offerta sociosanitarie fossero accreditate e che la richiesta di accreditamento comportasse controlli ancora più penetranti di quelli previsti per l'autorizzazione²⁴⁴. La Regione esponendo quanto riportato, volle dimostrare che nonostante le procedure adottate volte essenzialmente allo snellimento delle pratiche burocratiche e alla riduzione dei tempi d'attesa necessarie per far operare ulteriori strutture e soggetti in ambito sanitario, non sarebbero mancati strumenti di controllo e tutela del cittadino, ma al contrario essi sarebbero

²⁴¹ Come spiega B. PEZZINI in *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, di R. BALDUZZI, cit. p. 409, il riconoscimento della piena parità dei diritti e dei doveri è l'esito di un procedimento programmatico complesso, dove vengono definiti i soggetti "erogatori a contratto" qualificandone la condizione. Prima della modifica la piena parità risultava riferita direttamente e in via esclusiva, sia pure come vincolo di promozione, alla condizione dei soggetti erogatori accreditati pubblici e privati.

²⁴² Con tale riforma l'articolo 4, comma 1, della l.r. 31/1997 venne riformulato come segue: "Nel territorio della Regione l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e sociosanitaria è rilasciata dall'A.S.L. ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, devono presentare una denuncia di inizio attività alla A.S.L. competente per territorio. Entro sessanta giorni dal ricevimento della denuncia, l'A.S.L. provvede alle verifiche di competenza".

²⁴³ Solo se in possesso di tutti i requisiti minimi prescritti dalla vigente normativa.

²⁴⁴ Regione Lombardia, *Evoluzione del regime di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie lombarde*, 30 gennaio 2020, pp. 3-4.

stati rafforzati, soprattutto passando da un piano prettamente formale e documentale a una vera e propria verifica sostanziale sul posto e anche durante l'esercizio dell'attività. Prevedendo la DIA quindi l'amministrazione regionale lombarda aveva lo scopo di affermare una più efficace e appropriata garanzia per gli utenti, responsabilizzando anche gli operatori²⁴⁵.

Nel 2008 si decise di rafforzare il lato della domanda poiché fino ad allora si era privilegiato il solo lato dell'offerta dei servizi sanitari. Venne evidenziata la necessità di rimarginare la frammentazione del sistema sanitario lombardo, venne riconosciuta la sua debolezza causata dalla sua eterogeneità e di conseguenza le iniquità territoriali che andavano a crearsi²⁴⁶. Le carenze appena elencate non vennero successivamente nel corso della IX legislatura regionale debitamente affrontate, infatti molte di queste rimangono alla base delle difficoltà che la stessa Regione ritrovò nella gestione dell'emergenza sanitaria durante la pandemia da COVID-19. Le modifiche annunciate nel 2008 sono rimaste sostanzialmente tali, senza essere mai tradotte concretamente, anche a causa della chiusura anticipata della legislatura nel 2012, lasciò di fatto invariato il modello sanitario lombardo affermatosi fino ad allora.

La vera e propria inversione di marcia per quanto riguarda la concezione del welfare e della sanità lombarda si ebbe dal 2013 al 2015. Nel 2013 si volle dare spazio alle questioni fino ad allora non prese in considerazione come, per esempio, il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria e la rimodulazione del sistema di offerta. Nel 2014 venne creato il *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia*, dove la Regione volle presentare alcune riflessioni sul funzionamento del modello sanitario lombardo e proporre alcune soluzioni per la sua riforma. Con esso la Regione puntò a coinvolgere i diversi soggetti istituzionali e sociali e a raccogliere proposte per un'eventuale riforma del sistema. Il libro bianco fece emergere ancora una volta le diverse criticità esistenti dal lato della domanda, a causa soprattutto dell'aumento della popolazione anziana e dei soggetti con più patologie croniche. Il modello sanitario lombardo affermatosi fino ad allora risultava non adeguatamente efficiente nel rispondere ai bisogni dei cittadini, con un'offerta non totalmente idonea. Inoltre, come era già emerso negli anni precedenti, l'elevata frammentazione dei servizi sanitari fece sì che l'offerta non fosse del tutto omogenea sul territorio. Emerse la consapevolezza che il trattamento soprattutto di persone con cronicità implicasse un necessario cambio di passo mettendo al centro il coordinamento e il rafforzamento delle attività di presa in carico dei pazienti.

²⁴⁵ La Regione Lombardia volle precisare inoltre nel documento di controdeduzione che all'art. 8-ter, comma 1, lett. c) del d.lgs. 502/92 era prevista l'autorizzazione per le sole strutture sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno; le restanti unità d'offerta (si pensi, ad esempio, ai consultori o ai servizi per le dipendenze, ai servizi dell'assistenza domiciliare) non sono prese in considerazione dalla disciplina statale.

²⁴⁶ C. GORI, *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, Maggioli editore, 2018, p. 26.

Arrivati a questo punto per la sanità regionale lombarda diventò totalmente necessario spostare l'asse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale²⁴⁷, in particolar modo implementando principalmente il sistema di finanziamento che fino ad allora risultava essere un sistema prettamente a prestazione basato sul rimborso della singola prestazione e quindi efficace per i pazienti considerati acuti, ma non per i soggetti affetti da patologie croniche. Molti erano i punti da revisionare, come per esempio il sistema di accreditamento e messa a contratto contestualmente ai requisiti di accreditamento soprattutto per quanto riguardava i criteri di economicità e tempestività di risposta. Necessitavano di una correzione anche i sistemi di valutazione e controllo e il sistema del *commissioning*, in cui le Aziende sanitarie locali rappresentano tutt'ora il luogo principale per la funzione di programmazione, acquisto e controllo, dove però il budget viene definito in base alla spesa storica degli enti stessi. Risultò quindi necessario favorire un ruolo maggiormente rilevante della programmazione territoriale, riordinando il sistema²⁴⁸.

L'anno successivo venne approvata la legge regionale n. 23 del 2015, "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e il Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33", che riformò il sistema sociosanitario lombardo dando vita alle Agenzie Territoriali della Salute e alle Aziende Sociosanitarie Territoriali e sostituendo le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere. L'operazione rappresentò una svolta epocale per l'assetto regionale sanitario. Venne apportata una riorganizzazione istituzionale del sistema, puntando al ripensamento degli organismi istituzionali e degli assetti. La Regione ridimensionò il sistema basandolo su tre livelli: un primo livello regionale con funzioni di programmazione, indirizzo e controllo; un secondo livello basato sulle articolazioni amministrative, nonché le ATS; e un ultimo livello con articolazioni operative, le ASST, che avrebbero accorpato i servizi ospedalieri e quelli della rete territoriale. La titolarità dell'accreditamento venne posta ufficialmente in capo delle ATS. Infatti, così come già citato dall'art. 15 della legge regionale 33/2009, nella sostanza venne mantenuto inalterato, per cui l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria veniva rilasciata dall'ATS competente per territorio²⁴⁹. Sarebbe spettato in un secondo momento alla Giunta regionale stabilire attraverso delibera l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio all'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie e delle modalità di presentazione della SCIA, le ulteriori modalità di verifica dei requisiti,

²⁴⁷ Regione Lombardia, il Consiglio, *Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione*, luglio 2021.

²⁴⁸ C. GUIDETTI, Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia, [Lombardiasociale.it](http://www.lombardiasociale.it), <http://www.lombardiasociale.it/2014/07/14/libro-bianco-sullo-sviluppo-del-sistema-socio-sanitario-in-lombardia/>, 14 luglio, 2014.

²⁴⁹ Che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico, ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie, le strutture sociosanitarie e i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative.

modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie e socio-sanitarie. Con la l.r. n. 23/2015 inoltre, vennero accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private precedentemente autorizzate. Un ulteriore aspetto meritevole d'attenzione introdotto dalla nuova legge regionale del 2015, fu che l'accreditamento venne posto condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate, che dipende dal fabbisogno sanitario e socio-sanitario del territorio stabilito dalla Regione, e dalla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. Infine, allo scopo di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera vennero favoriti i processi di riconversione o fusione di soggetti erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti. In breve, la riforma del 2015 si mosse seguendo due direttrici principali: la prima riguarda il compimento del processo di separazione tra funzioni programmatiche e gestionali, non ancora completamente avvenuto con le riforme precedenti, poiché le Aziende sanitarie locali raggruppavano fino ad allora sia funzioni programmatiche e di regolazione ma anche alcune competenze gestionali e di erogazione di servizi socio-sanitari soprattutto per quanto riguardava l'area materno infantile, della domiciliarità, delle dipendenze e della salute mentale. Con il passaggio da ASL ad ATS a queste ultime venne tolto lo status di Aziende e quindi il compito di ad erogare e trasformate in Agenzie, ossia "succursali" regionali sul territorio della Regione con compiti prevalentemente di governo del sistema e di programmazione. La gestione, quindi, venne affidata in via esclusiva alle Aziende Socio-sanitarie Territoriali (ASST), che acquisirono la rete dei servizi territoriali lasciati dalla trasformazione delle ASL, all'interno delle quali si ricompose la filiera erogativa dell'ospedale e del territorio²⁵⁰. Esse attualmente si articolano in due settori aziendali, la Rete territoriale e il Polo ospedaliero. La Rete territoriale, attraverso i Presidi Ospedalieri Territoriali e i Presidi Socio Sanitari Territoriali, eroga le prestazioni di livello distrettuale, mentre il Polo ospedaliero si occupa del trattamento del paziente in fase acuta e dell'offerta sanitaria specialistica. Con la reintegrazione dei servizi territoriali all'interno delle ASST si cercò di superare la suddivisione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali, tra azienda ospedaliera e azienda territoriale²⁵¹.

La seconda direttrice perseguita fu quella dell'accorpamento. Venne infatti costituito un nuovo Assessorato del Welfare a cui venne affidata anche l'area della sanità, gestita fino ad allora dall'Assessorato alla Salute. L'operazione però non riuscì del tutto poiché a livello territoriale l'accorpamento attribuì ai nuovi organismi perimetri di riferimento più ampi, modificando totalmente l'organizzazione e la mappatura del sistema socio-sanitario. In

²⁵⁰ C. GORI, *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, cit., p. 32.

²⁵¹ Regione Lombardia, il Consiglio, Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione, luglio 2021.

particolare, le precedenti 15 Aziende sanitarie locali da 15 divennero 8 Agenzie, con l'accorpamento di diverse province e il conseguente ridisegno dei distretti²⁵².

Con la riforma del 2015 quindi, non si volle solamente attuare una revisione legislativa ma una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario. Seppur si decise nel corso degli anni di modificare completamente la struttura istituzionale e organizzativa del sistema sanitario, i principi cardine alla base di tale sistema rimasero sempre gli stessi riassumibili nei seguenti: libertà di scelta, concorrenza tra erogatori pubblici e privati accreditati, separazione tra le funzioni di governo e quelle di erogazione²⁵³.

Così facendo la Lombardia completò un modello peculiare, con servizi territoriali e ospedalieri riuniti nelle ASST, aziende erogatrici finanziate a prestazione, con lo scopo di garantire l'integrazione tra ospedale e territorio e la continuità assistenziale in modo tale da poter evitare la frammentazione del passato. La governance sanitaria lombarda, quindi risulta essere articolata su più livelli, sia dal punto di vista orizzontale che verticale. Al vertice di tale governance opera la Presidenza che si occupa della programmazione economico finanziaria del comparto; l'Assessorato Unico al welfare dedicato alla programmazione sanitaria e le Agenzie di supporto. All'apice presenziano tre agenzie regionali: l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS), l'Agenzia regionale per l'Innovazione e gli acquisti (ARIA) e PoliS (agenzia di formazione e ricerca). ACSS è un organismo tecnico scientifico, terzo e indipendente, data la sua funzione di controllo che richiede ampia autonomia d'azione e una visione d'insieme sull'intero sistema dei controlli²⁵⁴. Le agenzie durante lo sviluppo del modello lombardo hanno acquisito finalità sempre più ampie, con compiti di vero e proprio supporto nelle attività di pianificazione e controllo.

Concludendo questa prima analisi riguardante lo sviluppo del modello sanitario lombardo, è possibile notare come le varie legislazioni susseguitesi nel corso degli anni abbiano voluto ricomporre il sistema riunendone le diverse parti in un'unica organizzazione, con lo scopo principale di favorirne il funzionamento integrato²⁵⁵. Seppur in questo modo si volesse favorire la continuità assistenziale, non esistono evidenze empiriche che mostrino che la scelta di apportare una maggiore integrazione istituzionale nelle strutture di governo sovra-ordinate possa effettivamente aver rafforzato l'integrazione operativa dei territori²⁵⁶.

I punti di forza del modello sanitario lombardo si possono riassumere in un sistema istituzionale e organizzativo che integra nelle ASST la produzione di servizi ospedalieri e

²⁵² Per un più ampio approfondimento, Ibidem.

²⁵³ Come viene precisato in Regione Lombardia, il Consiglio, Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione, cit., p. 15, infatti all'art. 1 bis – inserito nella l.r. 41 del 2015 – viene specificato il carattere sperimentale del nuovo assetto.

²⁵⁴ Ibidem, p. 16.

²⁵⁵ Come, per esempio, l'idea di creare un unico Assessorato che riunisce sanità e sociosanitario, o come il modello organizzativo-gestionale delle ASST che ricompongono la filiera dei servizi.

²⁵⁶ Come fa notare a tal proposito C. GORI, *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, cit., p. 33.

territoriali, il sistema ospedaliero sia pubblico che privato, un'elevata ricchezza territoriale in termini di strutture, capitale umano e delle conseguenti competenze e il ruolo regolativo regionale rispetto al quasi-mercato sanitario e sociosanitario²⁵⁷. Analizzando le cd. Regole degli ultimi anni, è possibile notare la volontà di responsabilizzare le Aziende sanitarie locali principalmente riguardo alcuni ambiti come: l'analisi dei bisogni, la definizione delle aree problematiche di intervento, l'individuazione dei livelli di attività programmata per i servizi sociosanitari, contrattazione con gli erogatori pubblici e privati del livello di attività specialistica ambulatoriale atteso e il relativo finanziamento; budget di distretto e governo clinico con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; messa in campo di progetti e programmi di coordinamento tra gli erogatori; finanziamento di progetti e programmi di coordinamento in attuazione degli specifici piani di settore²⁵⁸. In questo modo le ATS hanno il dovere di perfezionare e mettere in atto l'attività programmatica territoriale, in congiunzione con la Direzione Generale Sanità coinvolgendo così i soggetti presenti sul territorio e permettendo alla Regione di esercitare il compito di indirizzo e controllo²⁵⁹.

Per quanto riguarda invece i punti di debolezza del modello lombardo, essi possono essere così riassunti: il sistema istituzionale risulta essere altamente frammentato tra Regione, Agenzie di controllo, ASST e ATS, si rileva inoltre uno squilibrio tra sistema ospedaliero e territoriale che porta a uno svantaggio delle cure primarie, dei medici di medicina generale e della prevenzione. Un altro punto critico del sistema regionale in questione è individuabile nella scarsa inter-comunicabilità dei sistemi informativi con la conseguente difficoltà di attuazione del modello della presa in carico soprattutto per quanto concerne il coordinamento ospedale-territorio. Anche l'assistenza domiciliare integrata e il sistema sociosanitario non residenziale non sembrano essere perfettamente implementati insieme ad un limitato coinvolgimento degli enti locali e del territorio.

Gli effetti che la pandemia ha prodotto sul sistema sanitario, soprattutto nella prima fase, con particolare riferimento a quello lombardo, hanno messo in evidenza criticità, ma anche le capacità di resilienza.

²⁵⁷ A tal proposito come spiega E. GRIGLIO, *La regolazione in ambito regionale alla luce dell'esperienza della Regione Lombardia*, cit., p.5., proprio in merito al ruolo regolativo della Regione, il principale strumento utilizzato dalla Regione Lombardia per provvedere di anno in anno alla ridefinizione delle linee di indirizzo per la regolazione del sistema è quello delle Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale, dette proprio Regole. Esse vengono adottate entro la fine dell'anno solare dalla Giunta regionale per predeterminare le linee di indirizzo dell'anno successivo.

