



Dipartimento di Scienze Politiche
Corso di laurea in Governo, Amministrazione e Politica

Cattedra in Organizzazione e Management Pubblico

**I modelli organizzativi
della sanità regionale in Italia**

**Un'analisi comparativa:
Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto**

Prof. Efisio Gonario Espa

RELATORE

Prof. Stefano Vella

CORRELATORE

Mariarita Scala

648312

CANDIDATO

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Introduzione

Capitolo 1: Quadro generale normativo sulla struttura e l'organizzazione del Sistema Sanitario italiano

- 1.1 Modelli organizzativi del Sistema Sanitario
 - 1.1.1 Definizione di Sistema Sanitario
 - 1.1.2 Tipologie di prevenzione
- 1.2 Livelli essenziali di Assistenza (LEA)
 - 1.2.1 I livelli minimi o essenziali di assistenza: quale approccio per garantire il diritto della salute ed equilibrio di bilancio (forse meglio: e rispetto dei vincoli di bilancio)
 - 1.2.2 L'evoluzione giurisprudenziale della Corte Costituzionale tra diritto della salute ed equilibrio di bilancio
 - 1.2.3 L'appropriatezza delle cure sanitarie come requisito per l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza
 - 1.2.4 Il principio di leale collaborazione nella definizione dei LEA tra Stato e Regioni
 - 1.2.5 La gestione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario: tra standard nazionali e organizzazione a livello regionale
- 1.3 Panoramica degli indicatori di salute
- 1.4 Il Sistema Sanitario Nazionale italiano
 - 1.4.1 Aspetti normativi
 - 1.4.2 Aspetti organizzativi
- 1.5 Enti e Organi del Servizio Sanitario Nazionale

Capitolo 2: Analisi di alcuni sistemi regionali

- 2.1 Il sistema sanitario regionale
 - 2.1.1 Le fonti di finanziamento del sistema sanitario regionale
 - 2.1.2 La formazione manageriale nel sistema sanitario regionale
- 2.2 Il sistema sanitario della Lombardia

- 2.2.1 Il Sistema Sanitario lombardo durante l'emergenza da Covid – 19
- 2.3 Il sistema sanitario dell'Emilia-Romagna
- 2.4 Il sistema sanitario veneto: excursus storico
- 2.4.1 Piano del servizio sanitario regionale Veneto: 2019-2023.

Capitolo 3: Confronto tra i tre SSR presi in esame

- 3.1 SSR considerati: aspetti per attuare un confronto
 - 3.1.1 Regione Lombardia: punti di forza e punti di debolezza
 - 3.1.2 Regione Emilia-Romagna: punti di forza e punti di debolezza
 - 3.1.3 Regione Veneto: punti di forza e punti di debolezza
- 3.2 **Alla ricerca di un modello ottimale**
- 3.3 Caso di studio: l'Emilia-Romagna

Conclusioni

Bibliografia

Sitografia

Introduzione

Questa tesi di laurea magistrale si concentra su un'analisi comparata dell'organizzazione del sistema sanitario di tre regioni italiane: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto. L'obiettivo è quello di esaminare in maniera più approfondita e dettagliata quanto le tre differenti modalità di organizzazione del sistema e di erogazione dei servizi sanitari si possano legare alla qualità del "prodotto sanitario".

Si parla in questa sede di politiche pubbliche che, nel tentativo di rispondere ai bisogni diffusi dei cittadini, ruotano, da un lato, attorno alla tempestività e alla qualità dei servizi e, dall'altro, alla necessità di garantire un equilibrio economico-finanziario in linea con gli obiettivi più generali di finanza pubblica. Il corretto funzionamento del servizio sanitario, dunque, è questione d'importanza primaria, considerato che il suo regolare e efficace andamento interessa l'intera comunità sia da un punto di vista terapeutico e sociale sia da quello più strettamente economico e finanziario.

In questo elaborato, pertanto, è mia intenzione definire, innanzitutto, una panoramica del nostro Sistema Sanitario Nazionale, tenendo conto parallelamente della governance del sistema e di quella vera e propria cartina di tornasole rispetto alla qualità dei servizi erogati identificabile sempre più nei livelli essenziali di assistenza (LEA), per poi filtrare tale analisi sulla base delle esperienze concrete di tre regioni caratterizzate da una buona offerta di servizi sanitari.

Il lavoro è articolato nel modo seguente.

Nel primo capitolo si è ritenuto opportuno delineare un quadro generale normativo relativo alla struttura e all'organizzazione del sistema sanitario italiano. Punto di partenza di tale analisi è la descrizione dei principali modelli organizzativi adottati nel tempo a partire dal modello Bismarkiano, Beveridge, ecc. Ognuno dei modelli presi in esame, ha caratteristiche ben precise nei Paesi dove viene applicato e la sanità che deriva da essi, viene proposta in differenti modalità. L'evoluzione storica del tessuto sociale

globale ha imposto la necessità di diversificare i modelli del sistema sanitario sulla base delle diverse modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi alla popolazione.

In questa sezione dell'elaborato si esamina anche il concetto, ormai ben assorbito nelle prassi e nel dialogo con i cittadini, di 'prevenzione delle malattie'. Più in dettaglio, parlare di prevenzione significa identificare ed evidenziare quei fattori di rischio potenzialmente dannosi per la comunità. Il fatto che un sistema sanitario efficiente debba, per molti versi ovviamente, perseguire gli obiettivi di tutela dello stato di salute non significa che sia possibile isolare quei fattori che incidono positivamente o negativamente sulla vita delle persone. Ed è proprio in questo contesto che si è ritenuto fondamentale approfondire le principali questioni relative alla definizione dei livelli essenziali di assistenza. In particolare, appare di grande rilevanza comprendere quanto i LEA e il loro utilizzo "a regime" possano avere un impatto sulla delicata e complessa ripartizione di competenze tra lo Stato e le Regioni.

Proprio per questo mi sono soffermata, seppur brevemente, sugli aspetti normativi e organizzativi del Sistema Sanitario Nazionale, provando a evidenziarne le potenzialità e – qualora presenti – le eventuali criticità. Inoltre, in tale parte del lavoro, ho delineato i principali Enti e organi del Sistema Sanitario Nazionale italiano.

Nel secondo capitolo dell'elaborato vengono esaminati tre specifici sistemi sanitari regionali. Le regioni prese in esame sono la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto. La scelta di tali regioni e dei loro sistemi sanitari non va nella direzione del tradizionale confronto tra regioni del Nord, del Centro e del Sud del Paese, ciò che in genere mira a sottolineare le differenze, talora molto pronunciate in termini sia di efficienza sia di qualità dei servizi erogati tra diverse aree del territorio. Al contrario, in questa sede si sono selezionati tre sistemi sanitari – caratterizzati da diverse modalità di organizzazione - la cui percezione è normalmente associata a pratiche di buona gestione e di disegno di alto livello qualitativo delle politiche pubbliche in campo sanitario.

Il sistema sanitario della Lombardia, per esempio, ha effettuato scelte organizzative che lo hanno reso chiaramente differente da quello delle altre regioni italiane. Il modello è sempre stato 'aperto', in quanto la Lombardia cerca da sempre di

soddisfare l'alta domanda assistenziale regionale, spesso non basandosi sul fondo sanitario nazionale. Per questa ragione, l'organizzazione della sanità lombarda è definita 'sussidiaria', poiché si basa sul principio che lo Stato non interviene direttamente sui bisogni della collettività, ma solo se la Regione necessita di particolari tipologie di aiuti per rispondere adeguatamente a eventuali criticità.

Infatti, tali criticità sono emerse di fronte alle difficoltà dovute al Covid-19, in quanto il paziente 0 è stato rintracciato a Codogno, provincia di Lodi, e da lì la Lombardia è diventata la regione più duramente investita dalla pandemia. Con oltre 100.000 casi registrati solo a ottobre 2020, difatti, il sistema pubblico è stato in prima linea contro la lotta alla malattia, in quanto le strutture privatiste sono nate per perseguire altri fini.

Il modello sanitario dell'Emilia-Romagna si basa su due principi fondamentali: la centralità del cittadino e la tutela della salute come diritto della persona e interesse della collettività, anche sulla base dell'art.32 della Costituzione¹ e degli articoli 1 e 2 della Legge n.833 del 1978² e dell'art.1 del D.Lgs n. 502 del 1992³. Questa regione – come si vedrà nel successivo capitolo – è valutata da taluno considerabile come quella capace di assicurare i migliori e diffusi servizi sanitari in tutta la penisola.

Il sistema sanitario del Veneto – così come le altre Regioni – si fonda sull'universalità e sull'equità e assicura i LEA in modo uniforme su tutto il territorio regionale secondo il principio dell'appropriatezza. La domanda dei servizi sanitari all'interno della regione è cresciuta molto negli ultimi anni, di conseguenza si è reso necessario aumentare il livello di appropriatezza e per questa ragione, sono stati necessari nuovi e più efficaci interventi sia da punto di vista organizzativo, sia per ciò che riguarda la disponibilità di strumentazioni e di operatori dediti alla cura dei pazienti.

Nel terzo capitolo del lavoro si mettono a confronto i tre sistemi sanitari analizzati, evidenziandone pregi e criticità per ognuno di essi. Il parere qui espresso, pur con tutte le

¹ Cfr. Disponibile al seguente link www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32 in rete il 27-05-2023.

² Cfr. Disponibile al seguente link www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg in rete il 27-05-2023.

³ Cfr. Disponibile al seguente link www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg in rete il 27-05-2023.

cautele, è che il sistema con maggiori caratteristiche positive sia quello dell'Emilia-Romagna. La struttura a 'network' del sistema consente una cura costante nei confronti di pazienti seguiti in maniera scrupolosa in qualsiasi delle prestazioni ad essi indirizzate. Oltre a ciò, i LEA vengono equamente garantiti ai cittadini, a loro agio nell'individuazione dei servizi di cui necessitano, grazie a specifiche azioni messe in atto dalle strutture del governo sanitario della Regione.

La tesi si conclude prendendo in considerazione la spesa sanitaria delle regioni esaminate, operando al tempo stesso un raffronto tra le principali prestazioni., al fine di poter comparare dei dati rappresentativi dell'offerta sanitaria, che possano essere in grado di far riflettere i vari operatori di un sistema così complesso.

Auspico che il mio lavoro possa far riflettere sulla questione che ogni Sistema sanitario ideale deve conciliare da un lato l'esigenza di erogazione di prestazioni di elevato livello qualitativo, che non siano eccessivamente costose e risultino fruibili da tutti i pazienti, dall'altro la capacità di mantenere, in favore del cittadino, una contribuzione proporzionale al proprio reddito. Partendo da queste considerazioni, molti autori sostengono che partendo da una valutazione che riguarda la qualità dei servizi e le relative modalità di finanziamento, si può dedurre persino il livello di civiltà di un Paese.

CAPITOLO I

QUADRO GENERALE E NORMATIVO SULLA STRUTTURA E L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Sommario: 1.1 Modelli organizzativi del Sistema Sanitario; 1.1.1 Definizione di Sistema Sanitario; 1.1.2 Tipologie di prevenzione; 1.2 I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); 1.2.1 Livelli minimi o essenziali di assistenza: quale approccio per garantire il diritto alla salute?; 1.2.2 L'evoluzione giurisprudenziale della Corte Costituzionale tra diritto della salute ed equilibrio di bilancio; 1.2.3 L'appropriatezza delle cure sanitarie come requisito per l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza; 1.2.4 Il principio di leale collaborazione nella definizione dei LEA tra Stato e Regioni; 1.2.5 La gestione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario: tra standard nazionali e organizzazione a livello regionale; 1.3 Panoramica degli indicatori di salute; 1.4 Il Sistema Sanitario Nazionale italiano; 1.4.1 Aspetti normativi; 1.4.2 Aspetti organizzativi; 1.5 Enti e Organi del Servizio Sanitario Nazionale.

1.1 Modelli organizzativi del Sistema Sanitario

Un Sistema Sanitario efficiente s'impegna a creare sinergie tra persone, istituzioni e risorse, in quanto è fondamentale fornire alla popolazione servizi mirati per il recupero e la tutela della salute. Proprio per questo e, dunque, per garantire funzionalità a livello territoriale, tradizionalmente in sanità si distinguono tre principali modelli organizzativi:

1. il modello mutualistico o *alla Bismarck*;
2. il modello Beveridge⁴;
3. il modello misto⁵.

Ognuno di questi modelli ha caratteristiche ben precise nei Paesi dove vengono applicati e la sanità che deriva da essi, viene proposta in differenti modalità. L'evoluzione storica del tessuto sociale globale ha, dunque, imposto la necessità di diversificare i

⁴ Cfr. AA. VV., Stato e società, cit., p. 474, v. anche pp. 475-476.

⁵ Cfr. *Id.*

modelli del sistema sanitario sulla base delle diverse modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi alla popolazione.

Per quanto riguarda il primo modello – mutualistico o alla Bismarck⁶ – è tipico dei sistemi sanitari nazionali ‘originari’, più precisamente germanico, inglese e italiano, entrati in vigore a partire dagli anni Novanta del XIX secolo⁷. Tale modello si caratterizza per le assicurazioni sociali obbligatorie e per il fatto che il finanziamento della sanità è garantito dal versamento dei contributi sociali. A livello europeo, esempi di utilizzo di questo modello sono la Francia e la Germania, entrambi con un sistema incentrato sul servizio ospedaliero. L’erogazione dell’assistenza sanitaria avviene, dunque, sia tramite il servizio pubblico, sia per mezzo del privato.

Il modello Beveridge, conosciuto come Servizio sanitario nazionale, si caratterizza per avere un servizio con una copertura universale⁸, in quanto è fondato sul ruolo centrale del governo nel finanziamento e nella fornitura delle cure sanitarie da concedere alla popolazione. Questo modello presuppone che, per mezzo del finanziamento pubblico, venga meno la correlazione tra il contributo del cittadino e il reale utilizzo dei servizi. In Italia è il servizio attualmente in uso ed è caratterizzato dal principio di equità, in quanto deve garantire l’accesso ai servizi sanitari in modo gratuito o mediante pagamento del cosiddetto ‘ticket’⁹. Inoltre, è bene specificare, che i destinatari dei servizi sono tutti i cittadini sul suolo pubblico. «Rientra nel modello pubblico anche il sistema delle Assicurazioni obbligatorie (Mutue), finanziate con payroll taxation (contributi sanitari), secondo il c.d. modello bismarkiano. In entrambi i casi il sistema sanitario è tendenzialmente universale»¹⁰. Il modello Beveridge nasce in seguito al cosiddetto

⁶ Cfr. Il nome deriva dal capo di governo tedesco che lo introdusse nel 1883 in Germania.

⁷ Cfr. A. PETRETTO, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, in «Atti del Convegno “Diritto alla salute tra unità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto”», Fondazione Cesifin Alberto Predieri, Firenze, 2009, p. 7.

⁸ Cfr. «Nel 2005, tutti gli Stati membri dell’OMS si sono impegnati a raggiungere la copertura sanitaria universale. Tale impegno è stato un’espressione collettiva della convinzione che tutte le persone dovrebbero avere accesso ai servizi sanitari di cui hanno bisogno senza rischiare la rovina finanziaria o l’impoverimento» in Demofonti K., (traduzione a cura di), *OMS – Rapporto sulla salute mondiale 2013*, ed. digitale disponibile al seguente link www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2089_allegato.pdf.

⁹ Cfr. Si definisce ‘ticket’ una quota di costo pagata dal paziente a fronte delle prestazioni sanitarie di cui usufruisce. Esistono differenti tipologie di ‘ticket’, in quanto sono state istituite delle esenzioni per diverse categorie di utenti: fasce di reddito, età, medicinali o servizi considerati vitali.

¹⁰ Cfr. A. PETRETTO, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 7.

‘Rapporto Beveridge’¹¹, che portò – nel 1945 – alla nazionalizzazione della sanità britannica e alla conseguente istituzione del “National Health Service”.

Il modello misto prevede la simultanea partecipazione di programmi pubblici per le prestazioni base e programmi privati con mutue per le prestazioni integrative¹². Attraverso l’utilizzo di questo modello, il finanziamento avviene mediante i contributi della popolazione e delle imprese di assicurazione con cui i cittadini stipulano i contratti di assicurazione volontaria. Il paese che a livello globale è riconosciuto come maggiormente rappresentativo dell’attuazione di questo modello sono gli Stati Uniti d’America; il sistema sanitario americano, infatti, non prevede una copertura sanitaria universale e la maggior parte delle cliniche o strutture ospedaliere sono private. I cittadini sono così costretti a stipulare un’assicurazione privata per ricevere l’assistenza sanitaria in caso di necessità¹³.

Il punto d’incontro tra questi modelli, appare evidente, risiede nell’obiettivo comune di fare in modo che tutti i cittadini possano avere uno stato di salute ‘eccellente’, tale da permettere loro non solo una speranza di vita maggiore, ma anche un crescente livello di benessere. Difatti, «negli anni tutti gli Stati hanno cercato di trovare dei correttivi al fine di raggiungere quelli che, nella sostanza, sono i due obiettivi tipici di ogni sistema sanitario: l’alto livello di prestazioni garantite e il controllo della spesa pubblica»¹⁴.

1.1.1 Definizione di Sistema Sanitario

L’OMS¹⁵ definisce il sistema sanitario come un «[...] sistema che si compone di tutte le organizzazioni, istituzioni, risorse e persone il cui obiettivo primario consista nel

¹¹ Cfr. Tale rapporto, che prende il nome liberale inglese che lo redige nel Regno Unito, è un documento pubblicato nel 1942 che prometteva ricompense per i sacrifici di ogni cittadino ed ebbe l’influenza di determinare l’istituzione dello stato sociale nel Regno Unito dopo la Seconda guerra mondiale. Il modello prende il nome da “beveridge” (il rapporto) e da “Bevan” (allora ministro della salute).

¹² Cfr. A. PETRETTO, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 8.

¹³ Cfr. Tuttavia, gran parte della popolazione americana non riesce a sostenere i costi di un’assicurazione sanitaria e ciò contribuisce in modo significativo all’elevato tasso di mortalità negli USA.

¹⁴ Cfr. P. DE ANGELIS., *La partecipazione dei soggetti privati, non profit e for profit, nella erogazione dei servizi sanitari*, Giappichelli, Torino, 2017, p. 4.

¹⁵ Cfr. L’OMS è stata istituita nel 1948 ed è finanziata dagli stati membri dell’organizzazione, in proporzione alle loro dimensioni e ai loro bilanci. Esercita le sue funzioni attraverso tre organi centrali (Assemblea mondiale della Sanità, Consiglio esecutivo e Segretariato permanente) e sei periferici (regione europea, regione africana, regione mediterraneo-orientale, regione sud-est asiatico, regione delle Americhe e regione del Pacifico).

miglioramento della salute»¹⁶. Il raggiungimento di questi propositi è molto importante, ma dipende da come i sistemi sanitari intendono svolgere e assicurare quattro importanti funzioni per la società:

- la promozione della salute;
- la gestione delle risorse umane;
- i finanziamenti;
- la gestione dei processi organizzativi.

Nel mondo esistono diverse tipologie di sistemi sanitari, in quanto in alcuni paesi la sanità è completamente liberalizzata o privatizzata, in altri è prerogativa unica dei governi, in altri ancora i governi stessi concorrono alla gestione di sistemi sanitari di tipo misto. Così come analizzato nel precedente paragrafo, un sistema sanitario per ritenersi efficiente dovrebbe garantire l'assistenza sanitaria alla maggior parte della popolazione abitante in una determinata porzione territoriale.

Proprio per questo è importante sottolineare che i concetti di universalità, globalità e gratuità sono alcuni dei pilastri che caratterizzano sistemi sanitari forti e resilienti e che sono capaci di operare per lo sviluppo di una definitiva copertura sanitaria universale (non di una singola nazione, ma in tutti i paesi del mondo).

Nel 2012, il tema della copertura sanitaria universale diventa oggetto di una potenziale risoluzione, che viene approvata dall'assemblea delle Nazioni Unite attraverso uno specifico documento, dov'è possibile leggere i passaggi fondamentali delle azioni previste:

«L'Assemblea generale riconosce:

- l'importanza della copertura universale nei sistemi sanitari nazionali, specialmente attraverso i meccanismi di assistenza sanitaria di base e di protezione sociale, per fornire l'accesso ai servizi sanitari a tutti, e in particolare ai segmenti più poveri della popolazione;
- che la copertura sanitaria universale comporta che tutte le persone abbiano accesso, senza discriminazioni, all'insieme dei servizi preventivi, curativi e

¹⁶ Cfr. Tale definizione è reperibile al sito dell'OMS: «A health system consists of all the organizations, institutions, resources and people whose primary purpose is to improve health» (www.who.int/healthsystems/about/en/). Per approfondimenti sull'OMS si veda: G.L. BURCI, *WHO (World Health Organization)*, in S. CASSESE, (a cura di), *Dizionario di Diritto Pubblico*, Giuffrè, Milano, 2006, pp. 2613 e ss.

riabilitativi, definiti nazionalmente, e ai farmaci essenziali, sicuri, economici, efficaci e di qualità, con la garanzia che l'uso di questi servizi non esponga i pazienti – particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili – alla sofferenza economica;

- che gli stati membri devono far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie;
- il bisogno di continuare a promuovere, istituire o rafforzare politiche nazionali multisettoriali e piani per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, e di applicare sempre più estesamente tali politiche e programmi, incluso il riconoscimento dell'importanza della copertura universale all'interno dei sistemi sanitari nazionali»¹⁷.

La copertura sanitaria universale è considerata come un sistema di assistenza sanitaria in cui a tutti i residenti di un determinato luogo è garantito l'accesso alle cure mediche. Tale tipologia di assistenza non implica la copertura per tutte le persone e per tutte le prestazioni, ma solo che tutte le persone possano avere accesso all'assistenza. Alcuni sistemi sanitari universali vengono finanziati dal governo, mentre altri sono organizzati mediante l'obbligo per tutti i cittadini di acquistare un'assicurazione sanitaria privata, come gli USA. Dunque, l'assistenza sanitaria universale, in generale, si caratterizza per la presenza di tre elementi fondamentali: chi è coperto, quali servizi sono coperti e quanto del costo del servizio è coperto.

Molti paesi del mondo, ancor oggi, non possiedono una copertura sanitaria né universale, né gratuita. Tra questi paesi spiccano gli Stati Uniti e molti territori dell'Africa, dove solo la metà della popolazione africana totale riesce a ottenere cure sanitarie di base mentre, la restante parte, non può essere curata per via di meccanismi governativi che non consentono nemmeno le cure essenziali salvavita.

Molti dei paesi avanzati e alcuni tra quelli in via di sviluppo beneficiano di forme di assistenza sanitaria universale e questo è stato possibile soltanto attraverso l'intervento

¹⁷ Cfr. UNITED NATIONS, *General Assembly, Global health and foreign policy*, A/67/L.36, 6 dicembre 2012.

dei differenti governi e degli Stati che, attraverso regolamenti e leggi, sono riusciti ad amministrare il sostegno economico da fruire per i servizi sanitari. Purtroppo non è sempre stato così e, per buona parte della storia dell'umanità, l'assistenza medica è stata considerata un 'privilegio', riservato a chi poteva permettersi di pagarne il costo.

«Secondo i rapporti dell'Oms, metà della popolazione mondiale non può curarsi come dovrebbe. Quasi un miliardo di persone spende oltre il 10 per cento del proprio reddito per spese mediche, e circa 100 milioni spendono talmente tanto da essere ridotti in povertà. E questo è un problema di tutti»¹⁸. Difatti, come anticipato, e come auspica l'ISS, l'Istituto Superiore della Sanità, un sistema sanitario ideale deve: offrire a tutta la popolazione copertura sanitaria anche a chi ne risulta escluso (universalità); garantire i servizi e le prestazioni necessarie (globalità); compiere i precedenti atti senza sovraccaricare la popolazione di ulteriori costi (gratuità).

1.1.2 Tipologie di prevenzione

Il sistema sanitario opera attraverso risorse, istituzione e attori che simultaneamente perseguono l'obiettivo di garantire la salute ai cittadini. Proprio per questo, una delle finalità più importanti del sistema riguarda la prevenzione, che dev'essere capace – il più possibile – di migliorare o mantenere stabile il benessere del cittadino per evitare l'insorgere di malattie e/o patologie cliniche.

Difatti, per l'ISS «la prevenzione è un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie. In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si distinguono tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria»¹⁹.

Nello specifico:

1. la prevenzione primaria mira a eliminare o ridurre al minimo le possibili cause di insorgenza delle malattie, infatti, gli interventi sono rivolti a persone sane. L'obiettivo principale di questo tipo di prevenzione è educare gli individui, incoraggiandoli a

¹⁸ Cfr. S. DALLA CASA, *Copertura Sanitaria Nel Mondo: Quanto Ancora C'è Da Fare*, 2022, articolo disponibile in www.wonderwhy.it/copertura-sanitaria-nel-mondo-quanto-ancora-ce-da-fare/ in rete il 15/04/2023.

¹⁹ Cfr. ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITÀ, *Prevenzione e promozione della salute*, disponibile in www.iss.it/prevenzione-e-promozione-della-salute in rete il 15/04/2023.

effettuare scelte più salutari (stile di vita, alimentazione, ecc.) ed eliminando comportamenti negativi (sedentarietà, fumo, alcool, ecc.). Negli ultimi anni la popolazione di tutto il mondo si è avvicinata alla promozione delle campagne vaccinali, per esempio, ma anche a programmi di educazione sanitaria e attività per il benessere fisico e nutrizionale. Difatti, il mondo post Covid-19 è completamente cambiato rispetto al passato, in quanto molti individui hanno imparato a compiere alcuni gesti per la propria salute che precedentemente non effettuavano. La prevenzione primaria, dunque, si attua attraverso:

- campagne di sensibilizzazione/informazione per la popolazione e progetti di educazione alla salute (per esempio, l'utilizzo delle cinture di sicurezza in auto o gli effetti negativi del fumo sull'organismo);
 - profilassi immunitaria (le vaccinazioni);
 - indagini sui territori e sull'ambiente per cercare di arginare le possibili cause delle malattie;
 - azioni sugli individui per cercare di rilevare e correggere abitudini di vita scorrette (primi tra tutti il fumo);
 - interventi di correzione nelle situazioni che predispongono le persone alle malattie (per esempio l'obesità).
2. La prevenzione secondaria riguarda l'individuazione della malattia e il relativo piano terapeutico per le cure, in modo da evitare l'aggravarsi della patologia. Attraverso questo tipo di prevenzione si tenta di informare la popolazione che la diagnosi precoce è il principale strumento attraverso il quale è possibile intervenire e anticipare gli effetti della malattia, limitandone il decorso. Numerosi sono gli interventi di questo tipo, soprattutto attraverso i cosiddetti 'screening' che vengono effettuati per tutta la popolazione in svariati periodi dell'anno, su diverse tipologie di potenziali malattie. Alcuni esempi possono essere:
- screening per la diagnosi precoce dei tumori alla mammella, attraverso esami diagnostici specifici quali ecografia al seno e mammografia;
 - screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina, mediante pap-test o altri esami del sangue;
 - screening per la diagnosi precoce del colon, attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci e altri esami diagnostici;

- screening per l'individuazione di potenziali malattie croniche degenerative;
 - screening generici ad ampio spettro per controlli di natura generica negli individui che hanno difficoltà ad affrontare visite mediche o non riescono a effettuarli tramite il servizio sanitario nazionale.
3. La prevenzione terziaria consiste nell'eliminazione al minimo delle eventuali recidive e nella limitazione delle conseguenze di una patologia già in atto. Questo tipo di prevenzione è in stretta connessione con gli interventi di riabilitazione, cioè tutte quelle azioni che mirano al recupero delle funzioni dell'organismo che sono state compromesse dalla malattia, in quanto è fondamentale reintegrare nuovamente il paziente nel contesto sociale dopo la malattia. Attraverso questa tipologia di prevenzione si cerca di sviluppare nel paziente la capacità di 'autocura', aiutandolo a raggiungere livelli di funzionalità e autonomia tali da non limitarlo nella gestione della quotidianità a causa della malattia o della disabilità.

Il concetto di 'prevenzione delle malattie' oggi è totalmente accettato e diffuso, in quanto parlare di prevenzione significa attenzionare i fattori di rischio che hanno capacità di essere dannosi per l'essere umano. Difatti, nonostante sia evidente che un sistema sanitario efficiente debba assicurare la tutela dello stato di salute, ciò non risulta sempre possibile, in quanto esistono diversi fattori che possono incidere positivamente o negativamente sulla vita delle persone. Per esempio, ci sono molti luoghi in cui non esistono delle condizioni ambientali ottimali (smog, presenza d'inquinamento, ecc.), altri dove lo stile di vita dell'individuo è completamente differente (o troppa attenzione allo sport o vita particolarmente sedentaria), altri in cui incide l'appartenenza a una determinata classe economica e, senza dubbio, elementi genetici dell'individuo che non possono essere controllati.