²⁵⁸ Ibidem.

²⁵⁹ Ibidem.

3.1.2. Analisi della dimensione territoriale dell'assistenza sanitaria

Uno dei principali obiettivi della riforma legislativa del 2015 attuata dalla Regione Lombardia, fu proprio quello di concludere il principio secondo il quale bisognasse passare “dalla cura al prendersi cura”, attuando quindi un'assistenza il più possibile vicina al cittadino.

Attraverso l'unione delle aziende ospedaliere nella rete territoriale ASST e anche grazie ai Presidi ospedalieri territoriali (POT) dislocati sul territorio regionale, si pensò di poter garantire maggiore continuità tra cure ospedaliere e territorio, ma al contrario la riforma presentò sin dall'inizio alcune criticità di tipo organizzativo, soprattutto per quanto riguarda il funzionamento dei presidi sociosanitari territoriali. Inoltre, con la riforma si andarono a modificare le vecchie connessioni tra i diversi livelli di governo, cioè Regione, Agenzie territoriali sanitarie e Comuni, rendendo più complessa la programmazione e la gestione dell'integrazione tra i Comuni e le ATS, tenuto conto dei più estesi ambiti territoriali.

Il Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2019-2023 riporta come per l'amministrazione della Regione Lombardia risultasse e risulti tutt'ora, di fondamentale importanza prendersi cura del cittadino, in particolare in condizioni di cronicità e fragilità, attraverso la creazione di percorsi personalizzati ed integrati finalizzati a favorire la permanenza del malato nel contesto familiare e ad assicurare una migliore integrazione di tutti gli attori della rete di offerta²⁶⁰. Nel documento viene riportato come le azioni della Regione vogliono favorire il ruolo centrale dei medici di cure primarie nella persona in carico (PIC) di malati cronici, incentivando la massima adesione al processo e la collaborazione con la medicina specialistica. Da quanto riportato nel Piano, grazie agli interventi proposti, si prevede di ampliare i sostegni effettivi all'assistenza domiciliare, soprattutto agli anziani.

Nonostante ciò il piano d'azione proposto fatica a risultare omogeneo nella messa in pratica, anche a causa degli eventi dovuti alla pandemia, poiché da una parte continua a persistere una vera e propria eterogeneità territoriale, soprattutto nel modello organizzativo dei Presidi ospedalieri territoriali (POT), che secondo la legge regionale n. 23 del 2015 dovrebbero rappresentare “strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali, sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari” configurandosi quindi come strutture territoriali per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario e sociosanitario e rappresentando quindi un nodo funzionale della rete, promuovendo la collaborazione tra Ospedale per acuti, domicilio, servizi ambulatoriali e medicina di famiglia in modo tale da favorire il dialogo tra gli operatori sul singolo percorso.

²⁶⁰ Regione Lombardia, Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2019-2023, Cure primarie, p. 19.

Un altro tipo di struttura assistenziale inserita all'interno del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo volta ad occuparsi dell'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie e della presa in carico dei bisogni dei cittadini è il Presidio Sociosanitario Territoriale (PreSST). I PreSST furono inseriti all'interno del Piano per rappresentare l'evoluzione delle funzioni degli ex distretti, con una organizzazione flessibile e una erogazione di prestazioni a ciclo diurno. Il Piano spiega come essi vengano ideati proprio per "essere il punto di accesso unico e il primo punto di contatto ai servizi per ogni problema di salute e rappresentare il luogo di incontro di più figure professionali con una forte vocazione al governo della presa in carico e all'integrazione sociosanitaria e sociale". Sulla scia di altre Regioni come l'Emilia-Romagna o la Toscana²⁶¹, i PreSST vogliono essere un tentativo di accorpamento di tutti quei servizi essenziali per la salute del cittadino, rappresentando uno snodo tra l'ospedale per acuti, il medico di medicina generale, le strutture territoriali di riabilitazione, le degenze di comunità e l'assistenza domiciliare. Infatti, al loro interno è possibile trovare studi associati di medici di famiglia, servizi dedicati all'attività specialistica di primo livello, con una forte vocazione alla gestione integrata della cronicità e in stretta collaborazione con la medicina generale.

Lo stesso Piano precisava come sia i POT che i PreSST richiedessero per un'efficacia delle loro funzioni e una implementazione omogenea sul territorio, l'individuazione di indicatori descrittivi volti a evidenziare le attività svolte, le risorse utilizzate, le prestazioni erogate in modo tale da "avviare un *bench-marking* delle diverse esperienze in atto e per orientare i servizi in modo appropriato ed efficace".

Nonostante quanto pianificato e ideato dal Piano Lombardo, nel corso del 2019 e soprattutto durante il periodo pandemico, è emerso quanto al contrario i POT e i PreSST dislocati all'interno della Regione forniscano risposte fortemente frammentate, talvolta anche a causa della sovrapposizione o della contiguità applicativa degli enti erogatori²⁶².

Un altro punto focale indicato dallo stesso Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2019-2023 è rappresentato dalla necessità di dedicare ulteriori investimenti alle cure presso il proprio domicilio. L'amministrazione lombarda, consapevole dei cambiamenti in atto in ambito sanitario e delle nuove esigenze dei pazienti, ha introdotto all'interno dell'attuale Piano alcuni punti chiave in merito al potenziamento dell'intensità domiciliare, come per esempio, una diversa allocazione dei finanziamenti attraverso una negoziazione che, oltre ai criteri su base storica, tenesse in considerazione criteri oggettivi relativi ai bisogni²⁶³, questo con lo scopo di diminuire la disomogeneità nell'offerta dei servizi. Ancora una volta viene indicata all'interno del piano la fondamentale del ruolo dei medici di famiglia. Infatti, il piano prevede tutt'oggi

²⁶¹ Come si vedrà nel corso del capitolo, le Regioni Emilia-Romagna e Toscana hanno istituito strutture dislocate per tutto il territorio regionale chiamate Case della Salute; esse hanno un ruolo essenziale per la presa in carico dei bisogni dei pazienti prevalentemente cronici, e spesso offrono un servizio continuo mettendo a disposizione medici, infermieri e personale medico.

²⁶² C. GORI, *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, cit., p. 93.

²⁶³ Regione Lombardia, Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2019-2024, Cure primarie, p. 25.

la sperimentazione di forme di assistenza domiciliare di bassa intensità, prolungate nel tempo ed erogate in stretta connessione con il medico di medicina generale. Infine, il piano evidenzia la necessità di affrontare insieme ai Comuni politiche innovative e sperimentazioni nell'ambito delle cosiddette reti di prossimità, potenziando i sopracitati PreSST e il ruolo dei "centri di servizio" ossia servizi di valutazione multidimensionale e per la definizione del progetto di assistenza individuale, finalizzati a dare vita a una necessaria ed indispensabile interconnessione con i medici di assistenza primaria. A tal proposito, infatti, all'interno del Piano Sociosanitario Integrato, alla sezione intitolata "Rete Sociosanitaria", viene evidenziato come sussista la necessità di spostare i servizi dall'ospedale al territorio, rafforzando l'integrazione tra i due ambiti e creando una vera e propria rete sociosanitaria. In questa sezione del piano vengono indicate alcune articolazioni su cui dovrebbe poggiare la rete sociosanitaria, come per esempio il rafforzamento degli interventi a sostegno della domiciliarità e la totale presa in carico del sostegno presso il proprio domicilio di persone anziane e con disabilità complesse. Il Piano inoltre dà ampio spazio al suo interno all'implementazione ed il miglioramento della rete di assistenza agli anziani, sviluppando il sistema delle RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). La rete sociosanitaria di assistenza domiciliare, infatti, si concentra principalmente sulla cura degli anziani ripensando quasi completamente al modello delle RSA e volendo diversificarlo sfruttandone le competenze per sostenere la domiciliarità degli anziani. Con tale scopo viene ideato il modello della *RSA aperta* e della residenzialità assistita per la popolazione anziana, un sistema, questo, che si caratterizza per l'offerta di interventi di natura prevalentemente sociosanitaria finalizzati a "supportare la permanenza al domicilio e a sostenere il mantenimento, il più a lungo possibile, delle capacità residue delle persone beneficiarie, rallentando, ove possibile, il decadimento delle diverse funzioni, evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero definitivo in struttura. La misura intende offrire inoltre un sostegno al *caregiver* nell'espletamento delle attività di assistenza"²⁶⁴. Tuttavia, tali provvedimenti sono rimasti interventi per lo più sperimentali e spesso temporanei.

I temi e le problematiche scaturite con l'avvento della pandemia hanno solamente portato alla luce aspetti critici e dinamiche del modello sanitario lombardo già presenti in precedenza, ma ora diventati più evidenti e più urgenti. Emerge così il bisogno urgente di rivedere il modello sanitario lombardo, modificandolo in modo tale da essere in grado di far fronte alle complessità. Allo stesso tempo, tali modifiche non dovranno ricostruire il SSR lombardo partendo da zero, poiché trattasi di un modello sanitario che da sempre rappresenta un sistema di alta qualità e un punto di riferimento del sistema di welfare a livello nazionale, come si è potuto evincere anche dai dati analizzati in merito alla mobilità sanitaria nazionale,

²⁶⁴ Ibidem, p. 30.

bensì ripartendo proprio dai punti deboli del sistema, come indubbiamente l'assistenza territoriale ai pazienti e il processo di presa in carico dei pazienti cronici.

Sono presenti nel sistema sanitario lombardo degli aspetti che possono essere definiti talvolta ambivalenti, come il profilo istituzionale e organizzativo che da un lato, presenta una forte potenzialità, poiché integra in un solo soggetto, le ASST, la produzione dei servizi sanitari pubblici, ospedalieri e territoriali. Questo assetto seppur ben progettato, ha mostrato alcune pecche, come per esempio l'incapacità di riequilibrare il peso tra il sistema ospedaliero rispetto all'assistenza non ospedaliera a svantaggio delle cure primarie, della medicina generale di famiglia e della prevenzione.

Il sistema lombardo si presenta quindi come fortemente frammentato tra molteplici soggetti come le Agenzie di controllo, ruolo della Regione insieme ad ATS e ASST. A livello di assistenza territoriale anche la gestione della presa in carico dei pazienti cronici ha riscontrato problematiche amministrative soprattutto per quanto riguarda il coordinamento tra ospedale e territorio mentre il ruolo dei medici di medicina generale, seppure cambiato e implementato nel corso degli anni, ancora non trova una collocazione definitiva.

Per quanto riguarda il sistema di assistenza residenziale così come viene impostato, esso rispecchia un punto di forza del sistema di offerta sanitaria e una ricchezza per il territorio anche se allo stesso tempo, racchiude numerose criticità e problematiche ulteriormente evidenziate proprio con l'avvento della pandemia. Grazie alle ingenti risorse economiche messe in campo come previsto dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) sarà possibile potenziare ed attuare un'implementazione e un miglioramento dell'assistenza sanitaria domiciliare, poiché lo stesso PNRR prevede lo sviluppo di strutture come le case della comunità e i centri operativi territoriali, strumenti e misure nazionali che però dovranno essere declinati e implementati secondo il modello sanitario lombardo e non semplicemente applicate dall'alto. Il ruolo della Regione dovrebbe essere quindi quello di guidare e governare l'attuazione di nuovi progetti volti a migliorare aree di fondamentale importanza, come l'area dei servizi assistenziali sul territorio, rispetto ad un modello sanitario che ha dimostrato di possedere anche molti punti di forza.

Inoltre, per un'efficiente organizzazione dei distretti occorrerà predisporre anche un adeguato percorso di formazione per le nuove figure in carico in modo tale da poter istruire in modo consono coloro che in un secondo momento andranno a gestire e ad occuparsi del nuovo e auspicato modello di assistenza distrettuale.

Infine, guardando al ruolo della Regione, emerge che uno dei problemi principali sia proprio l'abitudine della Regione Lombardia di creare un sistema di regolazione fortemente incentrato sul modello concorrenziale di quasi mercato. Il modello concorrenziale porta il sistema sanitario regionale lombardo ad essere altamente frammentato e per certi aspetti

inoperoso. Il modello concorrenziale tra pubblico e privato seppur per certi aspetti possa risultare efficiente porta però a una serie difficoltà nel costruire stabili e forti connessioni con gli enti locali e il territorio, connessioni che al contrario risultano sempre più fondamentali per ridisegnare un efficiente sistema di assistenza territoriale.

3.1.3. Il rapporto tra pubblico e privato nella gestione dell'assistenza ospedaliera

La gestione dell'assistenza ospedaliera da parte di soggetti privati spesso operanti all'interno di un mercato concorrenziale come nel caso della sanità lombarda, è uno dei punti chiave nell'analisi del funzionamento del modello sanitario della Regione Lombardia.

Innanzitutto, è utile ricordare che la privatizzazione consiste nella cessione al privato di attività svolte da enti pubblici. L'ingresso di soggetti privati che operano con scopo di lucro all'interno del settore sanitario è consentito nell'ambito fortemente pubblicistico dell'accreditamento²⁶⁵. Proprio per quanto concerne il ruolo degli erogatori sanitari privati si riscontrano le maggiori differenze tra i diversi modelli sanitari regionali.

La scelta della Regione Lombardia di promuovere un sistema misto ha nel corso degli anni affermato la presenza di numerose eccellenze sanitarie sviluppatesi in alcune strutture private presenti all'interno della Regione, ma allo stesso tempo così facendo l'amministrazione regionale è finita nel sostenere molto meno le strutture pubbliche. L'avvento della pandemia ha indubbiamente evidenziato anche per quanto concerne il rapporto tra pubblico e privato nell'erogazione dei servizi sanitari, la necessità di un ripensamento del modello sanitario sotto questo punto di vista, passando da un sistema di mercato a un modello di quasi-mercato²⁶⁶.

Come accennato, rispetto agli altri modelli sanitari regionali la Lombardia è l'unica Regione che focalizza il suo assetto organizzativo sanitario sulla *public choice* del cittadino creando così un ordinamento aperto e pluralistico in cui il paziente è libero di scegliere a chi affidare le proprie cure. In tale contesto quindi l'Azienda sanitaria locale, nel caso lombardo le ATS, ha il compito di coordinare e raccordarsi con gli enti locali, mentre le prestazioni verranno per l'appunto erogate dalle aziende ospedaliere e dai diversi soggetti pubblici e privati accreditati. Con il modello di libero mercato adottato dalla Regione Lombardia dovrebbero essere incentivati gli erogatori ad offrire servizi di qualità.

Nel corso degli anni il Servizio Sanitario Lombardo (SSL) ha sbilanciato di molto il proprio sistema sanitario favorendo principalmente proprio gli erogatori di prestazioni sanitarie

²⁶⁵ L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *AIC Associazione italiana dei costituzionalisti*, rivista n. 3, 20 luglio 2020.

²⁶⁶ Cfr. a tal proposito *Ibidem*, p. 189.

privati accreditati. Per quanto riguarda il confronto tra erogatori pubblici e privati in questa sede verrà fatto riferimento principalmente alle attività di ricovero, cura per il ricovero ordinario e il *day-hospital* in riferimento all'anno 2017, evidenziando il numero dei casi e l'ammontare in miliardi di euro, pagato dalla Regione Lombardia agli erogatori pubblici e privati²⁶⁷:

268

RICOVERI	TOTALI	PUBBLICO		PRIVATO	
N. CASI	1.441.657	947.157	65%	494.501	35%
VALORE miliardi di euro	5,424	3,271	60%	2,153	40%

Tabella 2 Ricoveri ordinari e Day Hospital. N. casi e valorizzazione in miliardi di euro, 2017.

In questo caso si evince come gli erogatori della sanità privata ottengono il 35% dei casi di ricovero e il 40% della remunerazione totale in euro. Se si confronta ancora una volta il rapporto tra pubblico e privato in riferimento alle visite ambulatoriali e agli esami diagnostici, sia in termini di quantità di prestazioni erogate che di valore corrispondente in miliardi di euro emerge quanto segue²⁶⁹.

270

VISITE AMBULATORIALI ED ESAMI	TOTALI	PUBBLICO		PRIVATO	
N. PRESTAZIONI milioni	160	93,374	58%	66,647	42%
VALORE miliardi di euro	2,891	1,647	57%	1,244	43%

Tabella 3 Visite ambulatoriali ed esami. Numero prestazioni e valorizzazione in euro, 2017.

In questo caso gli erogatori privati registrano il 42% delle visite ambulatoriali e degli esami effettuati, con un valore pari al 43% di euro spesi dalla Regione. Da questi dati si evince quindi

²⁶⁷ Regione Lombardia DRG 2017 – Rapporto sui Ricoveri in Lombardia – 2017, aggiornamento del 8 novembre 2018, in M.E. SARTOR, *Lombardia. Pubblico e Privato a confronto*, in *Salute Internazionale*, 26 giugno 2019.

²⁶⁸ Fonte: Regione Lombardia, in M.E. SARTOR, *Lombardia. Pubblico e Privato a confronto*, in *Salute Internazionale*, 26 Giugno 2019

²⁶⁹ Ibidem.

²⁷⁰ Fonte: Regione Lombardia, in M.E. SARTOR, *Lombardia. Pubblico e Privato a confronto*, in *Salute Internazionale*, 26 Giugno 2019.

che le prestazioni fornite dagli erogatori privati corrispondono a una remunerazione molto più elevata rispetto a quella ricevuta dagli stessi erogatori pubblici.

Infine, analizzando la presenza di strutture private accreditate suddivise su base provinciale, emerge la convergenza quantitativa fra il numero delle strutture a contratto di tipo pubblico e il numero delle strutture a contratto di natura privata: con un totale di 30 strutture pubbliche a contratto presenti all'interno della Regione e 31 strutture private a contratto. Tuttavia, i posti letto pubblici in Lombardia, secondo i dati del 2017, risultano essere in quantità maggiore rispetto a quelli privati, nonostante la coincidenza delle strutture, poiché le dimensioni dei diversi edifici adibiti può variare, anche se ad ogni modo dai dati viene dimostrato come dalla metà degli anni Novanta al 2018, i posti letto pubblici siano stati nettamente dimezzati rispetto al simultaneo aumento de posti letto in strutture private.

Inoltre, la tabella 3 indica l'esistenza di province dove sussistono prevalentemente erogatori privati, come la Città metropolitana di Milano (54,4%), Como (66,7%), Bergamo (60,9%) e contingentemente Mantova (60%)²⁷¹. Anche per quanto riguarda gli IRCCS, i privati presenti in Lombardia risultano essere il triplo dei pubblici.

PROVINCE	STRUTTURE TOTALI A CONTRATTO con SSL	PUBBLICHE	PRIVATE	% PRIVATE SUL TOTALE
*Bergamo	23	9	14	60.9
Brescia	28	14	14	50.0
Como	12	4	8	66.7
Cremona	7	4	3	42.9
Lecco	8	4	4	50.0
Lodi	4	4	0	0
*Mantova	10	4	6	60.0
Milano	57	26	31	54.4
*Monza – Brianza	12	6	6	50.0
Pavia	16	8	8	50.0
Sondrio	4	4	0	0
Varese	17	11	6	35.3
TOTALE	198	99	99	50,0
ATS Milano Città Metropolitana (Milano + Lodi)	61	30	31	50.8

272

Tabella 4. Strutture di ricovero ordinario e Day Hospital. Pubbliche e Private e percentuale private su totale per province - 2017.

Infine, rispetto alla suddivisione territoriale delle strutture private sul territorio regionale, si riscontra una netta disomogeneità territoriale della penetrazione del privato in Lombardia,

²⁷¹ Mentre come spiega M.E. SARTOR, *Lombardia. Pubblico e Privato a confronto*, in *Salute Internazionale*, 26 Giugno 2019, le province di Brescia, Lecco, Monza e Brianza, rappresentano perfettamente la proporzione registrata a livello regionale. Lodi e Sondrio offrono servizi di ricovero tramite strutture pubbliche.

²⁷² Fonte: Regione Lombardia, in M.E. SARTOR, *Lombardia. Pubblico e Privato a confronto*, in *Salute Internazionale*, 26 Giugno 2019.

dovuta a diversi fattori come la densità abitativa, le caratteristiche geofisiche e socio-economiche, l'esistenza di una rete di offerta consolidata e la storia istituzionale e politica dei territori²⁷³. La provincia di Como presenta la rete di erogatori privati di servizi sanitari più ampia della Regione, con il 58% sul totale del valore provinciale, mentre Milano del 47%, seguita da Bergamo e Brescia che registrano un influsso del privato pari al 43,7% e 43,2%²⁷⁴.

Concludendo per ciò che concerne il rapporto esistente tra pubblico e privato nella sanità lombarda, dall'assetto organizzativo scelto dalla Regione e dagli stessi dati riportati, è possibile affermare che la libertà di scelta del cittadino e il ruolo del privato rappresentano i due capi saldi del sistema lombardo. Pur portando il sistema ad avere alcune criticità, questi due aspetti hanno fatto in modo nel corso degli anni che il livello delle cure si innalzasse notevolmente e che venisse valorizzato il ruolo della sussidiarietà. Nonostante ciò, rimangono alcune criticità che un'eventuale nuova riforma sanitaria regionale dovrebbe cercare di superare, come ad esempio gli aspetti negativi connessi ai problemi di coordinamento e governo del sistema, che emersero principalmente nella fase di sperimentazione della legge regionale n. 23 del 2015 e già presenti in parte prima di essa²⁷⁵. Inoltre, risulta come la Regione non abbia adeguatamente comunicato le fasi e lo sviluppo del processo che ha portato a un livello tale di privatizzazione sanitaria all'interno della Lombardia.

A tal riguardo, si può concordare con chi ha affermato che “nei flussi informativi, e soprattutto nelle elaborazioni primarie di tali flussi rese pubbliche, non sono state sempre evidenziate le variabili “natura privata” e “natura pubblica” delle strutture e delle attività di erogazione dei servizi in serie storiche di lungo periodo”²⁷⁶. In questo modo non è stato possibile registrare in modo preciso in che misura il sistema sanitario regionale lombardo si stesse sbilanciando verso il privato.

In merito alla libertà di scelta dei cittadini, seguendo il modello portato avanti dalla Regione Lombardia, il rischio che potrebbe verificarsi è quello di creare un sistema non del tutto a tutela della salute del cittadino ma al contrario un sistema sanitario “fai da te”²⁷⁷ in cui si hanno episodi di selezione avversa e dove non si prendono in considerazione in modo adeguato le caratteristiche dei cittadini, come per esempio le diverse opportunità, risorse economiche e necessità. A tal proposito, si rileva come la Regione Lombardia ponga maggiore attenzione agli aspetti riguardanti l'avvio dell'accreditamento, mentre risultano essere spesso

²⁷³ Ibidem.

²⁷⁴ Ibidem.

²⁷⁵ Regione Lombardia, il Consiglio, *Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione*, cit., p. 27.

²⁷⁶ M.E. SARTOR, *La nebbia sulla sanità privata in Lombardia*, Centro Studi Sereno Regis, ricerca educazione azione per la pace l'ambiente la sostenibilità, 12 settembre 2019, <https://serenoregis.org/2019/09/12/la-nebbia-sulla-sanita-privata-in-lombardia-maria-elisa-sartor/>.

²⁷⁷ Regione Lombardia, il Consiglio, *Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione*, cit., p. 27.

posti in secondo piano gli elementi concernenti l'accesso, la valutazione e la presa in carico del paziente.

Un'eventuale riforma della sanità lombarda dovrebbe quindi valorizzare il ruolo degli erogatori sanitari privati creando però un modello virtuoso e non discriminatorio a tutela del diritto alla salute, come affermato dall'art. 32 della Costituzione. Infatti, ad oggi ciò che viene presentato è un coordinamento e una gestione del sistema altamente frammentato ed eterogeneo, dal punto di vista degli attori e degli interessi e fortemente connesso alla libertà di scelta del cittadino che, come si è potuto evincere durante la trattazione, non sempre può rappresentare un aspetto positivo. Un'occasione per modificare il cosiddetto modello lombardo in meglio potrebbe essere quindi la creazione di una riforma in grado di tenere conto da un lato delle tensioni esistenti tra il settore pubblico e quello privato, e che dall'altro lato riesca ad unire adeguatezza, appropriatezza e tempestività degli interventi, evitando così di creare profonde diseguaglianze emerse soprattutto durante la pandemia. Proprio la pandemia ha messo in luce le debolezze di un modello sanitario che seppur efficiente per certi aspetti celava al suo interno i limiti di un modello sanitario che non pone totalmente il paziente come principale obiettivo. Infatti, il sistema lombardo prevalentemente ospedalentrico pubblico-privato mette in un angolo il corpo dei medici di base, punto di riferimento principale dei pazienti.

Favorendo comunque un mercato sanitario concorrenziale la Regione si è ritrovata nel pieno della Pandemia sprovvista di pronto soccorso e terapie intensive all'interno di strutture pubbliche in quantità adeguate²⁷⁸. Per quanto nessuna Regione italiana fosse del tutto attrezzata per affrontare una tale emergenza sanitaria, si presuppone che per una buona gestione di una pandemia si debba ricorrere prevalentemente a una sanità territoriale che permetta di tracciare i contagi e di evitare di disporre i pazienti contagiosi all'interno delle strutture ospedaliere, onde evitabile. Il fatto che il modello lombardo fosse prettamente ancorato alle Aziende Ospedaliere e carente dal punto di vista della sanità territoriale, ha portato a una disorganizzazione generale e a una carenza di un'adeguata assistenza sanitaria ai pazienti affetti dal virus.

Concludendo, seppur il sistema sanitario lombardo vanti un elevato numero di eccellenze nel campo medico, ne è prova la mobilità sanitaria che indirizza i pazienti di altre regioni proprio in Lombardia, dovrà comunque porre rimedio a tutte quelle carenze sistematiche che hanno portato ad un "crollo del modello sanitario lombardo" durante la pandemia, soprattutto ripartendo proprio dalla ridefinizione del rapporto tra sanità pubblica e privata e dal potenziamento della medicina territoriale.

²⁷⁸ Le terapie intensive e i pronto soccorso spesso vengono lasciate al comparto della sanità pubblica poiché meno remunerative per gli erogatori privati.

3.2. I modelli a confronto: Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte

Al fine di comprendere meglio il funzionamento del modello sanitario lombardo e le dinamiche che hanno portato per certi versi a una crisi sanitaria all'interno della Regione Lombardia durante la pandemia da COVID-19, verranno analizzati i tre sistemi sanitari regionali adiacenti alla Regione Lombardia, vale a dire il sistema sanitario veneto, piemontese ed emiliano-romagnolo.

Come più volte esposto nel corso della trattazione, il governo multilivello della sanità in Italia unito all'esplosione della pandemia iniziata lo scorso febbraio 2020, ha messo in luce i due aspetti prevalenti del Servizio Sanitario Nazionale, ossia l'esistenza di diversi modelli sanitari regionali e la centralità dell'entità regionale nella gestione sanitaria. Il tipo di risposta che le diverse regioni hanno dato all'emergenza sanitaria è dipesa sicuramente dall'organizzazione interna del sistema sanitario regionale di ognuna²⁷⁹.

Con il riordino sanitario avvenuto negli anni Novanta, la Regione Piemonte attua un cambiamento rispetto alla versione originaria del suo modello sanitario²⁸⁰, come ad esempio la "separazione" tra servizi sanitari e sociali gestendo quindi i due settori in maniera autonoma l'uno dall'altra. Il distacco dal passato si ha con la legge regionale n.39 del 1994, Individuazione delle Aziende Sanitarie regionali, e con la legge regionale n. 61 del 1997, Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999 con le quali la Regione Piemonte concretizzò l'aziendalizzazione del sistema sanitario regionale adottando scelte gestionali ed organizzative più in linea con la legislazione nazionale. In riferimento al rapporto tra pubblico e privato, il Piemonte presenta un numero di strutture tendenzialmente inferiore rispetto ad altre regioni, come ad esempio la Lombardia.

Successivamente, con il piano sociosanitario regionale per il triennio 2002-2004²⁸¹, il Piemonte così come la Lombardia, scelse di avvalersi dell'art. 9/bis del d.lgs. 502/1992, modificato ed integrato dall'art. 3 comma 6 del Decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito in l. 16 novembre 2001 n. 405, il quale stabiliva che le Regioni autorizzino programmi di sperimentazione di nuovi modelli gestionali con forme di collaborazione tra pubblico e privato, cioè tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. Anche se mai

²⁷⁹ Oltre agli assetti organizzativi di ogni regione, la risposta data allo scoppio della pandemia dalle diverse regioni è dipesa anche dalle scelte effettuate dai diversi vertici politici e amministrativi di ognuna, che hanno operato seguendo logiche di prevenzione, isolamento dei focolai, sistemi di monitoraggio e iniziative di assistenza domiciliare ai pazienti positivi asintomatici molto diverse tra loro.

²⁸⁰ Come spiega D. SERVETTI, *Esiste un modello sanitario piemontese?*, in Corti supreme e salute, Osservatorio sui sistemi sanitari, 2018, p. 9, nella prima stagione del SSN regolata dalla legge n. 833, il Piemonte ha saputo valorizzare le scelte di fondo della Riforma sanitaria, soprattutto per quanto riguarda la programmazione sanitaria regionale.

²⁸¹ Successivamente emendato dalla Giunta regionale e intitolato: Nuovo ordinamento del servizio sanitario: il modello del Piemonte. Linee di indirizzo per il Piano sociosanitario regionale per il triennio 2003-2005.

effettivamente attuato, poiché dichiarato decaduto il 16 febbraio 2005, il DDL regionale n. 348, intitolato “Nuovo ordinamento del servizio sanitario: il modello del Piemonte. Linee di indirizzo per il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2003-2005”, presentato il 29 ottobre 2001 rappresentò una vera e propria novità rispetto all’assetto iniziale poiché proponeva la differenziazione dei ruoli tra Aziende sanitarie locali che avrebbero così avuto un ruolo di acquirenti delle prestazioni sanitarie, e le Aziende sanitarie ospedaliere che sarebbero divenute erogatrici delle prestazioni. È possibile constatare una profonda somiglianza al modello lombardo e quello proposto dal DDL 348. Il Piemonte scelse però di rimanere più coerente con il modello nazionale con la legge statutaria del 4 marzo 2005, il cui art. 9, comma 3, afferma la volontà di mantenere il SSR piemontese sulla stessa linea di quello nazionale.