Nelle società moderne, in genere, si tende a dare molta importanza alla medicina terapeutica e riabilitativa. Ciò implica un minor peso dato a medicina preventiva, che invece è fondamentale nell'intervenire precocemente nello stato di mancato benessere dell'individuo. In questo meccanismo è fondamentale l'opera svolta dai professionisti sanitari, che devono educare alla prevenzione e possedere una mentalità multidisciplinare, utile a riconoscere eventuali stati di malattia, oltre al singolo disturbo che il paziente può manifestare.

È, dunque, necessario comprendere qual è il modo più idoneo per entrare in empatia con i pazienti e fornire loro, in maniera efficace, tutte le informazioni di cui hanno bisogno. Tali strumenti possono messi in atto se il funzionamento del sistema sanitario risulta compatibile con alcuni parametri: efficienza, efficacia, costi ed equità.

In tal senso è possibile definire un sistema sanitario efficiente quando utilizza il minor numero di risorse, ma garantisce le prestazioni sanitarie necessarie; allo stesso modo si può definire efficace quanto le prestazioni erogate implicano un reale miglioramento dello stato di salute dei cittadini; la spesa sanitaria, parimenti, dovrebbe essere a un livello adeguato rispetto al contesto di riferimento di cui fa parte e garantire l'accesso al sistema sanitario a tutti i cittadini; il concetto di spesa sanitaria introduce il tema dell'equità, che è il principio attraverso il quale si manifesta l'uguaglianza che i cittadini dovrebbero avere per l'accesso alle cure.

1.2 I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

1.2.1 Livelli minimi o essenziali di assistenza: quale approccio per garantire il diritto alla salute?

Con l'entrata in vigore della l. 30 dicembre 1991, n. 412, si stabilì all'art. 4 che a partire dal 1° gennaio 1992 venissero definiti i «Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria». Ebbene, a partire da quel momento, al concetto di livello venne attribuito l'aggettivo «essenziale», conferendo di conseguenza al legislatore la facoltà di esercitare un ampio potere discrezionale in sede di definizione della nozione. La formula utilizzata, difatti, sembra lasciare spazio a molte interpretazioni sul significato dell'essenzialità delle prestazioni.

Per esempio, secondo alcuni la prestazione è “essenziale” quando senza di essa non sarebbe possibile raggiungere l'obiettivo o il fine economico-finanziario del contratto²⁰.

Secondo un altro orientamento dottrinale che l'ambito essenziale della prestazione deve essere ricollegato al concetto di “adeguatezza”. In questo caso, l'essenzialità della

²⁰ Cfr. L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Giuffrè, Milano, 2005, pp. 89 ss.; A. POLICE, *Federalismo “asimmetrico” e dequotazione dell'eguaglianza: le fragili fondamenta della cittadinanza amministrativa*, in *Dir. econ.*, 2002, pp. 489 e ss.

prestazione è legata alla sua capacità di realizzare istanze di equità e di benessere, dunque, una prestazione essenziale dovrebbe andare oltre la semplice “sufficienza” dal punto di vista economico-finanziario e garantire un equilibrio ed una giustizia nel rapporto tra le parti²¹. Pertanto, a differenza dell’altro indirizzo ermeneutico che collega l'essenzialità della prestazione alla sua sufficienza economico-finanziaria, quest’ultimo invece pone l'enfasi sulla funzione sociale del contratto e sulla necessità di considerare il contesto sociale e normativo in cui viene stipulato.

Un terzo ed ultimo orientamento che merita essere ricordato ricollega l’essenzialità della prestazione agli aspetti soggettivi e sociali del contratto, con la conseguenza che non può essere determinata in modo universale, bensì è necessario adottare un approccio flessibile e contestuale alla nozione di essenzialità della prestazione. La scelta di stabilire se una prestazione è essenziale deve essere lasciata alla decisione del legislatore, e può anche comportare un intervento della Corte costituzionale per verificare il rispetto dei limiti della manifesta irragionevolezza o della manifesta contraddittorietà²².

Il problema interpretativo legato alla essenzialità delle prestazioni non è di poco conto: lo spazio regionale, come si analizzerà meglio nel secondo capitolo, può essere più o meno ampio a seconda di come si intenda la nozione di “essenziale”.

A tal proposito, il dibattito avente ad oggetto l’essenzialità delle prestazioni si concentra sul significato dell'espressione e se i livelli di prestazione descritti debbano essere considerati minimi o se abbracciano un significato più ampio che si riferisca al pieno significato etimologico della parola. In altre parole, la dottrina si chiede se l'espressione indichi le prestazioni più ridotte che siano da considerarsi accettabili o se invece si riferisca all’essenza del diritto cui si riferiscono, nella specie il diritto alla salute. In tal modo, si cerca di determinare se le prestazioni essenziali debbano essere viste come il minimo necessario per garantire il diritto alla salute o come prestazioni che siano intrinsecamente correlate alla sostanza stessa del diritto e che debbano essere realizzate

²¹ Cfr. L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *Diritti sociali dal riconoscimento alle garanzie: il ruolo della giurisprudenza*, Convegno Annuale del gruppo di Pisa. Trapani 8-9 giugno 2012, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013; C.E. GALLO, *Le fonti del diritto nel nuovo ordinamento regionale. Una prima lettura*, Giappichelli, Torino, 2004, p. 88.

²² Cfr. M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 26 ss.

in modo completo. In ogni caso, questa questione dipende dalle circostanze specifiche del caso concreto e richiede un'analisi approfondita dal punto di vista sia legale sia dottrinale.

Quindi, in sintesi, si può dire che si discute del significato effettivo della nozione di “minimo” in relazione alle prestazioni essenziali e se questa debba essere riferita esclusivamente alla disponibilità di risorse o se debba includere anche altri aspetti quali i principi ispiratori del sistema di erogazione e il diritto alla salute²³. In altre parole, la definizione di “minimo” sembrerebbe essere meno legata alle esigenze effettive degli utenti del servizio e più alla capacità finanziaria del sistema che eroga il servizio stesso²⁴.

L'interpretazione sembrerebbe essere confermata dall'art. 5 della legge n. 386 del 1989, che prevede la partecipazione delle Province autonome alla ripartizione di fondi speciali per garantire livelli minimi di prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, il carattere di “minimo” nella definizione delle prestazioni essenziali non può essere interpretato solo in termini finanziari, ma deve considerare anche gli effettivi bisogni degli utenti ed i diritti fondamentali che sottendono alle prestazioni essenziali richieste.

In riferimento alla definizione dei livelli minimi di prestazione dei servizi essenziali, la Corte costituzionale sembra non offrire solidi punti di riferimento, avendo utilizzato in passato i termini “minimo” ed “essenziale” come sostanzialmente equivalenti. Tuttavia, sembra che la Corte abbia dato un orientamento unitario ed egualitario alla competenza, indirizzandosi soprattutto verso il secondo modo di interpretare l'essenzialità delle prestazioni, piuttosto che al mero aspetto minimo erogatore dei servizi²⁵.

La lettura dei livelli essenziali di prestazione dei servizi come semplici livelli minimi sembra essere meno preferibile rispetto alla lettura in cui i livelli essenziali sono idonei a rappresentare il nucleo irriducibile del diritto alla salute. In altre parole, invece di concentrarsi esclusivamente sull'aspetto minimo delle prestazioni, è importante considerare ciò che è essenziale per garantire il diritto alla salute ed altri diritti

²³ Cfr. E. BALBONI, *Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, n. 6, 2001, p. 1104.

²⁴ Cfr. L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, cit., pp. 89 e ss.

²⁵ Cfr. Corte Costituzionale, 23 novembre 2007, n. 287, in *Consulta OnLine*.

fondamentali degli utenti dei servizi. Questa interpretazione offre una prospettiva più ampia e completa sulla definizione dei livelli essenziali di prestazione dei servizi²⁶.

1.2.2 L'evoluzione giurisprudenziale della Corte Costituzionale tra diritto della salute ed equilibrio di bilancio

Come già affermato, la questione della definizione dei livelli essenziali di assistenza è importante poiché ha un impatto sulla ripartizione di competenze tra lo Stato e le Regioni, specie sulla definizione del quadro normativo e regolamentare che disciplina il Sistema Sanitario Nazionale.

La Corte costituzionale ha utilizzato in modo promiscuo i termini “minimo” ed “essenziale” per riferirsi ai livelli di assistenza sanitaria di base; tuttavia, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso, ha adottato un nuovo orientamento, secondo cui, pur considerando i livelli essenziali come «baluardi» per garantire il nucleo irriducibile del diritto alla salute²⁷ è indispensabile tenere conto del principio dell'equilibrio di bilancio, per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema²⁸.

In questo senso, la modifica dell'art. 81 della Costituzione, operata dalla legge costituzionale del 20 aprile 2012, n. 1, ha ulteriormente rafforzato l'orientamento dei giudici di legittimità nel considerare i livelli essenziali di assistenza come strumenti fondamentali per garantire il diritto alla salute dei cittadini in modo equilibrato e sostenibile: lo Stato, dunque, deve mantenere un equilibrio tra le entrate e le uscite, in modo da evitare l'accumulo di debiti eccessivi.

La Corte costituzionale, considerando l'elemento costo come una delle condizioni per determinare la costituzionalità della definizione dei livelli essenziali di assistenza, ha affermato che spetta allo Stato la determinazione di tali oneri economici e la loro ripartizione tra il Servizio Sanitario Nazionale e gli assistiti. Ripartizione che, al fine di garantire i diritti di accesso alla salute a tutti i cittadini, può prevedere specifici casi di esenzione a favore di determinate categorie di soggetti, nonché stabilire soglie di

²⁶ Cfr. L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, cit., pp. 106 e ss.

²⁷ Cfr. L. BERTORELLO, *Il diritto alla salute e i livelli essenziali di assistenza*, in *Riv. Cammino Diritto*, n. 1, 2023, p. 788.

²⁸ Cfr. Corte Cost., 28 luglio 1995, n. 416, in *Consulta OnLine*.

compartecipazione ai costi, uguali in tutto il territorio nazionale, ma sempre tenendo conto delle esigenze di equilibrio di bilancio dello Stato.

Sull'argomento, emblematica è la sentenza n. 275 del 2016 emessa dalla Corte costituzionale²⁹ con cui si è sottolineato l'importanza dei diritti sociali garantiti dalla Costituzione ed il loro valore intrinseco indipendente dalle contingenti esigenze di bilancio. Nello specifico, secondo i giudici della Corte, una volta identificato il nucleo invalicabile di garanzie minime costituzionalmente riconosciute, il diritto alla salute non può essere condizionato in termini assoluti e generali dal principio di equilibrio finanziario. In altre parole, la garanzia dei diritti fondamentali non può essere subordinata alle esigenze di equilibrio di bilancio dello Stato. Ciò significa che l'obbligo di garantire l'accesso ai livelli essenziali di assistenza sanitaria previsti dalla Costituzione non può essere sacrificato per ragioni economiche di bilancio.

1.2.3 L'appropriatezza delle cure sanitarie come requisito per l'inclusione nei Livelli Essenziali di Assistenza

In questo spazio, si intende altresì evidenziare che è fondamentale garantire che l'accesso alle cure sia svolto in modo "efficiente", cioè senza sprechi di risorse, ed "appropriato", cioè che le cure fornite siano adeguate alle esigenze dei pazienti e conformi alle migliori pratiche mediche. In altre parole, la determinazione dei livelli essenziali di assistenza deve garantire il diritto di ogni cittadino alle cure, ma allo stesso tempo, deve svilupparsi nel contesto di una spesa efficace e appropriata delle risorse del sistema sanitario nazionale.

Nel sistema sanitario nazionale le prestazioni garantite sono esclusivamente quelle che sono considerate "appropriate" e, pertanto, possono rientrare nei livelli essenziali di assistenza sanitaria. Ciò significa che solo le prestazioni che hanno evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute a livello individuale o collettivo («efficacia ed appropriatezza clinica»³⁰) e che utilizzano in modo efficiente le risorse sono

²⁹ Cfr. Corte Cost., 19 ottobre 2016, n. 275, con nota di A. APOSTOLI, *I diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo. Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in *Consulta OnLine*, 2017.

³⁰ Cfr. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2021, pp. 99 e ss.; B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Cedam, Padova 2007, pp. 220 e ss.

garantite dallo Stato (appropriatezza organizzativa). In sostanza, così come poi confermato successivamente da diverse disposizioni contenute nell'art. 1 della l. 28 dicembre 2015, n. 208, il legislatore ha inteso garantire l'accesso alle cure sanitarie essenziali a tutti, ma allo stesso tempo garantire che queste cure siano fornite in modo efficace ed efficiente.

L'appropriatezza, dunque, si integra nella disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, poiché è considerato un requisito necessario per la loro stessa definizione. D'altra parte, le singole Regioni possono però decidere di erogare livelli aggiuntivi di assistenza sanitaria, a patto che le prestazioni fornite siano appropriate anche secondo i criteri stabiliti a livello statale. In pratica, questo significa che le Regioni non possono fornire cure non appropriate o non conformi ai criteri nazionali, ma possono offrire livelli ulteriori di assistenza solo se le prestazioni aggiuntive sono appropriate e necessarie per le esigenze dei pazienti che vivono in quello specifico territorio regionale.

Un esempio di quanto sinora esposto, è costituito dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano in cui è stata attivata, in tutte le strutture pubbliche e private che forniscono cure sanitarie, una specifica funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, anche nota come *risk management*. Nello specifico, con quest'ultimo termine si indica un insieme di attività volte a individuare, analizzare e gestire i rischi associati alla prestazione di cure sanitarie, al fine di minimizzare gli errori e migliorare la qualità delle cure fornite. In particolare, come è stato poi precisato anche nel secondo comma dell'art. 1 della legge 8 marzo 2017, n. 241, la funzione di monitoraggio e prevenzione del rischio sanitario aiuta a identificare eventuali comportamenti inappropriati o pratiche mediche non conformi alle linee guida stabilite a livello nazionale, consentendo di intervenire tempestivamente per correggere la situazione e ridurre il rischio di danni per i pazienti³¹.

La funzione di gestione del rischio sanitario comprende anche l'individuazione di attività di medicina difensiva attiva e passiva, ovvero comportamenti o pratiche mediche finalizzate a proteggere il medico o la struttura sanitaria da eventuali azioni legali o reclami da parte dei pazienti. Grazie all'identificazione di tali attività, la funzione di *risk management* può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza e a promuovere un

³¹ Cfr. G. PASTORI, *Autonomia e responsabilità nel sistema sanitario*, in *Scritti scelti*, Jovene, Napoli, II, 2010.

approccio più centrato sul paziente e meno sulla tutela dei professionisti sanitari o delle strutture.

In conclusione, l'unità del sistema sanitario nazionale è garantita da due fattori fondamentali: la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza a livello statale e l'appropriatezza delle prestazioni. Le scelte relative ai LEA sono di competenza statale e regolamentano ciò che viene fornito dal Servizio Sanitario Nazionale in tutto il territorio nazionale, mentre l'appropriatezza delle prestazioni è un requisito fondamentale per essere incluse nei LEA e per la valutazione del loro valore per la salute dei pazienti. Le Regioni hanno poi lo spazio per individuare ed offrire prestazioni aggiuntive ai propri residenti solo se tali prestazioni sono appropriate.

Il mantenimento di un sistema sanitario nazionale unitario è dunque di fondamentale importanza per garantire una qualità uniforme delle prestazioni sanitarie in tutto il Paese, così come è altresì importante che le Regioni abbiano la flessibilità per individuare ed offrire prestazioni aggiuntive ai propri residenti, poiché le esigenze sanitarie possono variare da Regione a Regione, a condizione che si trovi «un punto di incontro tra le esigenze unitarie di garanzia del diritto sociale alla salute e la naturale propensione del servizio sanitario al pluralismo e al decentramento»³².

1.2.4 Il principio della leale collaborazione nella definizione dei LEA tra Stato e Regioni

L'approvazione della legge costituzionale n. 3 del 2001 ha determinato una profonda innovazione nella nostra Carta Costituzionale, in particolare per quanto riguarda l'organizzazione del rapporto tra lo Stato e le Regioni nel campo dei diritti sociali, tra cui rientra il diritto alla salute. La riforma ha posto l'attenzione non più sul modo in cui tali diritti devono essere garantiti, ma piuttosto sui soggetti istituzionali incaricati di soddisfarli. Queste novità normative rappresentano un passo avanti nella tutela dei diritti sociali e un'opportunità per rafforzare il sistema sanitario nazionale.

Per quanto concerne il diritto alla salute, occorre sottolineare che la sua tutela è tra le materie di competenza concorrente ai sensi dell'art. 117 della Costituzione. Tuttavia, la

³² Cfr. B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, cit., p. 221.

definizione dei livelli essenziali delle prestazioni garantite in merito ai diritti civili e sociali è di esclusiva competenza dello Stato, come previsto dal secondo comma della stessa disposizione. Questo significa che la promozione e la tutela del diritto alla salute richiedono un coordinamento tra Stato e Regioni, al fine di assicurare un'efficace garanzia sul territorio nazionale. Previsione confermata, a sua volta, anche dall'art. 120 Cost. secondo cui «il governo può sostituirsi ad organi delle Regioni [...] quando lo richiedono [...] in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali».

Secondo quanto sostenuto da una parte della dottrina³³, la riforma costituzionale ha delineato l'esigenza di riconoscere l'importanza degli interessi nazionali in materia di diritti sociali, tra cui il diritto alla salute. Infatti, nonostante questi interessi fossero già previsti nella versione precedente degli articoli 117 e 127 della Costituzione, la riforma ha voluto ribadirli esplicitamente e sottolineare l'importanza di un approccio unitario nella loro promozione e tutela, senza escluderli dal quadro costituzionale. In questo modo, si è voluto rafforzare l'impegno a favore del benessere collettivo e a garantire l'efficacia dei diritti sociali, con particolare attenzione alla promozione del diritto alla salute in tutto il territorio nazionale.

In sostanza, come afferma anche la stessa Corte Costituzionale³⁴, il sistema di assistenza sanitaria in Italia, al fine di garantire l'efficacia del servizio sanitario e la sua capacità di rispondere alle esigenze dei cittadini, senza trascurare le specificità territoriali, si sviluppa su due livelli di governo: quello statale che si occupa di definire i livelli essenziali di assistenza (LEA) che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve fornire ai cittadini, mentre il livello regionale deve organizzare il servizio sanitario sul territorio e garantire che le prestazioni siano offerte nel rispetto dei LEA stabiliti dallo Stato.

La tensione tra l'unità e la differenziazione deriva dalla necessità di garantire l'uguaglianza e la solidarietà sociale, ovvero il valore basilare della cittadinanza sociale. Questi principi costituzionali non possono essere messi in discussione, ma, allo stesso tempo, bisogna tener conto delle differenti esigenze delle Regioni e garantire che l'assistenza sanitaria sia erogata in modo efficiente e adeguato in tutto il territorio

³³ Cfr. sul punto M. LUCIANI, *Le nuove competenze legislative delle Regioni a Statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della L. cost. n. 3/2001*, in *Il nuovo Titolo V della Costituzione. Stato/Regioni e diritto del lavoro*, n. 1, 2002, pp. 17 e ss.

³⁴ Corte Cost., 8 luglio 2021, n. 142, in *Federalismi.it*.

nazionale³⁵. In questo senso, il meccanismo costituzionale si occupa di tenere in equilibrio queste tensioni per armonizzare gli interessi nazionali e quelli locali, garantendo l'efficacia e la solidità del sistema di assistenza sanitaria nel suo complesso.

Secondo i giudici di legittimità costituzionale, questa competenza è da considerarsi una materia «non materia»³⁶, ovvero trasversale e in grado di investire tutte le materie. Questo significa che essa è in grado di influenzare la gestione di tutte le materie del servizio sanitario nazionale, garantendo un'adeguata uniformità di trattamento per tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto.

La competenza in questione è dunque uno strumento per garantire l'uniformità del Servizio Sanitario a livello nazionale, mantenendo al contempo un adeguato livello di autonomia nelle decisioni e gestione dei servizi a livello regionale e locale. L'obiettivo è dunque quello di garantire che tutte le persone abbiano accesso a servizi sanitari di qualità che rispettino i loro diritti, indipendentemente dalla loro ubicazione geografica.

Ciò si riflette nella gestione dei LEA che ogni Regione deve garantire di fornire ai cittadini, in linea con le direttive fornite dallo Stato. Tutto questo è stato messo a punto per garantire un'adeguata uniformità di trattamento per tutti i cittadini e per far fronte alle criticità del servizio sanitario nazionale.

Proprio la sentenza n. 282 del 2002 della Corte Costituzionale ha affrontato il tema delle “materie trasversali” e del loro impatto sulla competenza statale o regionale nel sistema sanitario italiano³⁷. In questa decisione, i giudici hanno chiarito che, per quanto riguarda i Livelli Essenziali di Assistenza, la competenza statale è idonea ad investire tutte le materie, ovvero le pratiche terapeutiche che rientrano nei LEA devono essere garantite su tutto il territorio nazionale e non possono essere limitate o condizionate dalla legislazione regionale.

Inoltre, la Consulta ha stabilito che la definizione dei LEA è di competenza esclusiva dello Stato, ma deve essere decisa in modo collaborativo con le Regioni, per rispettare il

³⁵ G. FERRARA, *Eguaglianza e federalismo*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Evoluzione dello stato delle autonomie e tutela dei diritti sociali. A proposito della riforma del titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2001, pp. 31 e ss.

³⁶ Corte Cost., 26 giugno 2002, n. 282, con nota di C. TUCCIARELLI, *La sentenza n. 282 del 2002 della Corte costituzionale: prime interpretazioni delle disposizioni costituzionali sull'esercizio del potere legislativo delle Regioni*, in *Forum Costituzionale*, 3 luglio 2022.

³⁷ Cfr. R. BIN, *Il nuovo riparto di competenze legislative: un primo, importante chiarimento*, in *Le Regioni*, n. 6/2002, pp. 1448 e ss..

principio di «leale collaborazione» tra i diversi livelli di governo. In altre parole, pur essendo di competenza esclusiva statale, la definizione dei LEA deve tener conto delle specificità territoriali e delle esigenze delle Regioni, in modo da garantire un'adeguata uniformità di trattamento per tutti i cittadini. Questa sentenza è stata un contributo importante per risolvere i dubbi interpretativi legati alle materie trasversali e per garantire un sistema sanitario più equo ed efficiente.

La sentenza n. 134 del 2006 della Corte Costituzionale³⁸ è stata emessa per chiarire ulteriormente il ruolo dello Stato nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilendo, difatti, che la definizione degli *standard* dei livelli deve essere attribuita in primo luogo al legislatore centrale, ovvero lo Stato, che agisce di intesa con la Conferenza Unificata e nel rispetto del principio di leale collaborazione tra gli enti pubblici, così come previsto dall'art. 117 Cost.

Da quanto sopra brevemente ricostruito, si apprende che la leale cooperazione tra lo Stato e le Regioni è un elemento fondamentale per garantire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, un aspetto che dovrà essere pertanto tenuto conto anche nell'analisi dei modelli organizzativi adottati dalle singole Regioni.

1.2.5 La gestione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario: tra *standard* nazionali e organizzazione a livello regionale

Secondo la dottrina³⁹ e la giurisprudenza costituzionale⁴⁰, lo Stato ha la competenza di stabilire gli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi» relativi ai servizi di assistenza sanitaria, inclusi i Livelli Essenziali di Assistenza. Questo aspetto è significativo perché garantisce l'accesso uniforme ai servizi di assistenza sanitaria a livello nazionale. Il secondo capitolo, come si è già riferito, è incentrato sull'analisi dei modelli organizzativi definiti da alcune Regioni e come essi si allineano agli *standard* di servizio definiti dallo Stato al fine di valutare l'efficacia dei modelli organizzativi nel garantire l'adeguata attuazione dei LEA.

³⁸ Corte Cost., 31 marzo 2006, n. 134, in *Federalismi.it*.

³⁹ E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Forum costituzionale*, 2006.

⁴⁰ Coste Cost., 31 marzo 2006, n. 134, cit.

Al fine di raggiungere proficuamente il suddetto obiettivo, è necessario dunque tenere conto che i giudici di legittimità costituzionale hanno affermato che spetta al legislatore nazionale specificare le modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria per i Livelli Essenziali di Assistenza, ma, al fine di migliorare la qualità dei servizi forniti e garantire un'adeguata uniformità degli stessi, deve coinvolgere le Regioni e le Province Autonome seguendo uno specifico procedimento legislativo (art. 54 della legge n. 289/2002) al fine di stringere proficue intese. Coinvolgere le Regioni nel processo di definizione dei LEA, difatti, garantisce un coinvolgimento delle autorità sanitarie locali nella definizione delle prestazioni sanitarie essenziali e nella definizione delle modalità di erogazione. In questo modo, il processo decisionale per la definizione dei LEA diventa più partecipativo e si tiene conto delle necessità specifiche delle diverse realtà regionali.

Se si analizza la prassi, si evince che lo Stato e le Regioni (così come le Province Autonome) operano sempre secondo il sopra richiamato principio di leale collaborazione, determinando, tuttavia, l'utilizzo assai frequente di atti regolamentari rispetto alle leggi. Questa "preferenza" nei confronti degli atti regolamentari rispetto alle leggi⁴¹ è dovuto essenzialmente perché sono strumenti più adatti e flessibili per realizzare forme di partecipazione regionale, consentendo anche una maggiore personalizzazione delle disposizioni in base alle specifiche esigenze dell'area geografica interessata⁴².

Appurato che i LEA devono essere definiti dal legislatore nazionale, occorre in questa sede ricordare che il primo riferimento normativo è rappresentato dal decreto legislativo n. 502 del 1992, attraverso il quale – nell'attribuire alle Regioni competenze in materia di programmazione e organizzazione sanitaria – si conferisce al Governo la capacità di determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria, nonché le relative quote di finanziamento.

In attuazione del decreto legislativo n. 229 del 1999 e del Piano Sanitario Nazionale negli anni 1998-2000, sono state poi definite le garanzie che il Sistema Sanitario Nazionale s'impegna ad assicurare in tutto il territorio nazionale per mezzo delle risorse pubbliche. Vengono, dunque, identificati i livelli essenziali di assistenza (LEA), cioè i

⁴¹ F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, op. cit. i quali sostengono che si assiste a un vero e proprio svuotamento della normativa primaria.

⁴² M. DI FOLCO, *La partecipazione delle autonome territoriali alla determinazione dei livelli essenziali in sanità. Profili sostanziali e procedurali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2.

differenti tipi di assistenza, di servizi e di prestazioni sanitarie che lo Stato deve garantire a tutta la popolazione sul suolo nazionale. Naturalmente, i livelli vengono definiti sulla base dei fabbisogni della società e, inoltre, questa riforma ha inserito una modifica sostanziale nella denominazione; si è passati da “livelli di assistenza” a “livelli essenziali di assistenza”, proprio per sancire l’importanza di tali interventi per la popolazione.

Successivamente, attraverso la Conferenza Stato-Regioni, è stato approvato il primo DPCM in data 29 novembre 2001 con cui si è determinato quali prestazioni rientrano o meno nei LEA (così come illustrate nell’Appendice A⁴³), suddivise nelle tre seguenti grandi macroaree:

- la prevenzione collettiva e la sanità pubblica. Tale area comprende tutte le attività di prevenzione rivolte al raggiungimento del benessere sia della collettività, sia dei singoli: i vaccini obbligatori, la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati, sorveglianza e prevenzione della salute negli ambienti di lavoro, salute animale e igiene urbana veterinaria, sicurezza alimentare, attività medico legali per finalità pubbliche⁴⁴;
- l’assistenza distrettuale. Questo settore include i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio come per esempio: assistenza sanitaria di base, assistenza farmaceutica, assistenza termale, assistenza protesica, assistenza specialistica integrativa e così via⁴⁵;
- l’assistenza ospedaliera, che è articolata nelle seguenti attività: il pronto soccorso, il ricovero ordinario, il *day hospital* e il *day surgery*, la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, le attività trasfusionali e così via⁴⁶.

Si segnala, inoltre, che la stessa Appendice A indica quali sono le prestazioni totalmente o parzialmente escluse dai LEA. Attraverso tale operazione il Governo ha altresì determinato una tariffa massima rimborsabile a carico del SSN e, superata questa somma, la restante parte rimarrà a carico della Regione di riferimento.

⁴³ Cfr. L’Appendice A è tratta dalla GU n. 33 dell’8 febbraio 2002. È stato incluso nel presente elaborato per consentire al lettore di delineare in maniera istantanea le tipologie di prestazione escluse dai LEA.