Un’altra riforma particolarmente incisiva per il sistema sanitario piemontese si ebbe con la legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007, recante Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale, che apportò al modello regionale due cambiamenti strutturali principali: la revisione delle procedure di programmazione sociosanitaria regionale e il riassetto delle aziende sanitarie regionali che avrebbe rappresentato “la più importante operazione di fusione aziendale condotta all’interno dell’organizzazione sanitaria piemontese dopo quella del 1994”²⁸². Seppur di grande portata, il sistema programmatico della legge n. 18 venne realizzato solo in parte, specialmente per quanto riguarda la programmazione locale. A seguito della crisi economica del 2010, la Regione si vide costretta ad affrontare le problematiche finanziarie del SSR adottando un piano di rientro e di riqualificazione dei servizi. Nel piano della Regione Piemonte venne incluso un riassetto aziendale importante, in cui i presidi ospedalieri sarebbero stati scorporati delle ASL e attribuiti alle aziende ospedaliere. In questo modo si sarebbe separata la gestione della rete territoriale dalla rete ospedaliera. Congiuntamente alla riorganizzazione sanitaria e coerentemente con il Piano di rientro, nel 2010 la Regione Piemonte adottò un “Addendum”, al cui interno venivano previsti nuovi obiettivi elencati in 19 Programmi Operativi in vigore fino al 2015. Grazie a tali provvedimenti fu possibile affrontare le problematiche emerse nel corso degli anni soprattutto per quanto concerne il punto di vista economico. Inoltre, la Regione Piemonte ha ideato dei cosiddetti “progetti di appropriatezza”, riguardanti l’area dei ricoveri ospedalieri per acuti, l’area delle post-acuzie, l’area delle prestazioni specialistiche e l’area della farmaceutica: “tali progetti, tradotti in obiettivi assegnati ai direttori generali delle ASR, vengono valutati e monitorati al fine di individuare le differenze che sussistono fra le realtà territoriali e consentire di intervenire con azioni correttive e raggiungere così un maggiore stato di efficienza come previsto dal Piano

²⁸² Come spiega il Rapporto di D. SERVETTI, *Esiste un modello sanitario piemontese?* promosso dal Centro d’eccellenza interdepartimentale per il management sanitario dell’Università del Piemonte Orientale e da Federsanità ANCI Piemonte, cit., p. 13, la riorganizzazione sanitaria piemontese del 1994 aveva attuato l’aziendalizzazione delle 63 USSL piemontesi allora esistenti mediante un forte processo di aggregazione territoriale e organizzativa.

di rientro²⁸³”. Negli anni successivi Il PSSR 2012-2014 si occupò del tema della rete dell’emergenza, riorganizzando la rete ospedaliera e delle cure primarie. Dal punto di vista organizzativo il SSR Piemontese rientra nel modello misto, quasi integrato e presenta una forte correlazione con la disciplina sanitaria statale. L’organizzazione delle aziende sanitarie locali si basa sulla dimensione provinciale. Inoltre, la Regione Piemonte ha scelto di adottare prevalentemente prototipi aziendali previsti dalla normativa statale come le ASL di cui fanno parte presidi ospedalieri e distretti, aziende ospedaliere che favoriscono una gestione autonoma degli ospedali più grandi, a differenze delle scelte prese ad esempio dalla Lombardia. “Il distretto rappresenta il modulo organizzativo principale dei servizi territoriali, di prevenzione, di continuità assistenziale, delle cure primarie e dell’integrazione sociosanitaria; il ruolo tendenzialmente integrativo delle strutture sanitarie private²⁸⁴”. È possibile affermare che il modello sanitario piemontese risulta essere poco aperto al privato e rispetto all’esperienza lombarda e meno focalizzato sull’assistenza ospedaliera.

La Regione Veneto per garantire il buon funzionamento del proprio sistema sanitario regionale e un accesso equo alle cure, ha modellato il proprio SSR integrando l’esperienza sociale e sanitaria accentuando il rapporto tra ospedale e territorio, facendo rientrare il proprio sistema sanitario nel modello integrato. Il modello veneto si contraddistingue per un forte radicamento territoriale “in particolare per ciò che riguarda l’offerta dei posti letto sia ospedalieri che extraospedalieri”²⁸⁵, differenziandosi da altri modelli regionali, come proprio il sistema lombardo. La legge regionale del 14 settembre 1994, n. 55, Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. (GU 3a Serie Speciale - Regioni n.51 del 24-12-1994), insieme alla legge regionale del 14 settembre 1994, n. 56, Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, costituiscono le due leggi regionali in materia sanitaria della regione Veneto. La prima andò a definire gli strumenti e le modalità della programmazione sanitaria che avrebbe adottato la Regione, insieme ai meccanismi e alle fonti di finanziamento delle Aziende sanitarie, mentre la seconda definì l’impianto organizzativo del SSR veneto. Il modello cosiddetto veneto si discosta in parte dagli altri modelli regionali. Innanzitutto, le Aziende sanitarie vengono denominate come ULSS, Unità Locale Socio Sanitaria, al loro vertice vi è

²⁸³ A. FODDIS, *La governance dei sistemi sanitari regionali tra federalismo fiscale e vincoli di bilancio*, in *Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria, Working Paper of Public Health*, n. 15, 2014, p. 29.

²⁸⁴ D. SERVETTI, *Esiste un modello sanitario piemontese?*, cit., p. 137.

²⁸⁵ R. BALDUZZI, *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., p. 509.

posto i Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale²⁸⁶. Nel 2002 la Regione Veneto approvò la legge regionale 16 agosto 2002 n. 22, Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nella quale venne previsto che tutte le strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali dovessero essere in possesso di un'autorizzazione all'esercizio in grado di garantire la qualità dell'assistenza rilasciata dalle strutture. Inoltre, la l.r. 22/2002 definì i criteri da soddisfare per poter ottenere l'accreditamento istituzionale tali da garantire ai cittadini adeguati livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni erogate. Successivamente, la Regione adottò il Piano sanitario regionale tramite la legge regionale 29 giugno 2012, n. 23, Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016, dove venne decisa una riduzione delle 21 Aziende sanitarie, riorganizzandole sulla base di un bacino di utenza compreso tra i duecento e i trecentomila abitanti. La stessa legge prevedeva: la nomina del Direttore generale della sanità veneta venne affidata al Consiglio regionale; la valutazione annuale del loro operato da parte della Giunta, del Consiglio e dei sindaci regionali; il potenziamento della figura del Direttore dei servizi sociali, che assume anche la responsabilità di coordinare i servizi sanitari territoriali; l'obbligo della trasparenza di bilancio per le ULSS²⁸⁷. Infine, degna di nota è la riorganizzazione intrapresa dalla Regione Veneto avvenuta il 25 ottobre 2016 con la legge n. 19, Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS, che dispose la riorganizzazione degli ambiti territoriali delle aziende, accorpando le 21 aziende in 9 nuove ULSS. La legge regionale n. 25/2016 aveva come principale obiettivo quello della razionalizzazione della spesa sanitaria. Per fare ciò, l'art. 1 e 2 della stessa legge indicano la volontà di unificare e centralizzare in capo ad un solo soggetto centralizzando le scelte relative alla governance del sistema sanitario e le attività di supporto alla programmazione sanitaria e sociosanitaria²⁸⁸. Centralizzando le AULSS del territorio la l'amministrazione veneta fu così in grado di velocizzare procedure burocratiche e gestionali lasciando così alle Aziende ampio raggio d'azione per quanto concerne l'organizzazione delle prestazioni sanitarie. Grazie all'Azienda Zero, la Regione Veneto si pose come scopo il miglioramento della qualità e dell'efficienza nella gestione dei servizi, proponendosi al contempo di rafforzare l'assistenza distrettuale²⁸⁹, riuscendo così identificare nel territorio la

²⁸⁶ A. CIGNACCO, *Sistema sanitario: dal livello nazionale a quello regionale veneto*, in *Altalex*, 3 agosto 2018, <https://www.altalex.com/documents/news/2018/05/31/sistema-sanitario-dal-livello-nazionale-a-quello-regionale-veneto> .

²⁸⁷ *Ibidem*.

²⁸⁸ Cfr., in tal senso, F.G. CUTTAIA, *La riorganizzazione della sanità in Veneto*, pubblicato in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, 29 marzo 2017, p. 1.

²⁸⁹ Come chiarisce F.G. CUTTAIA, "Ai sensi dell'art. 14, co. 5 l. reg. 19/2016, le Aziende "devono garantire una organizzazione capillare di sportelli e servizi al fine di agevolare gli utenti nell'accesso alle prestazioni sanitarie". Inoltre, a mente del co. 7 del citato articolo, è previsto un particolare meccanismo in base al quale i risparmi ottenuti attraverso la riduzione delle Aziende sono convogliati in un piano di interventi finalizzato a "omogenizzare i servizi forniti ai cittadini", *La riorganizzazione della sanità in Veneto*, cit. p. 2.

propria scelta operativa strategica. Questo è tutt'oggi possibile anche grazie all'importanza che viene attribuita ad Enti locali e alle comunità. Infine, il Veneto predilige le strutture sanitarie di natura pubblica stabilendo allo stesso tempo rapporti di collaborazione con i privati impegnati nell'ambito sanitario, e un'assistenza territoriale rispetto a quella ospedaliera.

Infine, modello sanitario dell'Emilia-Romagna rientra anch'esso nel gruppo dei sistemi misti-quasi integrati e come le Regioni Veneto e Piemonte, la Regione Emilia-Romagna ha optato per il mantenimento dello schema previsto dalla normativa statale, articolando le ASL in distretto sanitario, presidio ospedaliero e dipartimento di prevenzione, a differenza del modello sanitario lombardo. Tant'è che all'art. 1 della Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29, Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale venne sottolineato come i principi che definiscono gli obiettivi e regolano il funzionamento del Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna vengano posti in quanto parte del Servizio sanitario nazionale. Venne inoltre ribadita l'interdipendenza fra SSR e SSN.

L'Emilia-Romagna ha quindi conservato un assetto più tradizionale, basato sulle funzioni di controllo e programmazione da parte della Regione stessa e sull'erogazione dei servizi da parte delle Aziende sanitarie locali²⁹⁰. Allo stesso tempo la governance risulta essere fortemente connessa alle realtà territoriali, questo grazie sia alle rappresentanze politico-istituzionali delle collettività territoriali, sia attraverso il coinvolgimento diretto delle organizzazioni dei cittadini e del terzo settore²⁹¹. Da ciò ne deriva un sistema sanitario fortemente pubblicistico, incentrato sul ruolo e la partecipazione della comunità. Nel corso degli anni l'amministrazione emiliano-romagnola ha investito ingenti risorse, seppur non trascurando la rete ospedaliera, nel potenziamento dell'assistenza territoriale. Un esempio sono proprio le Case della Salute (CdS). La D.g.r. n. 291 del 2010, Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale, racchiude delimita le aree di competenza di tali presidi sanitari definendone i principi e gli obiettivi. Esse vengono descritte come un presidio del distretto gestito dal Dipartimento di Cure Primarie, ideate per favorire la miglior presa in carico dei pazienti, con lo scopo di erogare un servizio efficace di continuità diurna dell'assistenza. All'interno della D.g.r. 291/2010 venne proprio affermato come lo scopo di tali strutture fosse quello di "portare a compimento il sistema delle cure primarie, definendo alcune tipologie territoriali: la "Casa della Salute", che sia punto di riferimento certo per i cittadini, alla quale ci si può rivolgere per trovare una risposta ai propri problemi di salute". La scelta di creare le Case

²⁹⁰ L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, cit., p. 191.

²⁹¹ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, n. 9, 23 settembre 2013, p. 34.

della Salute all'interno del territorio regionale si basa su un modello di assistenza portato avanti dalla Regione Emilia-Romagna basato sull'integrazione e l'assistenza territoriale.

Riassunti brevemente i tratti che caratterizzano i modelli sanitari delle Regioni Piemonte, Veneto ed Emilia-Romagna, è necessario capire come e se le caratteristiche che contraddistinguono ogni SSR abbiano effettivamente influito sulle risposte date di fronte alla pandemia.

Dall'analisi svolta fino ad ora è emerso che fin dagli anni Novanta, e quindi dal momento in cui le Regioni hanno potuto godere di una più ampia autonomia gestionale in materia sanitaria, la Regione Lombardia in particolare si è sempre focalizzata prevalentemente sull'offerta ospedaliera, valorizzando il mercato concorrenziale tra fornitori pubblici e privati e lasciando liberi i cittadini per quanto riguarda la scelta di dove farsi curare. Al contrario le Regioni Emilia-Romagna e Veneto hanno prediletto un'assistenza sanitaria a programmazione più pubblica rispetto al modello Lombardo, investendo molto sul potenziamento dell'assistenza territoriale, ne sono un esempio le Case della Salute emiliano-romagnole e dando più importanza anche all'integrazione delle cure. Infine, il modello piemontese seppur per un certo periodo si sia avvicinato a quello lombardo, esso risulta meno propenso alla sanità privata e meno focalizzato sull'assistenza ospedaliera²⁹². Dopo la riforma lombarda del 2015 l'assetto organizzativo lombardo non sembra essere nei fatti più integrato del precedente, ma al contrario rispetto alle altre regioni risulta essere più frammentato. Per quanto riguarda il numero delle aziende territoriali la Lombardia, a differenza di Emilia-Romagna e Veneto che contano la prima 8 Asl a fronte di 9 province e il Veneto 9 Asl e 7 province, presenta 27 Asst e 12 province, così come il Piemonte che con 6 province conta 12 Asl totali. Questo tipo di organizzazione ha sicuramente influito sulla gestione della pandemia da parte delle Regioni: "Optare per un numero maggiore di aziende, di dimensioni più piccole, cambia le modalità di coordinamento da parte del governo regionale, e forse può aver avuto un ruolo anche nella gestione dell'emergenza Coronavirus. Da parte dell'assessorato regionale alla sanità sembra infatti più agevole avere come interlocutori solo 8 o 9 direttori generali (come accade in Veneto e in Emilia-Romagna); in Piemonte le aziende da coordinare sono 12, in Lombardia ben 27 (senza contare le Ats)²⁹³".

In merito all'assistenza territoriale, come esposto, la Lombardia rispetto alle altre Regioni ha da sempre destinato maggiori risorse all'assistenza ospedaliera creando eccellenze da questo punto di vista, ma "trascurando" l'assistenza extra-ospedaliera. Inoltre, in Lombardia si riscontra un minor numero di medici di medicina generale, vale a dire uno ogni 1.400 abitanti rispetto a uno ogni 1.342 in Veneto, uno ogni 1.303 in Emilia-Romagna e uno ogni 1.272 in

²⁹² M. CASULA, A. TERLIZZI, F. TOTH, *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale* n. 3, 2020, Il Mulino – Rivisteweb, p. 314.

²⁹³ *Ibidem*, p. 315.

Piemonte. È possibile affermare che la Regione Lombardia, puntando maggiormente sull'offerta ospedaliera e meno su quella territoriale e domiciliare, nel pieno della pandemia da COVID-19 ha dovuto attuare piani di emergenza volti proprio ad incrementare letti di terapia intensiva e all'attivazione di nuove strutture pubbliche dislocate sul territorio, come avvenuto con la DGR n. 2988 del 27 marzo 2020, "Attivazione struttura sanitaria temporanea della Fondazione Cà Grandra - Ospedale Maggiore Policlinico nei padiglioni messi a disposizione alla Fondazione Ente Fiera Milano". Per quanto riguarda invece l'appoggio ai fornitori privati, l'amministrazione lombarda è dovuta ricorrere al coinvolgimento di strutture private durante l'emergenza sanitaria con la D.g.r. n. 2903 del 2 marzo 2020, "Prime determinazione in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

Al contrario la Regione Veneto, grazie al consolidamento dell'assistenza territoriale, ha potuto optare per una gestione della pandemia prevalentemente territoriale, così da poter ricorrere in misura minore all'ospedalizzazione. Inoltre, a marzo 2020 la Regione Veneto mise in atto un ulteriore piano emergenziale prevedendo l'attivazione di specifici centri Covid-19 in ogni provincia, aumentando così la capienza degli ospedali²⁹⁴.

Il Piemonte ha presentato delle carenze dal punto di vista dell'assistenza territoriale come nel caso lombardo, gestendo i pazienti affetti da COVID-19 prevalentemente all'interno degli ospedali.

Il sistema regionale dell'Emilia-Romagna ha fatto ricorso, in misura minore rispetto alla Lombardia all'ospedalizzazione ma in misura maggiore rispetto alla Regione Veneto, favorendo le cure domiciliari per i pazienti positivi asintomatici o con sintomi lievi.

In conclusione, è possibile affermare che i diversi modelli regionali appartenenti alle regioni prese in analisi hanno influito sulla risposta data di fronte alla situazione di emergenza legata alla pandemia. Seppur il modello lombardo nel corso degli anni abbia sempre rappresentato un'eccellenza dal punto di vista sanitario, si è dimostrato non in grado di gestire in modo del tutto adeguato l'emergenza sanitaria nel suo impatto iniziale dei primi mesi del 2020 soprattutto per quanto riguarda l'assistenza territoriale, avendo concentrato l'assistenza prevalentemente all'interno degli ospedali e così facendo, favorendo ulteriormente la diffusione del virus. Questo è dovuto principalmente a uno scarso investimento negli anni passati sulla medicina territoriale e sull'integrazione dei servizi. L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha influito sul modello sanitario lombardo lasciando la consapevolezza della necessità di migliorare l'organizzazione e la gestione della sanità territoriale. Nonostante i tentativi già messi in atto dall'amministrazione regionale lombarda, come per esempio l'approvazione della delibera X/6164 del 30 gennaio 2017, "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti

²⁹⁴ Ibidem, in questo modo è stata aumentata di circa 1.300 posti letto la capienza degli ospedali veneti, oltre che di 212 posti di pneumatologia e 206 di terapia intensiva.

cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge 23/2015", l'assistenza distrettuale risulta ancora troppo debole per far fronte ai reali bisogni dei pazienti. La delibera X/6164 del 2017 infatti, mirava proprio ad una relazione più bilanciata tra assistenza ospedaliera e territoriale. La stessa affermava che: "Occorre ripensare l'articolazione della rete dei servizi a partire dal bisogno della persona ed individuare quindi modelli di cura e presa in carico fondati sull'appropriatezza rispetto alla domanda. Deve essere, pertanto, superata la logica "verticale" delle cure, intese come una sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali a cui corrisponde un numero uguale di responsabilità, in funzione dell'attuazione di un modello in cui la presa in carico si basa sulla capacità di mettersi a "fianco" del paziente, accompagnandolo ed indirizzandolo, in una logica di unica responsabilità di presa in carico rispetto ad una molteplicità di attività e servizi". Nonostante i tentativi però, la riforma appare molto complessa e di difficile attuazione.

3.3. Sfide Future

La riforma del Sistema Sociosanitario lombardo introdotta con la l.r. n. 23 del 2015, si prefissò di riformare il sistema sanitario della Regione Lombardia in modo tale da riuscire a "leggere i bisogni, coglierne l'evoluzione e le priorità e utilizzare le risorse esistenti, sempre limitate, per dare le risposte assistenziali più adeguate nella misura in cui servono ed erogandole nel modo più efficiente". Nonostante gli obiettivi prefissati dalla riforma, essa ha dimostrato di non essere in grado di modificare nel breve e medio periodo il livello del servizio sanitario regionale lombardo migliorandone la qualità.

Come conferma l'analisi del modello sanitario lombardo condotta dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali lo scorso dicembre 2020, è necessaria una revisione dell'organizzazione istituzionale del sistema sanitario lombardo, specialmente per quanto riguarda la gestione dell'assistenza territoriale, sia sanitaria che sociosanitaria e della prevenzione²⁹⁵. Sarà necessario apportare una profonda modifica all'architettura istituzionale semplificandola e definendo in modo chiaro le responsabilità e integrando maggiormente gli attori del sistema.

Inoltre, il sistema sanitario lombardo si presenta molto distante dall'assetto nazionale in riferimento al d.lgs. 502/1992, sarebbe quindi necessario riallineare il SSL alla normativa statale in particolar modo per quanto riguarda la frammentazione che contraddistingue il modello, infatti la frammentazione della struttura di governance porta a una risposta non coordinata rispetto ai bisogni dei cittadini. Questo ordinamento del sistema porta a una

²⁹⁵Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (l.r. 23/2015), Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio, dicembre 2020.

disomogeneità della qualità dell'offerta sul territorio e ad un coordinamento non del tutto efficace. Sarà quindi necessario rivalutare sia le dimensioni delle ASST le quali ad oggi risultano troppo frammentate e non in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni del cittadino, così come si dovrà riconsiderare il numero delle ATS²⁹⁶.

Infine, il mercato concorrenziale a cui è sottoposto il sistema sanitario lombardo porta a una competizione tra Aziende sociosanitarie territoriali ed erogatori privati accreditati dalla quale ne deriva conseguentemente una disparità nell'assegnazione del budget e nel controllo delle prestazioni erogate.

Pertanto, risulterebbe sicuramente più funzionale assegnare alla Regione il compito di stendere Accordi Contrattuali con eventuali erogatori privati accreditati per attività di ambito regionale o extraregionale, affidando alle ASST l'incarico di stipula degli Accordi Contrattuali con erogatori privati accreditati di prestazioni sanitarie, soprattutto per quanto concerne l'ambito locale.

Nonostante si prospetti una riforma sanitaria di ampio raggio e di grande portata, tali modifiche risultano essere necessarie al fine di migliorare un modello sanitario come quello lombardo che ha da sempre collezionato grandi eccellenze ma al contempo ha dimostrato di essere non abbastanza forte nel fornire risposte a breve termine ai bisogni dei cittadini. Per fare ciò, la riforma che si andrà a delineare dovrà inoltre misurarsi con interessi costituiti e presenti sul territorio e con una sfiducia nei confronti della regolazione regionale cresciuta in particolar modo nel corso degli ultimi due anni.

È auspicabile che gli interventi che saranno finanziati attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, incentrati prevalentemente sullo sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, possano servire a sanare gli squilibri riscontrati in Lombardia.

²⁹⁶ L'analisi svolta dall'AGENAS propone di costituire un'ATS unica con eventuali articolazioni territoriali, con compiti di supporto tecnico per l'adozione di provvedimenti regionali, funzioni tecnico amministrative specialistiche a livello accentrato e funzioni di coordinamento delle ASST con supporto nel miglioramento dei processi tecnico amministrativi e dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria.

Conclusione

Partendo dal significato di tutela della salute così come costituzionalmente inteso, insieme all'analisi degli aspetti organizzativi che hanno portato allo sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale e di conseguenza alla nascita dei vari Sistemi Sanitari Regionali, ci si è chiesti se tali specificità influiscano effettivamente sulle performance e sui risultati raggiunti da ogni Regione in materia sanitaria. In particolare, ci si è voluti soffermare sul cosiddetto "modello sanitario lombardo" e su come eventualmente le sue peculiarità abbiano inciso sull'attività sanitaria durante la pandemia da COVID-19.

In primo luogo, con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale avvenuto grazie alla legge n. 833 del 1978 si concretizzava quanto espresso dall'art. 32 Cost., infatti, nel 1978 nasceva un SSN volto a concentrarsi soprattutto sull'aspetto solidaristico dell'erogazione delle prestazioni in modo tale da poter assistere tutta la popolazione. Dal punto di vista regionale, la legge n. 833/78 modificava anche l'assetto organizzativo e gestionale della sanità: da questo momento, infatti, le Regioni diventano titolari della programmazione e del coordinamento in materia sanitaria, dando così il via alle prime differenziazioni regionali.

È possibile affermare che l'esistenza di diversi assetti regionali in materia sanitaria sia dovuta in primo luogo dalle riforme sanitarie introdotte dalle leggi n. 502 del 1992, 517 del 1993 con le quali venivano introdotti temi di concorrenzialità e di azienda anche in sanità, rafforzando in modo preponderante le competenze regionali e istituendo nuovi criteri di finanziamento e di spesa. Anche la l. n. 229 del 1999 introducendo per esempio i Livelli Essenziali di assistenza, rafforzava ulteriormente l'impostazione privatistica creatasi fino ad allora all'interno dell'ordinamento sanitario. Ma è soprattutto grazie alle modifiche apportate all'art. 117 Cost. con il quale grazie alla Legge costituzionale n. 3 del 2001, le Regioni si videro attribuite ulteriori poteri legislativi in materia sanitaria vedendosi così ampliate le loro competenze legislative. In questo modo, i rapporti tra Stato e Regioni vengono ridefiniti in senso federalistico, dove le Regioni acquisiscono nuovi poteri e autonomia aumentando così la frammentazione e la disomogeneità dei Servizi sanitari regionali. Questo processo evolutivo ha fatto sì che oggi il SSN sia composto da modelli sanitari regionali molto diversi tra loro. A tal proposito, con l'intento di mantenere comunque un certo standard prestazionale all'interno del Paese e una tutela del diritto alla salute egualitaria a tutti gli utenti iscritti al Servizio sanitario nazionale, vengono definiti dal comma 3 dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502 i Livelli essenziali di assistenza. Ma, dalle analisi effettuate in merito all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, all'interno del contesto sanitario altamente differenziato da Regione a Regione, venivano comunque create ancora una volta ulteriori differenze all'interno del Paese,

poiché nella pratica veniva lasciato un ampio margine d'azione e programmazione alle stesse Regioni. Inoltre, con la revisione costituzionale approvata con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, si creò un modello di condivisione e gestione multilivello di competenze e strumenti fiscali, indirizzato al raggiungimento di una maggiore efficienza a livello economico e amministrativo, il cd. Federalismo fiscale, anche in materia sanitaria. Ma, con il federalismo fiscale si creò al contempo un certo livello di conflittualità tra Stato e Regioni, a causa di una non del tutto nitida attribuzione delle responsabilità, conflittualità e disorganizzazione emerse anche durante la gestione dell'emergenza legata alla pandemia da COVID-19. Inoltre, analizzando gli standard assistenziali e di costo, definiti a margine della riforma fiscale, è stato possibile comparare le diverse performance dei SSR in un'ottica economica e di rendimento. Dalle analisi effettuate è stato possibile individuare due tipologie di Regioni in base alle modalità di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, vale a dire Regioni "virtuose" e "viziose", sia dal punto di vista performativo che da quello economico. È possibile quindi affermare che da tali differenziazioni regionali ne derivano anche diversi risultati in termini di efficienza ed efficacia.

Da ultimo, nel corso del capitolo III, è stata analizzata la trasformazione dei Servizi Sanitari Regionali a partire dalla legge n. 833/1978, esaminando le caratteristiche che delineano i diversi modelli regionali esistenti e quindi anche attraverso l'analisi della dimensione territoriale dell'assistenza sanitaria e il rapporto pubblico-privato nella gestione dell'assistenza ospedaliera. È stato possibile riscontrare come a partire soprattutto dagli anni Novanta le Regioni abbiano iniziato ad organizzare i propri SSR in modo diverso sia dal punto di vista gestionale dell'erogazione delle prestazioni sanitarie sia in base a decisioni di politica sanitaria. In particolare, le scelte operate dalla Regione Lombardia sono dovute prevalentemente al fatto che essa punti all'efficienza nell'erogare prestazioni sanitarie e allo stesso tempo alla concorrenza del mercato sanitario, garantendo così la piena libertà di scelta ai propri cittadini. Nonostante il modello sanitario lombardo presenti punti di forza, come per esempio la produzione di servizi ospedalieri e territoriali integrati nelle ASST, i punti di debolezza emersi dall'analisi del Servizio sanitario regionale della Regione Lombardia sono un sistema istituzionale altamente frammentato tra Regione, Agenzie di controllo, ASST e ATS, unite a uno squilibrio tra sistema ospedaliero e territoriale che porta a uno svantaggio delle cure cd. "quotidiane" e della prevenzione. Inoltre, si rilevano inefficienze anche per quanto riguarda la gestione della presa in carico dei pazienti cronici soprattutto in merito al coordinamento tra ospedale e territorio.

Infatti, al fine di completare la ricerca e indagare più a fondo su come le particolarità del SSR lombardo abbiano potuto influire sulla gestione pandemica della Regione, lo studio si è concluso con l'analisi dei tre Servizi sanitari regionali confinanti alla Lombardia e che hanno

a loro volta subito le conseguenze maggiori dalla pandemia da COVID-19: Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto. Dalle analisi effettuate è emerso che i Servizi sanitari regionali di Emilia-Romagna e Veneto detengono un modello prevalentemente a programmazione pubblica rispetto al modello Lombardo, investendo in particolar modo sull'assistenza territoriale, mentre il modello Piemontese, risulta meno incline a una sanità privatizzata e meno centrato sull'assistenza ospedaliera. Infatti, la Regione Lombardia, essendo maggiormente incline ad un'offerta ospedaliera rispetto a quella distrettuale, durante la pandemia dello scorso 2020 ha riscontrato maggiori difficoltà proprio nella dislocazione dei pazienti da ricoverare in terapia intensiva nel territorio, così come anche la Regione Piemonte.

È possibile concludere affermando che le peculiarità caratterizzanti i diversi modelli regionali sanitari hanno decisamente influito sulle risposte date da ogni Regione alla pandemia. In particolare, il SSR lombardo, per i motivi sopracitati, si è dimostrato non totalmente in grado di gestire efficientemente l'emergenza sanitaria, soprattutto a livello di assistenza territoriale, concentrando l'assistenza prevalentemente all'interno degli ospedali. Le problematiche messe alla luce dalla pandemia non sono altro che problemi già sussistenti da molto prima, ma evidenziate ulteriormente proprio dall'emergenza sanitaria iniziata lo scorso febbraio 2020. Inoltre, il nuovo coronavirus ha portato il legislatore ad avere una nuova consapevolezza nel ridefinire le priorità, non solo per il modello sanitario lombardo ma anche per quanto riguarda il Servizio sanitario nazionale, dando la possibilità di aprire nuovi scenari legislativi e di policy nell'ambito della sanità.

A tal proposito, per quanto concerne la sanità lombarda, sarà necessario rivedere l'articolazione della rete dei servizi, mettendo al centro il paziente, sapendolo accompagnare e indirizzare. È inoltre necessaria una riforma in grado di revisionare l'organizzazione istituzionale del sistema lombardo, così come spiegato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, capace di gestire al meglio l'assistenza territoriale, sia sanitaria che sociosanitaria e della prevenzione. Il ruolo della Regione dovrebbe quindi essere quello di guidare e attuare nuovi progetti volti a implementare l'area dei servizi assistenziali sul territorio, ridimensionando l'attuale assetto prevalentemente privatistico del SSR lombardo.

Concludendo, sarà auspicabile che le future riforme che verranno attuate dalla Regione Lombardia in ambito sanitario dovranno concentrarsi prevalentemente sulla predisposizione di un piano di investimenti focalizzato su soluzioni territoriali e di assistenza domiciliare, per fare ciò sarà necessario operare con interessi costituiti e già presenti sul territorio e affrontare la sfiducia nei confronti della regolazione regionale cresciuta in particolar modo nel corso degli ultimi due anni, oltre che di ingenti risorse finanziarie.

Riassunto

Con il presente lavoro di tesi si sono voluti portare avanti tre percorsi di ricerca necessari per capire in che modo si siano nel tempo costruiti diversi sistemi sanitari regionali, con un riferimento particolare su come sia nato e si sia sviluppato il cosiddetto “modello lombardo”, e come la pandemia abbia influito su di esso.

In primo luogo, sono stati analizzati più approfonditamente gli articoli 114 e 117 della Costituzione che insieme all’art. 32 Cost. delineano i principi fondamentali del SSN. L’art. 114 Cost. ricorda come Comuni, Province, Città metropolitane, Regioni e Stato abbiano la stessa natura di soggetti costitutivi della Repubblica e che quindi non sussista un rapporto di gerarchia tra di essi; al contempo l’articolo ricorda come la tutela della salute sia affidata alla Repubblica e di conseguenza sia materia di tutti gli enti sopracitati, e come quindi essi partecipino sussidiariamente alla tutela del diritto alla salute. Infatti, l’art. 114 deve essere letto in collegamento all’art. 118 Cost. che menziona proprio i principi di sussidiarietà verticale ed orizzontale.