⁴⁴ Cfr. MINISTERO DELLA SALUTE, *I livelli assistenziali individuati dal DPCM*, reperibili integralmente al seguente link www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=1300&lingua=italiano&menu=lea Essn in rete il 20/04/2023.

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ Cfr. *Id.*

Le tariffe sono state aggiornate con il DPCM del 12 gennaio 2017 attraverso la pubblicazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza, dopo sedici anni dalla loro introduzione in ambito sanitario. L'allora ministro della salute Beatrice Lorenzin ha fortemente voluto questo nuovo aggiornamento, che è stato indicato come un passaggio storico per la Sanità italiana, in quanto questi nuovi LEA vanno a sostituire interamente quelli del precedente decreto.

Le principali novità introdotte dal DPCM del 2017 sono:

- definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale;
- descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza;
- innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete;
- ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione⁴⁷.

Nel 2019, la Fondazione Gimbe⁴⁸ – come mostra la mappa di FIG. 2 – si è occupata di monitorare la situazione dei LEA in Italia. Tale studio mostra una situazione di inaccettabile divario tra le regioni italiane, in quanto viene fotografato un paese suddiviso in tre aree, separate da altrettante fratture. Sia in termini di prevenzione, sia in termini di cure, chi abita nelle aree del Centro e del Nord della penisola può contare su tutele che il SSN dovrebbe garantire a tutti. Questo è un 'privilegio' di cui altri cittadini italiani non riescono a usufruire, perché trattati come cittadini di seconda fascia, in quanto devono affidarsi a servizi e prestazioni privati o alla mobilità sanitaria lungo la penisola stessa.

⁴⁷ Cfr. Per un quadro più completo dei nuovi LEA, è possibile consultare le slide che il Ministero della Salute ha reso disponibili al seguente link www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_2842_listaFile_itemName_0_file.pdf in rete il 20/04/2023.

⁴⁸ Cfr. La fondazione «non ha fini di lucro e ha lo scopo di favorire la diffusione e l'applicazione delle [...] attività indipendenti di ricerca, formazione e informazione scientifica, al fine di migliorare la salute delle persone e contribuire alla sostenibilità di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico» (Fonte: www.gimbe.org/pagine/264/it/chi-siamo).

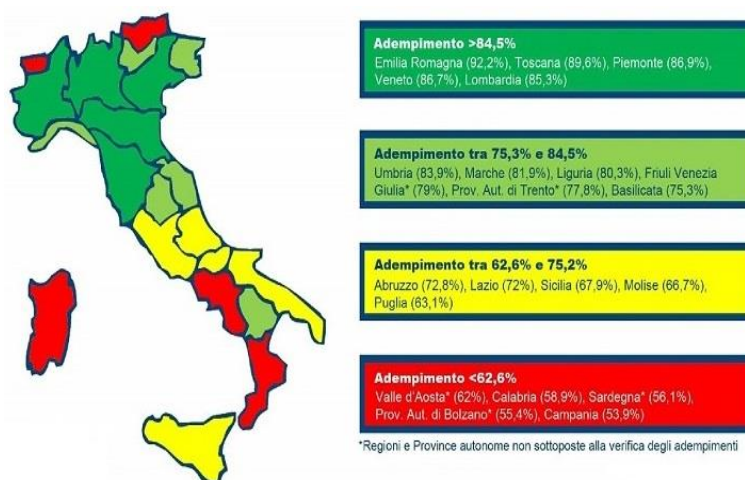


FIG. 1 – Adempimenti dei livelli essenziali di assistenza nel periodo temporale 2010-2017 (dati al 27 novembre 2019)
 (Fonte: www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiologia/lea-ancora-troppe-disuguaglianze-tra-le-regioni-italiane)

Un passo fondamentale per tentare di sbloccare questa situazione, soprattutto a seguito delle ulteriori disuguaglianze emerse dopo la pandemia da Covid, è avvenuto recentemente. Nell'aprile 2023, infatti, il ministro della salute Orazio Schillaci firma il decreto per lo sblocco dei nuovi LEA, che erano fermi da ben 6 anni. Difatti, in contemporanea alla fine delle misure restrittive dovute al Covid, il ministro afferma: «noi che siamo al governo da 6 mesi siamo finalmente riusciti con un grande lavoro a sbloccare una situazione che comportava in varie regioni prestazioni ambulatoriali obsolete»⁴⁹.

1.3 Panoramica degli indicatori di salute

«La ricerca di migliori performance del settore pubblico rappresenta un tema da molto tempo al centro del dibattito politico, sociale ed economico»⁵⁰, proprio per questo l'introduzione di continue migliorie è un chiaro segnale «di un ampio processo di trasformazione diretto a realizzare l'innalzamento dei livelli di efficienza operativa e della qualità dei servizi, in presenza di crescenti vincoli necessari per il controllo della spesa pubblica»⁵¹.

⁴⁹ Cfr. G. BARDI, *Sanità, sbloccati i nuovi Lea: erano fermi da 6 anni. Schillaci: "Segnale fortissimo contro le disuguaglianze"*, articolo disponibile al seguente link: www.secoloditalia.it/2023/04/sanita-sbloccati-i-nuovi-lea-erano-fermi-da-6-anni-schillaci-segnale-fortissimo-contro-le-disuguaglianze/ in rete il 22/04/2023.

⁵⁰ Cfr. L. MARINÒ, (a cura di), *Il management delle aziende sanitarie tra autonomia formale e sostanziale*, Giappichelli, Torino, 2016, p. 1.

⁵¹ Cfr. *Id.*

Tali obiettivi si cercano di raggiungere anche grazie agli indicatori sanitari di base dell'UE (ECHI), noti precedentemente come indicatori sanitari della Comunità europea e che sono il risultato di una lunga e proficua collaborazione tra i paesi dell'UE e la Commissione europea⁵². Gli indicatori di salute sono un insieme di dati di sorveglianza, che vengono analizzati in modo da fornire una valutazione dello stato di salute della popolazione, in quanto è fondamentale stabilire priorità e azioni da intraprendere per migliorare la salute pubblica.

A partire dal 2015, attraverso la «Global Reference List of 100 Core Health Indicators»⁵³, l'OMS ha proposto un nuovo strumento utile a stabilire in modo obiettivo e sintetico lo stato di salute a livello nazionale e globale della salute della popolazione e seguirne nel tempo i cambiamenti. Gli indicatori vengono classificati in quattro categorie principali:

1. indicatori dello stato di salute (tassi di mortalità e di morbilità);
2. indicatori dei fattori di rischio (per esempio stili di vita, condizioni predisponenti a malattie croniche non trasmissibili);
3. indicatori di copertura da parte dei servizi sanitari (per esempio vaccinazioni, assistenza alla gravidanza e al parto, attività di diagnosi e prevenzione dall'infezione da HIV);
4. indicatori relativi al sistema sanitario (per esempio accesso e utilizzazione dei servizi sanitari, spesa sanitaria, registri anagrafici e/o sanitari).

«Secondo le intenzioni dell'Oms, l'applicazione della lista, sottoposta a revisioni periodiche, dovrebbe, in un'ottica di trasparenza e condivisione delle informazioni, facilitare il monitoraggio dello stato di salute e ottimizzare l'impegno della raccolta di dati, verificare l'avanzamento di programmi e l'utilizzo di risorse, orientare le priorità di salute»⁵⁴.

⁵² Cfr. Ulteriori dettagli sono disponibili al seguente indirizzo www.health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_it in rete il 22/04/2023.

⁵³ Cfr. L'ultima edizione, del 2018, è disponibile in formato digitale al seguente link https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf in rete il 22/04/2023.

⁵⁴ Cfr. Per ulteriori approfondimenti è possibile consultare il seguente link www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/HealthIndicatorsOms2015 in rete il 22/04/2023.

Gli indicatori ospedalieri principali, per esempio, riguardano il funzionamento della struttura stessa e sono usati per conoscere e valutare non solo i sistemi sanitari, ma anche per la valutazione delle regioni e dei reparti.

Nome indicatore	Come si calcola	Spiegazione	Unità di misura
Degenza media	Giornate di degenza / numero dei degenti	Esprime il tempo che un paziente mediamente resta in ospedale	Giorni/paziente
Tasso di utilizzazione dei posti letto	100* (giornate di degenza effettive / giornate di degenza potenziali)	Esprime l'effettiva occupazione dei posti letto rispetto al potenziale	In percentuale
Indice Turnover	Giornate di degenza disponibili / numero di degenti	Esprime i giorni in cui il singolo posto letto rimane libero tra dimissione di un paziente e ricovero di un altro	Giorni
Indice di rotazione	Numero di degenti / numero posti letto	Esprime quanti pazienti occupano lo stesso posto letto in un anno	Pazienti / letto (in 1 anno)
Tasso di ospedalizzazione	1000* (numero di degenti / popolazione media)	Esprime il numero medio di degenti all'anno ogni mille abitanti	Media degenti / 1000 residenti (in 1 anno)

FIG. 2 – I principali indicatori ospedalieri
(Fonte: Elaborazione a cura dell'A.)

Per quanto riguarda gli indicatori in ambito ospedaliero, è utile approfondire i seguenti:

- *Avoidable hospital admissions*. Questo strumento appare particolarmente utile per affrontare la questione relativa ai ricoveri ospedalieri evitabili, in quanto è fondamentale evitare gli sprechi e le risorse che potrebbero essere destinate a

pazienti realmente bisognosi. Dal 2020, poi, a causa dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid, tale argomento è risultato particolarmente saliente, poiché il Sistema Sanitario Nazionale si è trovato in grosse difficoltà a causa dei ricoveri dovuti all'infezione da Covid-19 e, sfortunatamente, molte delle strutture ospedaliere italiane si sono trovate costrette a ridimensione in maniera drastica gli accessi in ospedale per dedicarsi alle cure dei pazienti affetti da Coronavirus. Questo indice si rivela essenziale per delineare l'andamento dei ricoveri.

- *Hospital beds and discharges*. L'indice di occupazione dei posti letti indica il rapporto percentuale – come anticipato in FIG. 3 – tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate dai pazienti e le giornate di degenza teoricamente disponibili, rappresentando la frazione percentuale delle risorse disponibili impiegate nel corso del periodo preso in esame.

Un altro indicatore fondamentale per il Sistema Sanitario Nazionale è *l'Health expenditure in relation to GDP*, vale a dire la spesa sanitaria in rapporto al PIL. La spesa sanitaria è composta da tre macroaree: la spesa privata, che include anche la spesa intermediata dai fondi sanitari, la spesa intermediata da polizze assicurative e la spesa direttamente sostenuta dai cittadini. Su questi tre pilastri si fonda il SSN, in quanto la sanità collettiva e collettiva integrativa si basano sui fondi sanitari e, infine, la sanità individuale si basa sulla stipula di polizze assicurative.

Nel 2019, la spesa sanitaria pubblica dell'Italia ammonta a 115 miliardi di euro, pari al 6,4% del PIL⁵⁵ e a 1.925 euro annui per abitante. Nel 2020, le famiglie italiane hanno contribuito con risorse proprie alla spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) per una quota pari a 23,7%, con una diminuzione di 0,04 punti percentuali rispetto al 2004. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta il 2,3% del PIL nazionale. Mentre, nel 2021, l'intera spesa sanitaria pubblica e privata italiana ammontava a 168 miliardi, pari al 9,5% del PIL⁵⁶.

⁵⁵ Cfr. Il prodotto interno lordo (PIL) è pari alla somma dei beni e dei servizi finali prodotti da un paese in un dato periodo di tempo.

⁵⁶ Cfr. Si ricorda che questi anni sono stati profondamente segnati dalla pandemia da Covid-19.

1.4 Il Sistema Sanitario Nazionale italiano

L'obiettivo di assicurare cure sanitarie a tutti i cittadini, per migliorarne lo stato di salute e rispondere alle aspettative di assistenza dei pazienti, è il principale scopo del Sistema Sanitario Nazionale italiano, che è considerato uno dei migliori al mondo⁵⁷.

Il Sistema Sanitario Nazionale, nato con la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, permette di attuare, in maniera integrale, il precetto stabilito dall'articolo n. 32 della Costituzione italiana che recita:

«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»⁵⁸.

Come anticipato, per fornire un'assistenza sanitaria adeguata a tutti i cittadini, il SSN si fonda su tre principi basilari:

- universalità, attraverso la quale si conferma il concetto della 'salute' come un bene di tutta la comunità appartenente a un determinato territorio;
- uguaglianza, mediante la quale si stabilisce che le prestazioni sanitarie devono essere fornite a tutti i cittadini senza nessuna distinzione di genere, residenza, età, reddito o lavoro;
- equità, principio che mira a garantire la parità di accesso ai percorsi assistenziali per ogni persona che necessita di cure.

Successivamente alla nascita della Costituzione, il sistema di tutela in Italia risulta organizzato attraverso l'assicurazione sociale. Infatti, «nel 1933 era stato istituito l'Istituto nazionale per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), e nel 1935 l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)»⁵⁹.

La nascita del Sistema Sanitario Nazionale ha portato a un grande cambiamento nelle vite dei cittadini, che in precedenza erano costretti ad accontentarsi di particolari modalità

⁵⁷ Cfr. www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/most-efficient-health-care/ in rete il 07/05/2023.

⁵⁸ Cfr. Art. n. 32 della Costituzione italiana, reperibile al seguente link www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32 in rete il 24/04/2023.

⁵⁹ Cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Milano, 2017, p. 76.

di assistenza. Infatti, «nel periodo della ricostruzione post seconda guerra mondiale, il sistema sanitario si basava essenzialmente su tre poli: quello degli ospedali, o luoghi di ricovero [...]; quello della progressiva estensione del sistema di copertura tramite il sistema delle “mutue” [...]; quello dei “medici condotti”, dipendenti dei comuni [...]»⁶⁰. Nel primo caso, si svolgevano diagnosi, cure e riabilitazioni molto limitate, attraverso le mutue, invece, si consolidava il sistema di welfare⁶¹ e, infine, con i medici condotti si garantivano prime osservazioni e diagnosi a chi non era coperto dalle mutue⁶².

Difatti, «per tutto il corso della prima metà del ‘900 e fino all’inizio degli anni ‘60 si proseguì nella creazione di una serie di enti mutualistici per varie categorie di professionisti, consolidando un sistema fondato su casse mutue [...] che formavano un arcipelago di realtà profondamente differenziate, mal coordinate e difficilmente governabili in modo uniforme»⁶³. Un sistema che creava notevoli squilibri nelle dinamiche sociali, che portava alla luce la necessità di creare condizioni tali da «supportare la realizzazione del progetto di eguaglianza sostanziale iscritto nella Costituzione»⁶⁴ e che «condusse nel 1958 a scorporare definitivamente il governo della sanità dal Ministero dell’interno [...] e ad istituire il Ministero della sanità»⁶⁵.

Il Ministero della sanità, che nel 2023 compie 65 anni, è diventato nel 2001 Ministero della Salute e ha visto in carica ben 36 Ministri. Tale ministero è un segno concreto dell’attuazione dell’articolo n.32 della Costituzione italiana e, all’atto della sua istituzione, assunse i compiti che erano stati affidati nel 1888 al Ministero dell’Interno; con la sua creazione, infatti, si centralizzarono le competenze d’igiene e sanità pubblica e vennero delegati a ospedali e mutue alcuni aspetti significativi della salute e cura della popolazione.

⁶⁰ Cfr. G. ZUCCATELLI, C. CARBONE, F. LECCI, *Trent’anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Egea, Milano, 2012, p. 175.

⁶¹ Cfr. Per comprendere questo concetto, è utile partire da quello più ampio di ‘welfare aziendale’, vale a dire quell’insieme di beni e servizi che le aziende mettono a disposizione dei propri dipendenti e delle loro famiglie per aumentarne il benessere. Un ambito specifico del welfare è quello definito ‘sanitario’, che comprende le iniziative legate alla salute e che negli ultimi anni ha avuto uno sviluppo consistente (anche in relazione alla pandemia da Covid-19).

⁶² Cfr. G. ZUCCATELLI, C. CARBONE, F. LECCI, *Trent’anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Egea, Milano, 2012, p. 175.

⁶³ Cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., p. 76.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ Cfr. *Id.*

Oggi, grazie a queste e molte altre evoluzioni di natura politica che saranno delineate nel successivo paragrafo, il Sistema Sanitario Nazionale assicura l'erogazione dei servizi operando su tre differenti livelli di attuazione:

- il governo centrale. La legislazione statale, infatti, si occupa di determinare i Livelli essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale;
- i 20 governi regionali. Tali diramazioni del governo centrale consentono la piena attuazione dei LEA sulla specifica area di competenza;
- le aziende sanitarie locali e gli ospedali indipendenti. Queste strutture hanno il compito di erogare i servizi assistenziali su tutto il territorio italiano.

Attraverso l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, dunque, l'Italia ha compiuto un grande atto di civiltà, impegnandosi ad assicurare la possibilità di curarsi indipendentemente dalle condizioni economiche e, soprattutto, del ceto sociale. Difatti, nonostante numerosi alti e bassi, la sanità italiana è considerata tra le migliori a livello internazionale, in quanto si dimostra capace a far conciliare qualità dei servizi offerti e copertura sanitaria per tutti i cittadini.

1.4.1 Aspetti normativi

La legge n. 833 del 23 dicembre 1978, che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale Italiano, delibera all'articolo n. 1 che

«[...] il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini»⁶⁶.

⁶⁶ Cfr. Il testo integrale della legge è disponibile al seguente link www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg in rete il 26/04/2023.

Congiuntamente a tale affermazione, relativa ai principi fondanti del SSN, è stata sancita l'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie marcando così, come già accennato precedentemente, il superamento del sistema mutualistico, basato su un regime di assicurazione per categorie. Tale sistema garantiva l'assistenza sanitaria ai soli soggetti iscritti alle diverse mutue, mentre il SSN sarebbe andato a favore di un sistema di sicurezza sociale caratterizzato dall'universalità dell'assistenza per tutta la popolazione, attuato non più dai soppressi enti mutualistici, bensì attraverso un sistema finanziato attraverso la fiscalità generale.

La legge n. 833/1978 è stata riconosciuta come la prima riforma in ambito sanitario che ha modificato in maniera significativa l'intero sistema con l'istituzione delle USL (Unità Sanitarie Locali) e l'introduzione di un sistema fondato sul principio di eguaglianza e universalità. Dunque, «modifica radicalmente il modello che era stato vigente fino a quel momento in Italia, determinando il passaggio da un sistema ad assicurazione sociale ad un sistema a finanziamento pubblico tramite prelievo fiscale»⁶⁷.

Proprio per questo si può affermare che questo sistema risulta organizzato secondo una logica unitaria, ma altrettanto differenziato nelle sue componenti e quindi:

- risulta come un complesso di funzioni, strutture, servizi e attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute psico-fisica di tutta la popolazione (sia cittadini residenti, sia cittadini presenti su territorio italiano, sia stranieri, ecc.);
- garantisce il coordinamento e il coordinamento con le attività e con le azioni di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi che svolgono nel settore sociale attività che incidono sullo stato di salute della popolazione in vista del benessere sociale generale;
- compete allo Stato, alle Regioni, agli Enti locali territoriali e ai cittadini che possono partecipare o intromettersi nella programmazione, nella gestione e nel controllo dei servizi per mezzo di organismi istituzionali (per esempio partiti, sindacati, comitati, ecc.) o informali (per esempio associazioni, gruppi locali spontanei, ecc.).

L'emanazione di tale legge ha rappresentato un grande progresso sociale e democratico, rendendo il nostro paese un esempio di servizi assistenziali unico nel suo genere. Il SSN ha, dunque, come obiettivo principale la promozione dell'assistenza

⁶⁷ Cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., p. 77.

sanitaria indipendentemente dal loro reddito, dal livello sociale e dalla regione, per la ricerca del benessere collettivo⁶⁸.

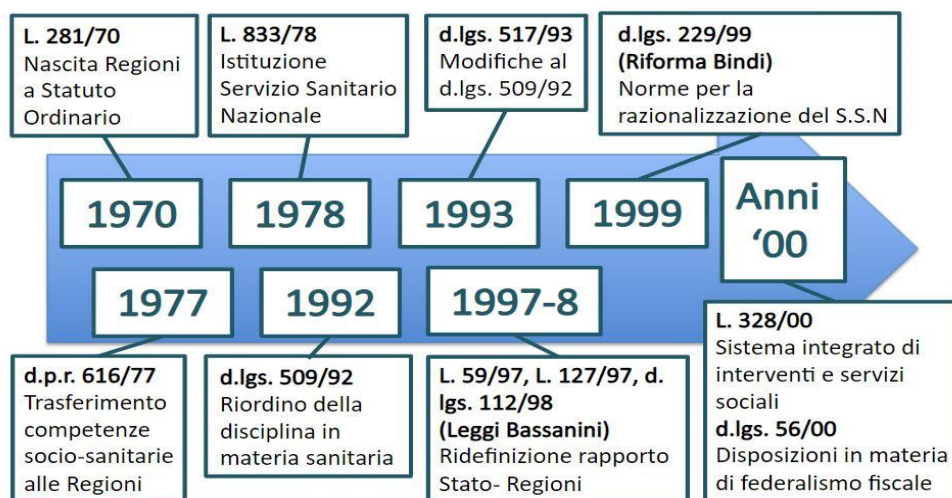


FIG. 3 – Principali atti normativi a favore del corretto funzionamento del SSN
(Fonte: Del Vecchio, Zanna, 2013)

Dal 1978 a oggi, il Sistema Sanitario Nazionale italiano – come mostra la FIG. 4, ha subito alcune modifiche che, tuttavia, non hanno mai intaccato i principi fondanti. Tra i

⁶⁸ Cfr. L'articolo 2 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 elenca in maniera specifica gli obiettivi, ovvero: «la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità; la prevenzione delle malattie e degli infortuni in qualsiasi ambiente di vita e di lavoro; la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata; la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica; la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro; l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e degli avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali e il controllo della loro alimentazione integrata e medicata; una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi volta a garantire l'efficacia terapeutica, la non nocività e l'economicità del prodotto; la formazione professionale e permanente, nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del Servizio sanitario nazionale». Inoltre, il SSN nell'ambito delle sue competenze, persegue: «il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese; la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti e i servizi necessari; le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale e infantile; la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati; la tutela sanitaria delle attività sportive; la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione; la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali, in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici».

vari provvedimenti, particolarmente significativa appare l'introduzione del principio di 'aziendalizzazione' nel Servizio Sanitario Nazionale; tale momento risale al riordino del 1992 e trova origine nelle già accennate difficoltà incontrate dal modello collegiale delle USL come strutture operative dei comuni. Il principale compito delle aziende sanitarie è quello di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria per conto della Regione, ciò che rende le stesse aziende sanitarie soggetti dotati di una funzione (*mission*) costituzionalmente insopprimibile.

«La revisione del modello organizzativo originariamente posto in essere dalla legge n. 833 muove [...] dall'esigenza di estromettere la cattiva politica dalla gestione, imprimendo a quest'ultima una maggiore efficienza e qualificando il ruolo della prima in termini di programmazione, indirizzo e governo del sistema»⁶⁹. Le modifiche apportate con questa modifica «sono sintetizzate nei due termini comunemente usati per qualificare gli interventi degli anni '90: regionalizzazione e aziendalizzazione»⁷⁰.

Le principali norme successive:

- il decreto legislativo n. 517 del 1999. Attraverso questo decreto vengono ridefiniti i rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e l'Università. Con tale provvedimento, infatti, s'intende:
 - ridefinire le linee generali della partecipazione delle Università alla programmazione sanitaria regionale;
 - riconoscere le aziende ospedaliere come strutture grazie alle quali realizzare una proficua collaborazione;
 - organizzare tali enti in 'dipartimenti', 'strutture complesse' e 'strutture semplici';
- il decreto legislativo n. 254 del 2000. È un provvedimento che integra e corregge il decreto legislativo n.229 e conferisce, tra le altre cose, specifici compiti alle Regioni, tra cui la programmazione e la realizzazione nelle strutture sanitarie delle attività libero professionali;
- la riforma del Titolo V della Costituzione, con la legge n. 3 del 2001. Questa sostanziale modifica ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da una

⁶⁹ Cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., p. 80.

⁷⁰ Cfr. *Id.*

pluralità di centri di potere e aumentando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Inoltre, nella ridefinizione dei servizi assistenziali, si è ritenuto opportuno apportare anche modifiche all'articolazione dei LEA, che sono stati suddivisi nelle tre macroaree di assistenza precedentemente analizzate.

1.4.2 Aspetti organizzativi e di Governance

Il SSN è organizzato su tre livelli istituzionali: il governo centrale (Ministero della Salute), i venti governi regionali e le aziende locali (ASL), congiuntamente agli ospedali indipendenti.

Il principale organo del SSN è il Ministero della Salute, che si occupa di salute pubblica e, allo stesso tempo, che vi sia equità, qualità, efficienza e trasparenza nel sistema organizzativo attraverso una corretta e adeguata comunicazione (all'interno e all'esterno). Proprio per questo deve riuscire a scovare le disuguaglianze e le iniquità. Il Ministero, inoltre, deve collaborare con le Regioni in modo da poter valutare e migliorare la realtà sanitaria di queste ultime, le quali hanno il compito di erogare i servizi di assistenza sanitaria in modo equo tramite le ASL (Aziende Sanitarie Locali).

Lo stesso Ministero della Salute ha il compito di organizzare e delineare i servizi sanitari essenziali (LEA), che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ed essere forniti a tutta la popolazione in modo gratuito o sotto il pagamento di una quota (*ticket*).

Le tipologie assistenziali si suddividono in:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro⁷¹;
- assistenza distrettuale⁷²;

⁷¹ Cfr. Comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale).

⁷² Cfr. Le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

- assistenza ospedaliera (pronto soccorso, *day hospital*, *day surgery* e strutture per la riabilitazione).

Le ASL erogano prestazioni sanitarie pubbliche, servizi di assistenza primaria o di assistenza specialistica anche tramite gli ospedali pubblici (Aziende Ospedaliere, AO), questi ultimi insieme alle ASL vengono finanziati dalle Regioni e sono gestite in maniera diretta da quest'ultime.

L'organizzazione dei LEA è stata implementata dal DPCM del 12 gennaio 2017, che ha sostituito il precedente del 29 novembre 2001, attraverso il quale sono stati ridefiniti – come precedentemente illustrato – i ‘confini dei servizi sanitari essenziali. Nell'ambito del decreto, difatti, è stato previsto:

- un nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che introduce prestazioni tecnologicamente avanzate, tra cui le prestazioni di procreazione medicalmente assistita e la consulenza genetica, eliminando quelle obsolete;
- un nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica che permette finalmente di prescrivere ausili informatici e di comunicazione (per esempio tastiere adattate per persone con gravissime disabilità), apparecchi acustici a tecnologia digitale, posaterie, mezzi di comunicazione e suppellettili adattati per le disabilità motorie, arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo;
- in materia di vaccini, sono stati inclusi quelli già previsti dal Calendario nazionale 2012-2014 e introdotti quelli nuovi, relativi al nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019, tra cui meningococco B, Rotavirus e varicella nei nuovi nati con estensione dell'anti-Papillomavirus agli undicenni (prima era solo per le femmine). Sui nuovi vaccini per quanto riguarda l'eventuale pagamento il discorso è più complesso e dipende dalla Regione di appartenenza;
- in materia di malattie rare, è stato ampliato l'elenco, inserendo più di 110 nuove entità, tra cui sarcoidosi, sclerosi sistemica progressiva e fibrosi polmonare idiopatica;
- in materia di malattie croniche, sono state inserite nuove patologie, tra cui la osteomielite cronica, le patologie renali croniche, la broncopneumopatia cronico ostruttiva e soprattutto l'endometriosi, di cui in Italia si stimano 3 milioni di casi e per la quale si prevedono 300mila esenzioni circa;

- in materia di screening neonatale, viene introdotto per sordità e cataratta congenita ed esteso a tutti i nuovi nati per le malattie metaboliche ereditarie;
- la celiachia, da malattia definita “rara” è diventata malattia cronica, restando comunque in esenzione tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- in riferimento alla gravidanza, è stata aggiornata la lista delle prestazioni gratuite offerte dal SSN, tra cui la diagnosi prenatale con test combinato, i corsi di accompagnamento alla nascita ed eventuali visite specialistiche di genetica medica in caso di aborti ripetuti.