In secondo luogo, l’esistenza di diversi assetti regionali in materia sanitaria si deve anche alle modifiche apportate proprio all’art. 117 Cost., con il quale grazie alla Legge costituzionale n. 3 del 2001, le Regioni si videro attribuite ulteriori poteri legislativi in materia sanitaria. È stato necessario quindi capire se il profilo organizzativo dei servizi sanitari sia effettivamente da ascrivere all’interno della “tutela della salute” oppure se possa costituire un titolo di legittimazione all’intervento legislativo regionale non sottoposto al rispetto dei principi fondamentali dettati dalla legislazione statale²⁹⁷. Riguardo alla questione intervenne la Corte Costituzionale con la sentenza n. 510 del 2002, in risposta a quanto sostenuto proprio dalla Regione Lombardia insieme alla Regione Puglia, statuendo che “a seguito della sopravvenuta modifica del Titolo V della Costituzione, la materia “assistenza sanitaria e ospedaliera dovrebbe essere ricondotta alla competenza esclusiva delle Regioni”, le quali dovrebbero ritenersi legittimate a definire, senza alcuna interferenza dello Stato, il proprio ordinamento e la propria organizzazione amministrativa, compresa l’organizzazione necessaria all’esercizio delle competenze a essa attribuite in materia sanitaria”²⁹⁸. In risposta a ciò venne affermato come “con la riforma del Titolo V il quadro delle competenze sia stato profondamente rinnovato e in tale quadro le Regioni possono esercitare le attribuzioni, di cui ritengono di essere titolari, approvando (...) una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella statale” e quindi che “le vigenti norme statali possono essere sostituite, nei limiti ovviamente delle rispettive

²⁹⁷ D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell’organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione del principio di sussidiarietà*, fasc. 6, Il Mulino – Rivistaweb, novembre-dicembre 2007, p. 986.

²⁹⁸ Corte costituzionale, sent. n. 510 del 2002, punto 8 del Ritenuto in fatto.

competenze, da un'apposita legislazione regionale"²⁹⁹. Così affermando allo stesso tempo però la Corte non precisa effettivamente se la disciplina regionale potrà operare in sostituzione a quella statale anche per quanto riguarda i principi fondamentali o se dovrà prendere il posto della legislazione statale solamente in merito agli aspetti di dettaglio, e se quindi ci sarà effettivamente una competenza concorrente in materia di tutela della salute o una competenza esclusiva regionale in materia di organizzazione sanitaria³⁰⁰. Le Regioni vedono così ampliate le loro competenze legislative. Si può affermare che con il mutamento del quadro costituzionale apportato nel 2001 con la riforma del titolo V, i rapporti tra Stato e Regioni vengono ridefiniti in senso federalistico, dove le regioni acquisiscono nuovi poteri e autonomia aumentando così la frammentazione e la disomogeneità dei servizi sanitari regionali.

Il primo filone di analisi si è concentrato sul profilo storico della sanità in Italia, partendo da una ricerca diacronica svolta nel capitolo I. Qui si è voluto iniziare esaminando brevemente la legge n. 2248 del 20 marzo 1865 con particolare attenzione all'allegato C, che costituisce il primo intervento legislativo del Servizio sanitario nazionale. Dagli studi e dalle ricerche effettuate è emerso come inizialmente la tutela della salute si limitasse al mero miglioramento della salute collettiva, in particolar modo alla tutela e prevenzione della salute dei lavoratori. Infatti, prima dell'avvento del SSN nel 1978, il sistema sanitario nazionale si basava principalmente su un assetto assicurativo-previdenziale il quale offriva prestazioni e cure spettanti solamente a coloro in possesso di un lavoro. L'accesso ad esso non era quindi universale ma riservato a una certa categoria di cittadini. Il diritto alla salute veniva considerato quindi non come un diritto di cittadinanza vero e proprio come viene inteso oggi, bensì strettamente collegato alla condizione lavorativa della persona. Per salvaguardare la salute dei lavoratori e dei propri famigliari nascevano così le cosiddette Casse Mutue, enti assicurativi che si occupavano proprio di garantire le cure alla classe operaia dell'800, insieme ad Opere Pie e associazioni benefiche.

Proprio dalla necessità di tutelare la salute dei lavoratori e della collettività ha origine il sistema mutualistico, gestito prevalentemente a livello comunale. Tale sistema rappresenta la colonna portante di ciò che simboleggia al giorno d'oggi il nostro modello di welfare, seppur creando diverse disparità per quanto riguarda le cure offerte ai propri iscritti. Dal modello appena descritto è possibile riscontrare le prime diseguaglianze esistenti in materia di assistenza sanitaria in Italia; infatti, gli enti mutualistici non fossilizzavano diseguaglianze, non tra diversi

²⁹⁹ Ibidem, punto 4 del Considerato in diritto.

³⁰⁰ L. VIOLINI, *Costanti e variabili nell'organizzazione dei servizi sanitari. Per una prima valutazione delle riforme costituzionali in materia*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004, 375 ss.

territori del Paese come accade oggi, ma all'interno dello stesso mercato del lavoro³⁰¹. Ciò che risultava era quindi una copertura non totale della popolazione e disparità tra i lavoratori stessi.

Successivamente all'interno dell'elaborato ci si è voluti concentrare sul delineamento del Servizio sanitario nazionale a margine delle varie riforme che si sono susseguite nel corso degli anni, in particolar modo a partire dall'affermazione del diritto alla salute con la legge n. 833 del 1978, che mira alla tutela della salute fisica e psicofisica dell'individuo, cioè che, ex art. 32 Cost., “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite 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”. Infatti, la l.n. 833/1978 istituiva l'attuale assetto del Servizio sanitario nazionale, seppur come modificato successivamente nel corso degli anni Novanta fino ad oggi. Nasceva così un SSN volto a concentrarsi soprattutto sull'aspetto solidaristico dell'erogazione delle prestazioni in modo tale da poter assistere tutta la popolazione e non solamente alcune categorie. Dal punto di vista regionale, la legge n. 833/78 modificava anche l'assetto organizzativo e gestionale della sanità: da questo momento, infatti, le Regioni diventano titolari della programmazione e del coordinamento in materia sanitaria. Il nuovo assetto creatosi nel 1978 dà così il via alle prime differenziazioni regionali: già da questo momento, infatti, è possibile registrare i primi scostamenti dal modello nazionale. Nonostante la creazione delle Unità sanitarie locali, aventi come scopo principale quello di unificare le funzioni sanitarie e superare così la frammentazione del sistema mutualistico appena abbandonato, la loro suddivisione variava però da regione a regione. Prima fra tutte ad apportare alcune “alterazioni” all'assetto generale era proprio la Regione Lombardia, che già nel 1972 si differenziava dalle altre regioni istituendo servizi innovativi come i citati Consorzi sanitari di zona. Dall'analisi svolta quindi si evince che nonostante la volontà nazionale di creare un sistema gestito centralmente a livello statale, che allo stesso tempo amministrasse territorialmente le prestazioni e i servizi da offrire ai cittadini, le regioni anche grazie ai Piani sanitari regionali iniziavano ad operare come soggetti programmatori e organizzatori indipendenti creando così i primi scostamenti. L'analisi storica e legislativa è proseguita con l'esame delle riforme sanitarie caratterizzanti gli anni Novanta, come il d.lgs. n. 502 del 1992 che andava ad introdurre temi di concorrenzialità e di azienda anche in sanità, rafforzando in modo preponderante le competenze regionali e istituendo nuovi criteri di finanziamento e di spesa. La riforma del 1992, come successivamente modificata dal d.lgs. n. 517/93, aumentava ancor di più la disomogeneità delle prestazioni sanitarie all'interno della nazione creando quindi un ulteriore frattura nell'universalità del servizio sanitario. Infatti,

³⁰¹ In base alla posizione lavorativa ricoperta e ai contributi versati, le diverse Casse Mutue offrivano ad ogni iscritto un servizio commisurato.

i crescenti poteri affidati alle Regioni, uniti al passaggio da USL ad ASL e quindi a vere e proprie aziende pubbliche organizzate e finanziate a livello regionale, facevano sì che ogni regione iniziasse a delineare il proprio assetto organizzativo regionale.

Infine, è stato analizzato l'impatto che ha avuto il Decreto legislativo n. 229/99 sul Servizio sanitario nazionale. La riforma Bindi, cercando di correggere le complessità accumulate all'interno del SSN nel corso del tempo, introducendo per esempio i Livelli Essenziali di assistenza, rafforzava ulteriormente l'impostazione privatistica creata fino ad allora all'interno dell'ordinamento sanitario, come non a caso l'attribuzione della cosiddetta autonomia imprenditoriale alle Aziende sanitarie locali, facendo in modo che l'ASL divenisse così un'azienda condizionata da processi economici. Ulteriori differenziazioni si crearono tra le Regioni a causa dell'ampia discrezionalità attribuita alle stesse dal decreto legislativo in questione nella programmazione e gestione dell'assistenza sanitaria sul territorio di competenza in merito alla garanzia dei livelli essenziali e uniformi delle prestazioni precedentemente attribuiti, dal d.lgs. n. 502/92 e 517/93 alle stesse Aziende sanitarie locali.

Le diverse evoluzioni legislative affrontate dalle Regioni in materia sanitaria nel corso degli anni hanno permesso alle stesse di poter organizzare autonomamente il proprio sistema sanitario all'interno del proprio territorio. Questo processo evolutivo ha fatto sì che oggi il SSN sia composto da modelli sanitari regionali molto diversi tra loro.

Nel capitolo II, invece, è stato portato avanti il secondo percorso di ricerca focalizzato sui profili giuridici e sulle valutazioni economiche del finanziamento al Servizio sanitario nazionale. Sono stati analizzati in particolar modo gli standard assistenziali e di costo, definiti a margine della riforma fiscale, che hanno promosso la comparazione tra le "performance" regionali in un'ottica economica e di rendimento.

Da un punto di vista giuridico, se con la l.n. 833/1978 e l'imposizione di una spesa centralizzata si voleva creare una sorta di *standard* nazionale di prestazioni sanitarie, riducendo così le responsabilità a capo delle Regioni, con le successive riforme sanitarie degli anni Novanta si passava a un contesto totalmente incentrato sulle Regioni, anche dal punto di vista finanziario. Infatti, con le modifiche attuate a partire dal decreto legislativo n. 502/1992 e dalla successiva riforma del Titolo V, venivano traslate dal livello statale a quello regionale una mole non indifferente di responsabilità anche per quanto riguardava il finanziamento degli stessi SSR, accentuando così la posizione delle Regioni in materia sanitaria. Inoltre, nonostante l'obiettivo fosse di mantenere uno certo standard prestazionale tra le diverse Regioni con l'introduzione dei Livelli essenziali di assistenza, in un secondo momento è stato altrettanto possibile notare come gli output prestazionali erogati a livello regionale andassero via via a creare ulteriori disparità tra i diversi sistemi regionali, soprattutto a livello economico e quindi con la possibilità di non riuscire a garantire completamente un certo livello prestazionale o

addizionale. I LEA vengono definiti dal comma 3 dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502 in base alla dignità della persona, dell'equità nell'accesso dell'assistenza e secondo determinati standard economici, ma per la loro piena attuazione si deve attendere il 2001, quando con il d.p.c.m. del 29 novembre 2001 avanzava una prima definizione dei LEA. Nel quadro normativo esposto all'interno del capitolo, si è verificato come i LEA abbiano il principale obiettivo di garantire una tutela del diritto alla salute egualitaria, agli utenti iscritti al Servizio sanitario nazionale, all'interno di contesto sanitario altamente differenziato da Regione a Regione. Nonostante gli intenti e l'obbligo di assicurare il servizio minimo garantito come previsto dai LEA, venivano create ancora una volta ulteriori differenze all'interno del Paese, poiché nella pratica si lasciava comunque un ampio margine d'azione e programmazione alle Regioni, nonché la possibilità di poter garantire ulteriori prestazioni rispetto a quelle garantite dallo Stato, a patto di ricorrere ai bilanci interni delle stesse Regioni. Si è sottolineato inoltre, come per quanto riguarda l'attuazione dei LEA sia di particolare importanza il principio di leale collaborazione tra i diversi livelli di governo: a ciò è destinato il sistema delle Conferenze, e in particolare per quanto concerne la sanità la Conferenza Stato Regioni, che fa sì che sussista una determinazione comune riguardante il contenuto dei LEA. Infine, rispetto al finanziamento dei LEA, lo Stato ricorre al criterio del costo standard, in sostituzione al metodo della spesa storica, garantendo un calcolo delle risorse, come spiega l'art. 6, comma 1, lettera g), del disegno di legge delega sul federalismo fiscale licenziato dal Governo il 3 ottobre 2008, "al livello minimo sufficiente ad assicurare il pieno finanziamento del fabbisogno corrispondente ai livelli essenziali delle prestazioni in almeno una Regione"³⁰².

I costi standard venivano definiti proprio a margine della riforma sul federalismo fiscale, nonché un modello di condivisione e gestione multilivello di competenze e strumenti fiscali, indirizzato al raggiungimento di una maggiore efficienza a livello economico e amministrativo, poiché in questo modo si opera in base alle diverse necessità ed esigenze basate sulle caratteristiche delle Regioni. Dopo la Riforma del Titolo V, i primi due commi del nuovo art. 119 Cost. stabilivano che Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni avrebbero avuto autonomia finanziaria di entrata e di spesa. Ciò comportava ancora una volta a implementare le differenze già esistenti tra le Regioni italiane. Infatti, con il federalismo fiscale venivano agevolate le Regioni con proventi maggiori, potendo così trarne vantaggio per finanziare ulteriori prestazioni anche in ambito sanitario. Un altro rischio legato all'introduzione di un modello federalista era il rischio di far passare in secondo piano l'elemento qualitativo delle prestazioni erogate a causa del condizionamento finanziario che portava gli enti erogatori a concentrarsi prevalentemente sul risparmio nell'erogazione delle prestazioni. Inoltre, spesso i risultati di efficienza economica auspicati non sono sempre stati raggiunti, in particolare da

³⁰² E. JORIO, *Federalismo fiscale e sanità*, cit., p. 8.

quelle Regioni con maggiori difficoltà nella gestione delle risorse, creando un rischio di instabilità finanziaria a causa dei debiti accumulati dalle ASL. Emerge inoltre come la gestione così impostata del federalismo fiscale abbia portato a un certo livello di conflittualità tra Stato e Regioni, a causa di una non del tutto nitida attribuzione delle responsabilità, conflittualità e disorganizzazione emersa anche durante la gestione dell'emergenza legata alla pandemia da COVID-19. Seppure quindi il federalismo fiscale abbia portato a risultati positivi per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni ai cittadini (poiché tale modello portava ad un maggior avvicinamento verso i pazienti), esso non ha ugualmente comportato i risultati economici auspicati, a causa dell'insufficienza del finanziamento regionale e/o ad errori nella gestione delle risorse, accentuando le diversità preesistenti tra i vari modelli regionali, portando avanti una competizione tra essi.

A tal proposito, si è potuto verificare attraverso l'analisi delle performance delle Regioni in un'ottica di rendimento nell'erogare i Livelli essenziali di assistenza, di come sia possibile individuare Regioni "virtuose" e "viziose", sia dal punto di vista performativo che da quello economico. Per far fronte alle difficoltà riscontrate dalle Regioni "viziose", sono stati introdotti con l'accordo Stato-regioni del 2001 i Piani di rientro, strumenti e regole imposte alle Regioni per ristabilire l'equilibrio di bilancio. Tale strumento però è diventato via via sempre più vincolante per le Regioni a cui veniva sottoposto: vincolando l'operabilità delle Regioni per far fronte alla mancata efficienza economica di quest'ultime, infatti, si rischia di limitare ancora una volta un'adeguata erogazione delle prestazioni sanitarie.

Da ultimo, attraverso l'analisi del fenomeno della mobilità sanitaria attiva e passiva è stato possibile rilevare come dal punto di vista delle preferenze degli utenti, il SSR Lombardo risulti comunque una delle principali mete scelte dai pazienti dove sottoporre le proprie cure. Infatti, nonostante la Regione Lombardia utilizzi un elevato livello di risorse private in sanità³⁰³, essa si conferma come un'eccellenza in cure specialistiche e interventi di alto livello, giustificando così l'utilizzo efficiente delle risorse finanziarie in sanità. L'aver trascurato l'assistenza sanitaria distrettuale privilegiando al contrario l'assistenza prevalentemente privata, ha sicuramente inciso sulle dinamiche negative riscontrate nel corso della pandemia da COVID-19 in Lombardia.