Il Ministero è organizzato in tre Dipartimenti, ognuno di questi è organizzato in Direzioni generali per riuscire a rispondere al meglio alle diverse esigenze dei cittadini in tema di salute:

- Dipartimento della sanità pubblica e dell’innovazione, che si occupa delle attività di coordinamento e vigilanza e di diretto intervento sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro, dell’ambiente e delle condizioni di vita delle persone, di promozione e sviluppo della ricerca, di finanziamento e vigilanza sugli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e altri enti nazionali;
- Dipartimento della programmazione e dell’ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, si occupa di coordinamento e vigilanza e di diretto intervento di spettanza statale in tema di programmazione, sviluppo e monitoraggio di sistemi di garanzia della qualità del SSN, assistenza sanitaria per gli italiani all’estero, sistema informativo e statistico del SSN, formazione del personale del SSN, organizzazione territoriale dell’assistenza farmaceutica e rischio clinico;
- Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e organi collegiali per la tutela della salute, che coordina, vigila, interviene su più fronti quali la sanità pubblica veterinaria, nutrizione e sicurezza alimentare, ricerca e sperimentazione, valutazione del rischio in materia di sicurezza alimentare, funzionamento del Consiglio superiore di sanità, farmaci veterinari, farmaci, alimentazione animale.

La strutturazione è stata implementata con l’entrata in vigore del DPCM n. 59 dell’11 febbraio 2014 – Regolamento di organizzazione del Ministero della Salute – che ha

previsto il passaggio da un'organizzazione con dipartimenti a una con un Segretario generale e 12 direzioni generali così suddivise:

- Segretariato generale;
- Direzione generale della prevenzione sanitaria;
- Direzione generale della programmazione sanitaria;
- Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale;
- Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico;
- Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità;
- Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure;
- Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari;
- Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione;
- Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica;
- Direzione generale degli organi collegiali per la tutela della salute;
- Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali;
- Direzione generale del personale, dell'organizzazione e del bilancio⁷³.

1.5 Enti e Organi del Servizio Sanitario Nazionale

Insieme al Ministero della Salute altri organi ed enti contribuiscono al corretto funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Tra questi, troviamo l'Istituto Superiore della Sanità, il Consiglio Superiore della Sanità, l'Agenzia Italiana del farmaco, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico.

Seppur brevemente, di seguito illustrerò le principali caratteristiche e funzioni di questi organi funzionali all'obiettivo primario di garanzia dell'assistenza sanitaria e benessere della popolazione presente su territorio nazionale.

⁷³ Cfr. Per ulteriori dettagli è possibile approfondire al seguente link www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_6_1.jsp?lingua=italiano&label=cenniStorici&menu=cenniStorici&id=546

- L'Istituto Superiore della Sanità (ISS). Quest'organo può definirsi di natura tecnico-scientifica e lavora sotto le direttive del Ministero della Sanità. Naturalmente, coopera con le Aziende Sanitarie Locali (ASL) – attraverso le regioni – e può svolgere anche funzioni di consulenza, divulgando informazioni di carattere preventivo e/o per tutelare il benessere dei cittadini. L'Istituto si occupa in maniera importante di predisporre piani di ricerca, sperimentazioni e formazione del personale, in linea con gli obiettivi di programmazione sanitaria nazionale. I programmi devono poi essere approvati dal Ministero della Sanità e dal Consiglio Sanitario Nazionale.
- Il Consiglio Superiore della Sanità (CSS). È composto da 50 membri non di diritto e di diritto, quest'ultimi nominati con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministero della Salute. È il 'massimo organo di consulenza tecnico scientifica del Ministero della Salute' e rimane in carica 3 anni dal momento dell'elezione dei membri componenti. Il suo giudizio è fondamentale per ciò che concerne le regolamentazioni, le convenzioni da stipulare con altri paesi, le norme relative a lavori pericolosi o nocivi, igiene sul lavoro e alla tutela ambientale. Inoltre, il Consiglio ha la possibilità di ritirare i farmaci dal mercato e impedire che i nuovi possano essere messi in commercio se non ritenuti idonei. Il CSS, a sua volta, si articola in cinque sezioni:
 - una con poteri di pianificazione e controllo per la programmazione sanitaria;
 - un'altra sezione con funzioni più operative, per esempio con competenze per i trapianti d'organo e si occupa dei ricorsi presentati da pazienti che vengono danneggiati in maniera permanente da trasfusioni o vaccinazioni obbligatorie;
 - la terza si focalizza sulla prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro;
 - la quarta divisione riguarda la sicurezza a livello alimentare;
 - la quinta interessa i farmaci a uso umano, il loro utilizzo e la farmacovigilanza.

- L’Agenzia Italiana del farmaco (AIFA⁷⁴). È un ente pubblico che opera sotto il controllo del Ministero della Salute e del Ministero dell’Economia; collabora con le regioni, con l’Istituto Superiore della Sanità, con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, con le associazioni dei pazienti, con i medici e le società scientifiche e con il mondo produttivo e distributivo dei farmaci. Tra i tanti compiti che l’Agenzia svolge, troviamo:
 - l’autorizzazione all’immissione dei farmaci in commercio;
 - la farmacovigilanza, attività che svolge un continuo controllo sui farmaci che si trovano in commercio, al fine di evitare eventuali problemi che possono provocare nei pazienti;
 - sperimentazione clinica e promozione della ricerca;
 - ispezioni alle varie imprese farmaceutiche;
 - amministrazione e funzionamento, assicurando trasparenza ed efficienza nelle procedure amministrative.
- L’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). È un ente che svolge funzioni di supporto alle attività regionali, soprattutto dal punto di vista organizzativo, di efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie. È compito di tale organo segnalare eventuali disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali dei sistemi regionali.
- Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Ha funzioni di coordinamento tra il Ministero della Salute e le regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze.
- Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS). Sono enti nazionali autonomi che hanno scopo di ricerca in campo biomedico e in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Oltre a questi enti, nel 1983 per riuscire ad avere una cooperazione più stretta fra Stato e Regioni è stata costituita la cosiddetta Conferenza Stato-Regioni, alla quale partecipano le due Province autonome e le diciannove Regioni per affrontare insieme al governo centrale i temi sulla programmazione e il finanziamento delle responsabilità e l’erogazione dei servizi sanitari e dei servizi di assistenza tramite i loro sistemi regionali

⁷⁴ È stata Istituita con il decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni in legge, dall’articolo 1, comma 1, legge 24 novembre 2003, n. 326.

(ASL), che come già abbiamo detto dipendono in maniera diretta dal governo della Regione di appartenenza che le finanzia tramite programmi che variano da una Regione all'altra.

APPENDICE A⁷⁵

Prestazioni totalmente escluse dai LEA:

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;
- c) medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.);
- f) le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idro-massoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea.

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di seguito indicate:

- a) assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni.

⁷⁵ Cfr. DPCM del 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza'.

- b) densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica.
- c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto all'allegato 2A, punto f).
- d) chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

CAPITOLO SECONDO

ANALISI DI ALCUNI SISTEMI REGIONALI

Sommario: 2.1 Il sistema sanitario regionale; 2.1.1 Le fonti di finanziamento del sistema sanitario regionale; 2.1.2 La formazione manageriale nel sistema sanitario regionale; 2.2 Il sistema sanitario della Lombardia; 2.2.1 Il Sistema Sanitario lombardo durante l'emergenza da Covid – 19; 2.3 Il sistema sanitario dell'Emilia-Romagna; 2.4 Il sistema sanitario veneto: excursus storico; 2.4.1 Piano del servizio sanitario regionale veneto: 2019-2023.

2.1 Il Sistema sanitario regionale

La revisione del Servizio Sanitario Nazionale è iniziata negli anni '90 con l'assegnazione alle Regioni di alcune competenze organizzative e di erogazione dei Servizi sanitari. Nelle modifiche effettuate non sono stati toccati i fondamenti su cui si basa il sistema e in particolare, non sono stati rivisti la centralità del diritto alla salute, i principi di equità, universalismo e completezza dei relativi servizi.

La riorganizzazione del SSN è cominciata con la legge delega n.421 del 1992, attuata dal D.Lgs n.502 del 1992, poi modificato in parte dal D.Lgs n.517 del 1993 e integrato con il D.Lgs n.229 del 1999. È stata prevista anche l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario, che però, alla fine non è stato mai realmente considerato. Pertanto, il riferimento normativo principale rimane ancora oggi il decreto n.502 del 1992 con tutte le modifiche apportate.⁷⁶

Questa riforma del modello organizzativo sanitario è stata mossa dall'esigenza di estromettere la cattiva politica dalla gestione, in modo da avere una maggiore efficienza in termini di programmazione, indirizzo e governo del sistema.

I due termini che riassumono questi interventi avvenuti negli anni '90 sono: regionalizzazione e aziendalizzazione.

È bene specificare che gli anni '90 sono stati quelli in cui sono emersi i primi fenomeni di corruzione politica e questo ha portato a un ripensamento del modello fino ad allora

⁷⁶ Cfr. A.PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, G.Giappichelli Editore, Torino, 2018, pp.80-83.

vigente in qualsiasi amministrazione, ovvero quello della piena ed esclusiva competenza dei vertici ad esercitare un qualsiasi potere. La legge n.142 del 1990 e poi il D.Lgs n.29 del 1993, sono stati scritti proprio per dare una distinzione tra competenze di indirizzo, mantenute in capo ai vertici politici delle amministrazioni e competenze di gestione amministrativa, da riservare invece agli organi burocratici, nello specifico i dirigenti, dotati di capacità tecnico giuridiche necessarie a realizzare le finalità indicate negli atti di indirizzo. Pertanto, si è configurata una dinamica a due livelli: il politico si preoccupa degli obiettivi di indirizzo, considerando elementi quali le esigenze della collettività e l'orientamento da essa espresso, cercando di soddisfarle in ordine di priorità e il dirigente, che si adopera di realizzare il tutto nel rispetto del principio di legalità, impiegando nel modo migliore possibile le risorse, rispettando soprattutto i budget economici. Lo scopo è stato quello di arrivare a decisioni concrete, svincolate da pressioni di interesse diversi da quelli pubblici, risultando coerenti con il principio di imparzialità per l'amministrazione riportato nell'art.97 della Costituzione.⁷⁷

Nel campo della sanità tutto questo si è tradotto con la separazione della gestione dei servizi data in mano alle cosiddette aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, a cui è stata data una propria personalità giuridica. In quest'ottica, si può affermare che regionalizzare e aziendalizzare ha significato ridisegnare il sistema organizzativo sanitario, costruendo un equilibrio che ha trovato nella distinzione tra indirizzo e gestione un punto di appoggio.

Tutto questo prima è stato fatto dai comuni e pertanto, è stata avvertita la necessità di spostare verso l'alto il luogo delle decisioni strategiche relative all'erogazione locale delle prestazioni. Pertanto, nel 1992, è stata scelta la direzione della valorizzazione del ruolo delle regioni che sono diventate così, lo snodo territoriale del sistema sanitario nazionale. Allo Stato sono rimaste affidate le funzioni di programmazione nazionale, il finanziamento e la fissazione dei livelli assistenziali delle prestazioni. Alle Regioni invece, è stata riconosciuta la funzione di regolarizzare e disciplinare l'erogazione di un servizio sanitario. Inoltre, tra gli obiettivi della regionalizzazione è stato inserito anche quello di ridurre e conseguentemente ampliare le circoscrizioni territoriali sulle quali si è basato da sempre il sistema delle unità sanitarie locali. I comuni sono stati tolti dalla

⁷⁷ Ibidem.

gestione, mantenendo solo un ruolo significativo nella programmazione regionale e territoriale dei servizi e nella valutazione della qualità degli stessi.

Alle aziende sanitarie, oltre ad una distinta personalità giuridica, è stata riconosciuta anche un'ampia autonomia, prima declinata dal D.Lgs n.502 del 1992 in “*organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*”, poi con il D.Lgs n.229 del 1999 in “*imprenditoriale*”, inserendo al vertice il Direttore Generale con l'obiettivo di definire un'organizzazione interna.⁷⁸ Egli è stato chiamato anche a rispondere dei risultati ottenuti e della loro coerenza con gli obiettivi stabiliti dalla Regione.

Le sue modalità di nomina sono state disciplinate dal D.Lgs n.171 del 2016: si ha una rosa di candidati formata da una commissione nominata dal presidente di Regione. È bene specificare, che non possono essere inseriti coloro che abbiano già ricoperto l'incarico per ben due volte consecutive presso la medesima azienda sanitaria territoriale o la medesima azienda ospedaliera. Inoltre, tutti coloro che accedono alla selezione devono essere iscritti all'Albo nazionale, che è stato istituito presso il Ministero della Salute e viene aggiornato ogni due anni da una Commissione di esperti, che tiene conto dei titoli e dell'esperienza dirigenziale. Il punteggio massimo attribuibile a ciascun candidato è di 100 punti e per essere inserito in elenco bisogna necessariamente avere un valore non inferiore a 75. Una volta nominato, il suo contratto ha validità minima di tre anni e massima di cinque, secondo le indicazioni del diritto civile. Questa persona è l'unica responsabile della gestione complessiva dell'azienda e perciò, è titolare di tutti i poteri inerenti ad essa, tra cui le nomine degli altri dirigenti, l'adozione degli atti generali, la pianificazione delle risorse sia umane che economiche e soprattutto si fa garante dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa, nel pieno rispetto della trasparenza. A collaborare con lui, ci sono il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario e in alcune regioni, anche il Direttore dei servizi sociosanitari e formano tutti insieme il cosiddetto Collegio di direzione, istituito dalla legge n.189 del 2012.

Un ulteriore organo presente, rimasto in vigore che ha previsto il D.Lgs n.502 del 1992 è quello denominato Collegio dei Sanitari, presieduto dal Direttore Sanitario e composto prevalentemente da medici e operatori sanitari, come infermieri o personale tecnico e si

⁷⁸ Ibidem.

occupa prevalentemente di consulenza tecnico sanitaria, attraverso la formulazione di pareri e proposte che provengono anche dai pazienti stessi.⁷⁹

La riforma del Titolo V della Costituzione che è stata fatta nel 2001, conferma in pieno l'impianto del modello del Servizio Sanitario. Pertanto, allo Stato è rimasta la competenza in materia di livelli assistenziali delle prestazioni, così come è stato previsto dal D.Lgs n.502 del 1992, mentre il nuovo testo della Costituzione ha introdotto l'espansione della capacità regionale di organizzare il proprio sistema sanitario all'interno del SSN, rispettando le regole fondamentali. Negli anni però, si sono susseguiti una serie di interventi per cercare di risolvere alcuni problemi, come per esempio il rapporto tra erogazione pubblica e coinvolgimento dei privati, i criteri e le procedure per la nomina dei vertici aziendali, i rapporti tra Regione e aziende e l'individuazione di enti intermedi.