Infatti, da ultimo nel corso del capitolo III, è stata analizzata la trasformazione dei Servizi Sanitari Regionali a partire dalla legge n. 833/1978, esaminando le caratteristiche che delineano i diversi modelli regionali esistenti e quindi anche l'analisi della dimensione territoriale dell'assistenza sanitaria e il rapporto pubblico-privato nella gestione dell'assistenza ospedaliera. È stato possibile riscontrare come a partire soprattutto dagli anni Novanta le Regioni abbiano iniziato ad organizzare i propri SSR in modo diverso sia dal punto di vista

³⁰³ Soprattutto per quanto riguarda le cd. "cure quotidiane".

gestionale dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ma anche in base a decisioni di politica sanitaria.

Con la legge regionale n. 31/1997 il servizio sanitario regionale lombardo veniva ufficialmente indirizzato verso un modello sanitario aperto: i modelli regionali sanitari, infatti, possono essere qualificati come *aperti*, dove prevale una logica più concorrenziale come nel caso lombardo, o *programmati* in cui al contrario l'Azienda sanitaria locale gestisce la maggior parte dei servizi, con soltanto una minima parte di committenza verso l'esterno. In particolare, la Regione Lombardia è l'unica Regione ad aver optato per una separazione completa delle funzioni di acquisto ed erogazione, mettendo sullo stesso piano erogatori privati e pubblici. Inoltre, la Lombardia ha preferito un modello separato per quanto riguarda la gestione degli ospedali. Infatti, con una gestione separata di quest'ultimi, essi vengono scorporati dalle rispettive Aziende sanitarie locali e accorpate in aziende ospedaliere autonome. Infine, un ulteriore elemento che distingue i diversi SSR è il livello di assistenza ospedaliera territoriale, elemento essenziale per una buona assistenza sanitaria, poiché qui vengono racchiuse tutte le cure domiciliari quotidiane e i servizi territoriali.

Le scelte operate dalla Regione Lombardia sono dovute prevalentemente al fatto che essa punti all'efficienza nell'erogare prestazioni sanitarie e allo stesso tempo alla concorrenza del mercato sanitario, garantendo così la piena libertà di scelta ai propri cittadini. Nonostante nel corso degli anni il modello lombardo abbia tentato con alcune misure legislative di riposizionarsi su un assetto più affine a quello statale, (come per esempio nel 2008 quando essa provò a rafforzare il lato della domanda anziché quello dell'offerta), poiché era riconosciuta la debolezza del modello causata principalmente dalla sua eterogeneità e le differenze territoriali che si erano via via create, queste carenze non sono mai state debitamente affrontate se non fino al 2013. Infatti, nel 2014 veniva pubblicato il *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia* dove erano prese in considerazione il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria e la rimodulazione del sistema di offerta. Così, nel 2015 veniva approvata la legge regionale n. 23/2015, che si mosse seguendo due direttrici principali: prima di tutto la separazione delle funzioni programmatiche da quelle gestionali, poiché fino ad allora le ASL accorpavano sia funzioni programmatiche, di regolazione ma anche gestionali e di erogazione di prestazioni sanitarie come quelle domiciliari, passando così dall'ASL alle ATS, cioè da Aziende ad Agenzie per quanto riguarda la regolazione, mentre l'erogazione veniva affidata alle ASST. La seconda direttrice era quella dell'accorpamento, con la creazione di un unico nuovo Assessorato del Welfare, anche se tale operazione non è mai stata del tutto di successo a causa dell'ampiezza dei nuovi perimetri di riferimento. Anche in questo caso, seppur cercando di modificare la struttura istituzionale e organizzativa del SSR Lombardo, allo stesso tempo i principi cardine alla base del sistema rimanevano gli stessi: libertà di scelta,

concorrenza tra erogatori pubblici e privati accreditati, separazione tra le funzioni di governo e quelle di erogazione³⁰⁴.

Nonostante il modello sanitario lombardo presenti punti di forza, come per esempio la produzione di servizi ospedalieri e territoriali integrati nelle ASST, i punti di debolezza emersi dall'analisi del SSR della Regione Lombardia sono un sistema istituzionale altamente frammentato tra Regione, Agenzie di controllo, ASST e ATS, unite a uno squilibrio tra sistema ospedaliero e territoriale che porta a uno svantaggio delle cure cd. "quotidiane" e della prevenzione. Inoltre, si rilevano inefficienze anche per quanto riguarda la gestione della presa in carico dei pazienti cronici soprattutto per quanto riguarda il coordinamento tra ospedale e territorio.

Le problematiche emerse nel corso della pandemia hanno evidenziato criticità del SSR lombardo già presenti, ma amplificate dall'emergenza da COVID-19, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza domiciliare. Si è visto come nel 2015 si cercava di garantire maggiore continuità tra cure ospedaliere e territorio attraverso l'unione delle Ao nella rete territoriale ASST e dei POT dislocati all'interno della Regione, ma senza definire in modo adeguato le nuove modalità organizzative. Vennero modificate anche le vecchie connessioni tra diversi livelli di governo, ma così facendo la gestione e il governo dell'integrazione tra i comuni e le ATS erano ancora più complessi, rendendo faticoso mettere in atto il programma.

Sulla scia di altre Regioni, venivano successivamente istituiti i PreSST, un tentativo di accorpamento di tutti i servizi essenziali per la salute del cittadino e l'assistenza domiciliare, ma nel corso del 2019 e soprattutto nel 2020 è emerso come queste strutture forniscano risposte molto frammentate tra di loro. È possibile quindi affermare che per quanto riguarda l'assistenza distrettuale, la Regione Lombardia presenti ancora aspetti ambivalenti e disomogenei soprattutto rispetto alla pluralità di soggetti operanti al suo interno, ossia Agenzie di controllo, ATS, ASST e la Regione stessa. A rendere tali rapporti frammentati è anche il modello concorrenziale tra pubblico e privato, che porta a una serie di difficoltà nel costruire rapporti stabili con gli enti locali e il territorio.

In particolare, l'entrata in scena degli erogatori privati si ha a partire dal decreto legislativo n. 502 del 1992, con il quale si voleva recuperare sia efficienza che efficacia in materia sanitaria. Proprio la Regione Lombardia con il suo Piano Sanitario Regionale, insieme alla Regione Lazio, risulta essere fin dal principio la Regione più propensa a ricorrere a forniture private. Seppur tale scelta abbia nel corso del tempo affermato l'eccellenza sanitaria lombarda all'interno del Paese, essa ha dall'altra parte messo in un angolo l'assistenza sanitaria pubblica. Infatti, negli anni il SSL ha favorito principalmente proprio gli erogatori privati accreditati, ne

³⁰⁴ Regione Lombardia, il Consiglio, Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione, cit., p. 15.

è prova il fatto che dagli anni Novanta fino al 2018 i posti letto pubblici sono via via diminuiti a favore di un netto aumento dei posti letto in strutture private. Emerge quindi la necessità di attuare una riforma in grado di creare un modello non discriminatorio e a tutela del diritto alla salute, tenendo in considerazione le tensioni tra il settore pubblico e privato.

Il terzo ed ultimo filone di ricerca si è concluso con l'analisi dei tre SSR confinanti alla Regione Lombardia e che hanno a loro volta subito le conseguenze maggiori dalla pandemia da COVID-19: Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto.

Dalle analisi effettuate è emerso che le Regioni Emilia-Romagna e Veneto hanno prediletto durante il loro sviluppo un'assistenza sanitaria prevalentemente a programmazione pubblica rispetto al modello Lombardo, investendo in particolar modo sull'assistenza territoriale, mentre il modello Piemontese, per quanto avvicinosi al modello sanitario lombardo in precedenza, risulta meno incline a una sanità privatizzata e meno centrato sull'assistenza ospedaliera. Infatti, la Regione Lombardia, essendo maggiormente incline ad un'offerta ospedaliera rispetto a quella distrettuale, durante la pandemia dello scorso 2020 ha riscontrato maggiori difficoltà proprio nella dislocazione dei pazienti da ricoverare in terapia intensiva nel territorio, così come anche la Regione Piemonte. Al contrario Regioni come Veneto ed Emilia-Romagna grazie alla loro potenziata rete di assistenza territoriale, hanno potuto optare per una gestione dell'emergenza da COVID-19 più circoscritta.

Quindi, i diversi modelli regionali sanitari hanno decisamente influito sulle risposte date da ogni Regione alla pandemia. In particolare, il SSR lombardo a causa delle problematiche evidenziate fino a qui, si è dimostrato non totalmente in grado di gestire efficientemente l'emergenza sanitaria, soprattutto a livello di assistenza territoriale, concentrando l'assistenza prevalentemente all'interno degli ospedali.

Le criticità del modello sanitario lombardo, già presenti in larga parte prima del 2020, sono state evidenziate ulteriormente proprio dall'emergenza sanitaria, portando così il legislatore a nuove consapevolezze e a una ridefinizione delle priorità, per poter così aprire nuovi scenari legislativi e di policy nell'ambito della sanità. A tal proposito, per quanto concerne la sanità lombarda, sarà necessario rivedere l'articolazione della rete dei servizi, mettendo al centro il paziente, sapendolo accompagnare e indirizzare. È inoltre necessaria una riforma in grado di revisionare l'organizzazione istituzionale del sistema lombardo, così come spiegato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, capace di gestire al meglio l'assistenza territoriale, sia sanitaria che sociosanitaria e della prevenzione. Inoltre, essendo il SSR lombardo il più "distante" dal modello statale della sanità in riferimento al d.lgs. 502/1992, è auspicabile riavvicinare il SSL alla normativa statale scavalcando le difficoltà dovute alla struttura di governance frammentata e alle risposte non coordinate rispetto ai bisogni dei pazienti. In aggiunta, la competizione tra ATS ed erogatori privati derivante dall'assetto

prettamente concorrenziale del sistema sanitario lombardo, porta a una conseguente disparità nell'assegnazione del budget e nel controllo delle prestazioni erogate.

Il ruolo della Regione dovrebbe quindi essere quello di guidare e attuare nuovi progetti volti a implementare l'area dei servizi assistenziali sul territorio, ridimensionando l'attuale assetto prevalentemente privatistico del SSR lombardo.

La riforma della l.r. 23/2015, già introdotta nel corso di quest'anno dall'amministrazione lombarda, si prospetta essere di ampia portata ma necessaria, per fare sì che un modello come quello della Regione Lombardia, da sempre eccellente per tanti aspetti, risulti essere forte anche nel fornire risposte a breve termine ai bisogni dei cittadini. Grazie alle ulteriori risorse messe in campo anche dall'Unione Europea grazie al programma Next Generation EU, e predisposte dal governo italiano all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, sarà possibile potenziare ed attuare un miglioramento dell'assistenza sanitaria soprattutto territoriale insieme alla medicina generale e implementando l'offerta di prossimità, incentivando il processo di collaborazione tra territorio e medicina specialistica soprattutto per quanto riguarda la presa in carico dei pazienti cronici.

Concludendo, risulta chiaro come le future riforme attuate dalla Regione Lombardia in ambito sanitario dovranno concentrarsi prevalentemente sulla predisposizione di un piano di investimenti focalizzato su soluzioni territoriali e di assistenza domiciliare. Per fare ciò oltre che disporre di ingenti finanziamenti e risorse economiche, sarà necessario operare con interessi costituiti e già presenti sul territorio e affrontare la sfiducia nei confronti della regolazione regionale cresciuta in particolar modo nel corso degli ultimi due anni.

Bibliografia

Monografie

1. R. BALDUZZI e G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario* a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, Il Mulino, 2013
2. R. BIN, G. PITRUZZELLA, *Diritto Costituzionale*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2016
3. S. BONI, V. MAPELLI, A. DE STEFANO, V. COPAGNONI, A. GAMBINO, A. CECCARELLI, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, dipartimento della funzione pubblica, Pubblica Amministrazione, Formez ufficio stampa ed editoria, 2006
4. F. CAVAZZUTI, S. GIANNINI, *La riforma malata: un servizio sanitario da reinventare*, Bologna, Il Mulino, 1982
5. G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Nuova ed, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli, 2019
6. L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, profili di diritto interno e comparato*, Milano, Giuffrè Editore, 2005
7. C. GORI, *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli editore, 2018
8. L. LAMBERTI, *Diritto sanitario*, Milano, IPSOA, 2012
9. F. MAINO, *La sanità tra Stato e regioni*, Bologna, Il Mulino, 2003
10. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2018
11. F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il pensiero scientifico editore, 2011
12. L. TORCHIA, nella Premessa a *Welfare e federalismo*, L. TORCHIA (a cura di), Bologna, il Mulino, 2005.
13. F. TOTH, *La Sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna 2014
14. L. VANDELLI e F. BASSANINI, *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, quaderni di Astrid, Bologna, Il Mulino, 2012

Capitoli di Monografie

15. V. ANTONELLI, *Livelli essenziali, materie trasversali e altri fattori unificanti*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, Bologna, Il Mulino, 2012
16. V. ANTONELLI, G. CARPANI, *Conciliazione, Regioni e Sanità* in Rapporto sui conflitti e sulla conciliazione 2016, Collana Giorgio Santacroce, Quaderni dell'Istituto Regionale di studi giuridici del Lazio "Arturo Carlo Jemolo" Biblioteca di testi e studi Roma, Carocci editore, 2017
17. G. CARPANI, *I principi fondamentali della tutela della salute nelle indicazioni del Giudice delle leggi*, in *Il Governo della salute, Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez-Centro di formazione e studi, Quaderni Formez, 2005
18. R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, Vita e pensiero, 2011.
19. R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario* a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, Il Mulino, 2013.
20. G. CARPANI – D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di "tutela della salute"*, in *La garanzia costituzionale del diritto alla salute, Manuale di diritto sanitario* a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, Il Mulino, 2013
21. S. CASSESE, *Stato e mercato: la sanità*, in G. AMATO, S. CASSESE, G. TURCHETTI, R. VARALDO (a cura di), *Il governo della sanità*, Milano, Franco Angeli, 1999
22. G. DELLE DONNE, *Federalismo, livelli essenziali, diritti* in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, L. PEPPINO (a cura di), *Diritto di welfare, Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Bologna, il Mulino, 2010
23. M. DI FOLCO, *Le funzioni amministrative*, in R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Manuale di diritto Sanitario, La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, Il Mulino, Bologna, 2013
24. E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il Mulino, 2009
25. E. GRIGLIO, *L'organizzazione istituzionale per la tutela della salute in ambito regionale*, in R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, 2013
26. A. TANESE, *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull'evoluzione del SSN*, in *La formazione manageriale il motore dello sviluppo in sanità*, a cura di A. D'ADAMO, Aracne, Ottobre 2011.
27. C. TUBERTINI, *La garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nell'organizzazione del servizio sanitario*, in A. PIOGGIA et al (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, Franco Angeli, 2008

28. L. VIOLINI, *Costanti e variabili nell'organizzazione dei servizi sanitari. Per una prima valutazione delle riforme costituzionali in materia*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004

Articoli di Periodici

29. V. R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà «orizzontale»*, in *Quaderni regionali*, 2004
30. R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà «orizzontale»*), in *Quaderni regionali*, vol. 23 fasc. 1, 2004, pp. 11-26
31. R. BALDUZZI, *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, in LUISS Guido Carli, *Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"*, 2005
32. R. BALDUZZI, *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazional-regionale*, in *Le Regioni, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale*, n. 5, 2005
33. M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *AIC Associazione italiana dei costituzionalisti*, rivista n. 2, 19 maggio 2017
34. M. CASULA, A. TERLIZZI, F. TOTH, *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale* n. 3, 2020, Il Mulino – Rivisteweb
35. T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *AIC Associazione italiana dei costituzionalisti*, rivista n. 4, 25 ottobre 2013
36. M. CLARICH, *Le nuove aziende sanitarie tra ente pubblico e impresa*, in *Rassegna Giuridica della Sanità*, 1993
37. F.S. COPPOLA, S. CAPASSO, L. RUSSO, *Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, in *Economia della tassazione sistemi tributari, pressione fiscale, crescita*, Società italiana di economia pubblica, Pavia, 2008
38. F.S. COPPOLA, A. COZZOLINO, *Il federalismo in sanità: risvolti finanziari del fenomeno*, in Società italiana di economia pubblica, dipartimento di economia pubblica e territoriale, Pavia, XX Conferenza, 25-26 settembre 2008
39. L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, n. 9, 23 settembre 2013
40. F.G. CUTTAIA, *Entrati in vigore i nuovi LEA*, in *Astrid*, 21 marzo 2017
41. F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive*, in *ASTRID*, n. 266, rassegna n. 9/2017, pubblicato su SOSSANITÀ
42. F.G. CUTTAIA, *La riorganizzazione della sanità in Veneto*, pubblicato in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, 29 marzo 2017

43. F.G. CUTTAIA, *La governance delle aziende sanitarie pubbliche e la diversificazione dei suoi processi evolutivi*, in *Diritto e Salute*, 30 aprile 2019
44. L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in AIC Associazione italiana dei costituzionalisti, rivista n. 3, 20 luglio 2020
45. G.M. FLICK, *La salute nella Costituzione italiana*, in *Centenario della costituzione degli Ordini dei medici – cento anni di professione al servizio del Paese*, Health Communication, Roma, 2010
46. G. FATTORE, *Sistemi di competizione amministrata nel SSN: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali*, in *Mecosan*, n. 5, 1996
47. A. FODDIS, *La governance dei sistemi sanitari regionali tra federalismo fiscale e vincoli di bilancio*, in *Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria, Working Paper of Public Health*, n. 15, 2014
48. T. FRITTELLI, *Spunti di riflessione sul sistema di finanziamento del Servizio Sanitario nazionale*, in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo*, n. 21, 8 novembre 2017
49. M. GEDDES DA FILICAIA, *Il Servizio Sanitario nazionale dopo 40 anni*, monografia in *Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, vol. 62, n. 4, ottobre-dicembre 2018
50. E. GRIGLIO, *La regolazione in ambito regionale alla luce dell'esperienza della Regione Lombardia*, In Astrid, 2009
51. E. GRIGLIO, *I diritti di cittadinanza alla prova del decentramento*, in *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, a cura di L. VANDELLI e F. BASSANINI, quaderni Astrid, Bologna, Il Mulino, 2012
52. E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in AIC Associazione italiana dei costituzionalisti, rivista n. 3, 24 luglio 2012
53. F. JORIO, *Il fondo perequativo e i livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4, 2004
54. E. JORIO, *Federalismo fiscale e sanità*, pubblicato in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, n. 24, 17 dicembre 2008
55. E. JORIO, *Dopo il Lazio e l'Abruzzo, anche la Campania e il Molise (forse la Calabria). Una sanità commissariata come soluzione per i danni prodotti dai governi regionali*, in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo*, n. 15, 2009
56. E. JORIO, *La Corte dei Conti bocchia i piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in *federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo*, n. 2, 2010
57. F. LAUS, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, n. 3, 2019

58. F. MINNI e A. MORRONE, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte Costituzionale Italiana*, AIC Associazione dei Costituzionalisti, Rivista n. 3, 20 Settembre 2013
59. G. MOR, *Il riordino della sanità nella crisi dello stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, n. 4, 1994
60. F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *Aspetti teorici e applicativi dei LEA in campo sanitario*, in *Edizioni Quotidiano Sanità.it, collana medicina e società*, Roma, ottobre 2020
61. D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione della sussidiarietà*, in *Amministrazione in Cammino - rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"*, fasc. 6, Il Mulino – Rivistaweb, novembre-dicembre 2007, 10 luglio 2007
62. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *saggi, Corti supreme e salute*, a cura di R. BALDUZZI, SODIS Società Italiana di diritto sanitario, Pacini Giuridica, fasc. 3, Settembre-Dicembre 2018
63. A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, n. 3, Milano, Wolters Kluwer, 2019
64. F. PIZZETTI, *Brevi spunti di riflessione sull'esperienza di un trentennio di regionalismo*, in *Istituto di studi sulle Regioni – Cnr, Regionalismo, federalismo e Welfare State*, Milano, Giuffrè, 1997
65. F. POLITI, *La razionalizzazione del SSN nel 1999*, in *saggi, Corti supreme e salute*, a cura di R. BALDUZZI, SODIS Società Italiana di diritto sanitario, Pacini Giuridica, fasc. 3, Settembre-Dicembre 2018
66. G. RIVOSECCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze?*, *Relazione al Convegno Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V*, Roma, 13 giugno 2013.
67. A. RUGGERI, *Neoregionalismo e tecniche di regolazione dei diritti sociali*, in *Diritto e Società*, n. 2, 2001
68. F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 3-4, luglio/dicembre 2018
69. M. SALVAGO, *I Comuni nella Giurisprudenza della Corte Costituzionale successiva alla riforma del Titolo V, Parte II, della Costituzione*, in *AIC Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, n. 2, Giugno, 2011
70. M.E. SARTOR, *Lombardia. Pubblico e Privato a confronto*, in *Salute Internazionale*, 26 giugno 2019
71. D. SERVETTI, *Esiste un modello sanitario piemontese?*, in *Corti supreme e salute, Osservatorio sui sistemi sanitari*, n. 1, 2018

72. F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in saggi, *Corti supreme e salute*, a cura di R. BALDUZZI, SODIS Società Italiana di diritto sanitario, Pacini Giuridica, fasc. 3, Settembre-Dicembre 2018
73. C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, Il Mulino, n. 1, Marzo, 2016
74. L. VANDELLI, *Introduzione a La razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: novità e prospettive*, in *Sanità Pubblica*, n. 2, 1999
75. C. VENTIMIGLIA, *La valutazione delle performance nella Sanità: un'indagine comparata*, in *Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato, europeo*, n. 5, 4 marzo 2020

Letteratura Grigia

76. *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia*, 2014
77. Report n. 3 del 2018, *La mobilità sanitaria interregionale nel 2017*
78. Regione Lombardia, *Diagnosis Related Group 2017*, Rapporto sui Ricoveri in Lombardia, aggiornamento del 8 novembre 2018
79. Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2019-2023
80. Meridiano Sanità *Le coordinate della salute*, Rapporto 2019, iniziativa sostenuta da Amgen, Daiichi Sanyo, MSD, Pfizer e Sanofi, The European House, Ambrosetti
81. Ufficio parlamentare di bilancio, all'interno del focus tematico, *Lo stato della sanità in Italia* n. 6 del 2 dicembre 2019
82. Regione Lombardia, *Evoluzione del regime di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie lombarde*, 30 gennaio 2020
83. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (l.r. 23/2015)*, Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio, dicembre 2020
84. Regione Lombardia, il Consiglio, *Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione*, luglio 2021
85. Regione Lombardia, il Consiglio, *Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione*, luglio 2021
86. Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria Ufficio VI, Antonio Nuzzo, Federica Medici, Pietro Granella, Marco Galadini, Silvia Donno, Carla Ceccolini *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, in *Metodologia e risultati del 2015*, luglio 2017
87. Ministero della Salute, Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Federica Medici, Marco Galadini, Valeria Mantenuto, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, in *Metodologia e Risultati dell'anno 2018*, luglio 2020

88. Ministero dell'economia e delle finanze, dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Il monitoraggio della spesa sanitaria, rapporto n. 7, 2020
89. Ministero della Salute, Ufficio di Gabinetto, Esiti applicazione metodologia di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012, recante "Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario" per l'anno 2021, in attuazione dell'art. 27, co. 5, d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68 e successive modificazioni, Roma 23 febbraio 2021.

Documenti in rete

90. C. GUIDETTI, *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia*, *Lombardiasociale.it*, 14 luglio, 2014, <http://www.lombardiasociale.it/2014/07/14/libro-bianco-sullo-sviluppo-del-sistema-socio-sanitario-in-lombardia/>
91. M.E. SARTOR, *La nebbia sulla sanità privata in Lombardia*, Centro Studi Sereno Regis, ricerca educazione azione per la pace l'ambiente la sostenibilità, 12 settembre 2019, <https://serenoregis.org/2019/09/12/la-nebbia-sulla-sanita-privata-in-lombardia-maria-elisa-sartor/>
92. A. CIGNACCO, *Sistema sanitario: dal livello nazionale a quello regionale veneto*, in *Altalex*, 3 agosto 2018, <https://www.altalex.com/documents/news/2018/05/31/sistema-sanitario-dal-livello-nazionale-a-quello-regionale-veneto>

Sitografia

93. AIC Associazione dei Costituzionalisti
94. Astrid
95. Centro Studi Sereno Regis, ricerca educazione azione per la pace l'ambiente la sostenibilità
96. Corti Supreme e Salute
97. Edizioni Quotidiano Sanità.it, collana medicina e società
98. Federalismi.it rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo
99. Forum di Quaderni costituzionali, Rassegna
100. Il Mulino – Rivisteweb
101. Lombardiasociale.it
102. Rivisteweb, la piattaforma italiana per le scienze umane e sociali
103. Salute Internazionale
104. SIEP, Società italiana di economia pubblica, dipartimento di economia pubblica e territoriale

Documentazione di carattere normativo - giurisprudenziale

Decreti

105. Decreto del Presidente della Repubblica del 24 luglio 1977, n. 616, attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382
106. 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
107. Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
108. Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59
109. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
110. Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133
111. Decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria
112. Decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità fiscale
113. Decreto 12 marzo 2019, Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

Sentenze

114. Corte Costituzionale, sent. 16 ottobre 1990, n. 455
115. Corte Costituzionale, sent. 16 luglio 1999, n. 309
116. Corte Costituzionale, sent. 6 luglio 1994, n. 304
117. Corte costituzionale, sent. 4 dicembre 2002, n. 510
118. Corte Costituzionale, sent. 31 marzo 2006, n. 134
119. Corte Costituzionale, sent. 9 maggio 2013, n. 85
120. Corte Costituzionale, sent. 4 aprile 2012, n. 91
121. Corte Costituzionale, sent. 3 luglio 2013, n. 180

Leggi

122. Legge 20 marzo 1865, n. 2248, Per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia
123. Legge 22 dicembre 1888, n. 5849, Legge per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica
124. Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale
125. Legge 23 agosto 1988, n. 400, Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
126. Legge 23 ottobre 1992, n. 421, Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale
127. Regione Veneto, Legge Regionale del 14 settembre 1994, n. 55, Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. (GU 3a Serie Speciale - Regioni n.51 del 24-12-1994)
128. Regione Veneto, Legge Regionale del 14 settembre 1994, n. 56, Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517
129. Regione Piemonte, Legge regionale 22 settembre 1994, n. 39, Individuazione delle Aziende Sanitarie regionali
130. Legge 15 marzo 1997, n. 59, Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa
131. Legge 15 maggio 1997, n. 127, Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo
132. Regione Lombardia, Legge Regionale 11 luglio 1997, n. 3, Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali
133. Legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61, Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999
134. Legge 16 giugno 1998, n. 191, Modifiche ed integrazioni alle leggi 15 marzo 1997, n. 59, e 15 maggio 1997, n. 127, nonché norme in materia di formazione del personale dipendente e di lavoro a distanza nelle pubbliche amministrazioni. Disposizioni in materia di edilizia scolastica.
135. Legge 30 novembre 1998, n. 419, Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
136. Legge 8 marzo 1999, n. 50, Delegificazione e testi unici di norme concernenti procedimenti amministrativi - Legge di semplificazione 1998

137. Regione Lombardia, Legge Regionale 12 agosto 1999, n. 15, Modifiche e abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo
138. Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione
139. Legge 16 novembre 2001, n. 405, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.
140. Regione Lombardia, Legge Regionale 17 dicembre 2001, n. 26, Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale
141. Regione Veneto, Legge Regionale 16 agosto 2002 n. 22, Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie
142. Legge 27 dicembre 2002, n. 289, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)
143. Regione Emilia-Romagna, Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29, Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale
144. Regione Piemonte, Legge regionale statutaria del 4 marzo 2005 n. 1, Statuto della Regione Piemonte
145. Legge 27 dicembre 2006, n. 296, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)
146. Regione Lombardia, Legge Regionale 2 Aprile 2007, n. 8, Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie
147. Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18, Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale
148. Legge 5 maggio 2009, n. 42, Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione.
149. Legge 23 dicembre 2009, n. 191, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato
150. Regione Lombardia, Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità
151. Regione Puglia, Legge Regionale dell'8 aprile 2011 n. 5, Norme in materia di Residenze sanitarie e socio-sanitarie assistenziali (RSSA), riabilitazione e hospice e disposizioni urgenti in materia sanitaria.
152. Regione Campania, Legge Regionale 27 gennaio 2012, n. 1, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012 – 2014 della Regione Campania (legge finanziaria regionale 2012)
153. Regione Veneto, legge regionale 29 giugno 2012, n. 23, Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016

154. Legge 28 dicembre 2015, n. 208, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilita' 2016).
155. Regione Lombardia, Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e il Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33
156. Regione Veneto, Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19, Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero"

Delibere

157. Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia, 2 febbraio 2001, n. 3312, Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla legge regionale 12 agosto 1999 n. 15, relative alle attività sanitarie svolte presso strutture pubbliche e private.
158. Delibera consiliare n. VII/8674 del 9 aprile 2002, Prime determinazioni conseguenti all'approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale (2002-2004) di cui al d.c.r n. VII/462 del 13 marzo 2002.
159. Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Emilia-Romagna, 8 febbraio 2010, n. 291, Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale
160. Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia, 30 gennaio 2017, X/6164, Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge 23/2015
161. Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia, 2 marzo 2020, n. 2903, Prime determinazione in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19
162. Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia, 27 marzo 2020, n. 2988, Attivazione struttura sanitaria temporanea della Fondazione Cà Grandra - Ospedale Maggiore Policlinico nei padiglioni messi a disposizione alla Fondazione Ente Fiera Milano

Ringraziamenti

Mi sento in dovere di dedicare questa pagina del presente elaborato alle persone che mi hanno supportato nella redazione dello stesso.

Innanzitutto, ringrazio la mia relatrice Prof.ssa Morana Donatella e il Prof. Carpani Guido che fin da subito hanno accettato la mia proposta di tesi dandomi la possibilità di indagare su una tematica per me molto importante.

Voglio ringraziare anche il Prof. Cuttaia che molto pazientemente ha saputo guidarmi e aiutarmi durante la stesura dell'elaborato, talvolta con preziosi consigli.

È doveroso ringraziare il mio correlatore Prof. La Spina Antonio, il quale grazie ai suoi insegnamenti durante i corsi di Analisi e valutazione delle politiche pubbliche e Politiche sociali e del lavoro, mi ha fornito importanti capacità analitiche. Grazie a voi ho accresciuto le mie conoscenze e le mie competenze.

Un ringraziamento speciale va alla mia Tutor Dott.ssa Murgia Paola che mi ha aiutato a condurre le ricerche, oggetto dell'elaborato, presso La Regione Lombardia.

Ringrazio tutto lo staff della Regione Lombardia, in cui ho svolto un tirocinio formativo della durata di 3 mesi e complementare alla redazione della tesi, per l'ospitalità e per le skills acquisite sul campo, in particolare il Dott. Lombardo Antonino, la Dott.ssa Verrino Anna Maria e la Dott.ssa Scalise Maria Luisa.

Ringrazio i miei genitori, perché senza di loro non avrei mai potuto intraprendere questo percorso di studi.