Inoltre, il D.lgs n.158 del 2012, convertito in legge n.182 del 2012, ha provveduto al riordino delle cure primarie con la revisione dei modelli organizzativi per lo svolgimento dell'assistenza territoriale.⁸⁰

In definitiva, l'attuale modello del SSN, pone la Regione al centro come punto principale a livello territoriale. Pertanto, essa ha in mano tutte le competenze necessarie a guidare e governare la sanità attraverso l'esercizio delle funzioni di disciplina, di pianificazione e controllo, di monitoraggio, di regolazione e di valutazione di tutte le attività che vengono svolte. Può essere aiutata da enti regionali o da strutture aggregative, ma mantiene comunque forme di incidenza significative attraverso poteri di nomina.

Queste mansioni normative vengono adottate dal Consiglio regionale, che ne detiene la potestà legislativa primaria in materia. Esso, nella maggior parte dei casi, è anche padrone del Piano sanitario regionale, su proposta della Giunta e con delibera non avente valore di legge. Sono invece, ancora oggi approvati con legge, i piani sanitari delle regioni Abruzzo, Calabria, Valle D'Aosta e Puglia. Nelle province autonome di Trento e Bolzano e nella regione del Friuli-Venezia Giulia, il piano è adottato direttamente dalla Giunta.

A quest'ultimo organo, spetta in tutte le regioni, però, l'affidamento di direttive di indirizzo rivolte alle aziende, linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale, per una corretta appropriatezza organizzativa. Inoltre, svolge anche una serie di attività legate all'accreditamento delle strutture sanitarie, appoggiandosi agli

⁷⁹ Ibidem.

⁸⁰ Cfr. A.PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, G.Giappichelli Editore, Torino, 2018, p.83.

Uffici amministrativi regionali che fanno capo agli assessori a ciò delegati. Tali uffici sono organizzati su più livelli: si ha una direzione generale, a sua volta articolata in strutture dirigenziali.

In ogni Regione è presente il cosiddetto Osservatorio epidemiologico regionale, una struttura appositamente dedicata alla rilevazione delle informazioni, che si occupa di raccogliere ed elaborare i dati riguardanti lo stato di salute della popolazione di riferimento e la diffusione di determinate malattie, per indagini statistiche sanitarie, in modo da attuare forme di prevenzione. In alcune regioni questa struttura è interna alla regione stessa e fa capo proprio alla direzione generale regionale ed è il caso del Veneto, Lombardia, Umbria, Sicilia, Sardegna, Basilicata e delle province autonome di Trento e Bolzano; in altre invece, è esterna alla regione e affidata a enti terzi quali Agenzie che si occupano di rilevamento dati, come il caso delle Marche, Abruzzo, Toscana e Piemonte. Un altro organismo finalizzato alla raccolta e organizzazione di informazioni utili alla regolazione del sistema sanitario regionale è il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente ed è nato con la Legge n.24 del 2017. Un compito che svolge è la gestione di contenziosi legati ad eventi avversi che devono essere poi, trasmessi all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, costituito spesso dall'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.⁸¹

La Giunta e il Consiglio collaborano nell'esercizio delle loro funzioni, grazie anche a organismi di supporto tecnico, come per esempio il Consiglio sanitario provinciale o consulte e comitati, operativi soprattutto per la programmazione sanitaria. In alcune regioni è presente anche un Comitato etico, ovvero un organo indipendente di consultazione per questioni puramente etiche, come sperimentazioni cliniche o tutela dei diritti e della sicurezza delle persone che vi partecipano.

Molte regioni hanno creato degli enti con funzioni specifiche, prevalentemente di supporto tecnico scientifico alle attività di regolazione degli organi regionali che prendono il nome di Agenzie regionali e hanno forma giuridica di enti pubblici.

In alcune regioni svolgono anche altri compiti:

- Emilia-Romagna: nel 2008, hanno cambiato nome in Agenzie sanitarie e sociali, poiché hanno anche la funzione di supporto in materia sociale, con lo scopo di integrazione socio-sanitaria.

⁸¹ Ibidem.

- Liguria: ha il compito di approvvigionamento di beni e servizi per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale.⁸²

Dopo questo excursus strutturale, è bene soffermarsi sulle tipologie di aziende sanitarie poste in essere dalle Regioni:

- l'azienda sanitaria territoriale: in alcune regioni viene anche chiamata ASL o USL, ovvero Azienda Sanitaria Locale o con la nuova dicitura Unità Sanitaria Locale. L'attività che svolge riguarda prevalentemente l'erogazione dei servizi, ovvero tutte le cure primarie, in aggiunta al coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri in libera scelta. Inoltre, si occupa anche di sensibilizzazione, informazione e prevenzione in materia di salute, organizzando servizi epidemiologici. Ha anche il compito di redigere report che possano rilevare i bisogni di salute della popolazione di riferimento, attraverso la somministrazione di questionari. Il D.Lgs n.502 del 1992 ha previsto che in ognuna di esse sia presente un dipartimento di prevenzione e uno di salute mentale, in modo da garantire con il primo la tutela della salute collettiva e con il secondo la prevenzione, le cure e il reinserimento del malato mentale all'interno del territorio.

Per far sì che questa struttura funzioni, è stato istituito anche un organismo che prende il nome di Conferenza dei Sindaci, di cui fanno parte tutti i sindaci dei comuni ricompresi all'interno dell'azienda territoriale stessa e si riuniscono per decidere la programmazione regionale, esaminando il bilancio pluriennale sia di previsione che di esercizio, in modo da comunicare alla Regione le relative osservazioni.

Bisogna specificare che l'azienda si articola in distretti, che assicurano l'assistenza primaria e sono individuati in base alle indicazioni regionali, in modo da servire di norma una popolazione di almeno sessantamila abitanti. Questi sono stati creati anche per ascoltare i bisogni di salute della popolazione servita, agevolando il compito alla Regione.

Con la legge n.189 del 2012, è stata prevista una ridefinizione del rapporto tra organizzazione distrettuale e assistenza primaria, in modo da migliorare il livello di efficienza. Sono stati individuati due modelli: quello basato sulle

⁸² Ibidem.

aggregazioni funzionali territoriali, costituito da professionisti delle cure primarie che condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, garantendo qualità al paziente e quello delle unità complesse delle cure primarie, in cui collaborano i medici e altre professionalità convenzionate con il SSN, quali infermieri, ostetriche, tecnici ecc.⁸³

- L'azienda sanitaria ospedaliera: in questa categoria rientrano i presidi ospedalieri veri e propri e hanno unicamente la funzione di erogazione di prestazioni sia di carattere ordinario che specialistico. Alcune volte questa realtà collabora con le Università, secondo il D.Lgs n.517 del 1999 che ha previsto proprio questo.⁸⁴

2.1.1 Le fonti di finanziamento del sistema sanitario regionale

Ogni anno nel bilancio statale viene determinato il fabbisogno sanitario nazionale standard, ovvero il livello complessivo di risorse di cui il SSN ha bisogno. Il calcolo viene fatto osservando il quadro macroeconomico complessivo e rispettando i vincoli di finanza pubblica, secondo i LEA erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Questa stima, in seguito, permette di dividere proporzionalmente la cifra su base regionale. Il finanziamento del SSN è stato definito dal D.Lgs n.56 del 2000, che ha previsto un modello basato sulla capacità fiscale regionale, stabilendo che per la sua formulazione devono concorrere l'IRAP, l'addizionale regionale IRPEF e l'IVA.

Pertanto, le fonti sono rappresentate da:

- entrate derivanti dalle aziende ospedaliere tramite il pagamento del ticket e tramite i ricavi delle erogazioni sanitarie in intramoenia da parte dei pazienti;
- entrate derivanti dalla fiscalità generale quali l'IRAP, solo nella parte di gettito destinata alla sanità e l'addizionale IRPEF. L'imposta regionale IRAP è a carattere reale e la quasi totalità del suo gettito è attribuito alle Regioni con l'obiettivo di concorrere al finanziamento del servizio sanitario nazionale.

⁸³ Cfr. A.PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, G.Giappichelli Editore, Torino, 2018, pp.102-107.

⁸⁴ *Ibidem*.

Bisogna specificare che, qualora i gettiti effettivi risultino inferiori, la differenza viene coperta per mezzo del fondo di garanzia di cui all'art. 13 del D.Lgs di cui sopra. Le risorse relative alle due imposte sono erogate alle regioni ogni mese integralmente. Inoltre, l'imposizione fiscale costituisce la parte preponderante delle fonti che finanziano il Fondo sanitario nazionale: la componente diretta rappresenta, nel periodo considerato, mediamente il 27,6% del totale e deriva per il 19,2% dall'Irap 19,2% e per l'8,3% dall'addizionale Irpef 8,3%, mentre la componente indiretta (Iva e accise) costituisce il 59,6% del totale.⁸⁵ L'anno 2021 però, è coinciso con una riduzione dell'incidenza della fiscalità generale derivante dall'IRAP e dall'IRPEF sul fondo del sistema sanitario nazionale e di conseguenza regionale, con una contrazione di 7,5 punti percentuali (da 33,8% del 2014 a 26,3% del 2021), mentre l'imposizione fiscale proveniente dall'IVA ha registrato un incremento di 7 punti percentuali (da 54% del 2012 a 61% del 2021). Tra i principali fattori che, negli anni, hanno contribuito a questo, bisogna sicuramente menzionare gli interventi statali volti a ridurre il cuneo fiscale sull'impiego del lavoro, complice il periodo difficile sorto con la pandemia da Covid – 19.⁸⁶

- Compartecipazione delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano che collaborano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti precedentemente citate. L'eccezione riguarda la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario in base alla legge n. 296/2006 art. 1.
- Bilancio dello Stato: finanzia il fabbisogno sanitario attraverso l'IVA e attraverso il Fondo sanitario nazionale. La quota annuale che compete a ciascuna regione viene determinata sulla base della media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat a livello regionale negli ultimi tre anni. Qualora, la quota di IVA non fosse sufficiente alla copertura dei consumi pro-capite, interviene la cosiddetta solidarietà interregionale, costituita da un "salvadanaio" alimentato dalle regioni con surplus di IVA.

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ Corte dei Conti, *Referto al parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali*, Roma, 2022, p.129 in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1674115289.pdf> - Ult.Cons.14/05/2023.

Bisogna sottolineare che il D.Lgs n.68 del 2011, ha ridefinito la partecipazione regionale all'IVA, stabilendo che essa deve essere attribuita secondo il principio di territorialità e corrisponde al gettito IVA complessivo realizzato nel penultimo anno precedente a quello in considerazione al netto di quanto devoluto alle regioni a statuto speciale e delle risorse UE.⁸⁷

2.1.2 La formazione manageriale nel sistema sanitario regionale

Il percorso di regionalizzazione e di aziendalizzazione della sanità ha consolidato alcuni strumenti di gestione aziendale indispensabili al raggiungimento dell'autonomia alle Regioni. Si pensi per esempio al budget o al sistema di controllo di gestione o alla creazione di ruoli di direzione specifici, ma accanto a questi bisogna inserire anche la formazione e l'adeguamento delle competenze delle persone, perché sono soprattutto queste ultime che supportano il percorso di cambiamento che le aziende sanitarie hanno avuto. Nel caso dei ruoli di Direzione Generale nati con la regionalizzazione negli anni '90, si hanno di fronte gruppi nuovi, con caratteristiche proprie in base alla Regione di appartenenza. Pertanto, il Servizio sanitario regionale è opportuno che “modell” i propri Direttori Generali, in base alle esigenze della popolazione che deve servire. Per questo motivo, non devono avere una formazione comune agli altri gruppi professionali, ma distinta e mirata.

Per questo motivo, i Direttori Generali e tutto il personale sanitario devono essere opportunamente istruiti. Di conseguenza, le Regioni devono avere la premura di formare tutti gli attori coinvolti, in modo che possano acquisire una propria autonomia e possano rispondere ai bisogni dei pazienti in modo qualitativamente elevato.

La formazione viene erogata o in modo integrato con la regione stessa, ovvero attraverso docenti propri, mantenendo così sia il controllo che la responsabilità di

⁸⁷ Camera dei Deputati, *Le fonti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, Roma, 2018 in https://temi.camera.it/leg18/post/pl18_app_la_composizione_dei_finanziamenti_del_fabbisogno_sanitari_o_nazionale.html - Ult.Cons. 14/05/2023.

erogazione o in modo esternalizzato, ovvero affidando i bisogni formativi a strutture terze, come Università presenti sul territorio di riferimento.⁸⁸

La tabella riassume i modelli organizzativi dell'attività formativa divisi per Regioni:

Specializzato		
	Rapporto di controllo diretto	accordo istituzionale/ partnership pluriennale
INTEGRATO	Umbria Emilia Romagna Sicilia Lazio Piemonte	Toscana
ESTERNALIZZATO	Lombardia Veneto (in parte)	

Tab. 1: *modelli organizzativi dell'attività formativa divisi per Regioni*⁸⁹

Come si evince, il modello ha una particolarità per la regione Toscana, poiché essa ha avviato una partnership dal 2004 con un'unica struttura universitaria soprattutto per la formazione manageriale della sanità regionale. In questo caso, il partner è un organismo legato alla Regione da un rapporto stabile, attraverso convenzioni che vengono rinnovate annualmente.

Per quanto riguarda le regioni mancanti non è stato possibile fare una distinzione netta sul tipo di modello scelto. Infatti, si ha:

- Basilicata: questa regione non si avvale di agenzie esterne specializzate alla formazione, bensì gestisce questo ambito al proprio interno, mediante l'integrazione tra Regione e Dipartimento di salute, sicurezza e solidarietà sociale, servizi alla persona e alla comunità. Tuttavia, a volte non si è rivelata sufficiente e soddisfacente questa modalità di erogazione e pertanto, si è sentita la necessità di avvalersi anche di enti esterni, quali l'Università, soprattutto per la formazione dirigenziale.⁹⁰
- Calabria: non esiste per questa regione un modello di organizzazione specifico per l'attività formativa. In questo caso, sono le singole aziende ed i singoli professionisti che si rivolgono autonomamente ad enti formativi pubblici o privati per richiedere determinati corsi che possano ampliare le loro conoscenze. Pertanto,

⁸⁸ Cfr. N.PINELLI, G.ROSSINI, *Formazione manageriale in sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN*, Editoria Iniziative Sanitarie, Roma, 2010, p. 28 s.s.

⁸⁹ Ibidem p. 29.

⁹⁰ Ibidem p.61.

non esistono delle linee guida regionali per la definizione di programmi specifici e non esiste nemmeno un albo regionale dei dirigenti, ma un elenco di idonei secondo dei requisiti di massima individuati.⁹¹

- Campania: la regione non ha una Scuola di Amministrazione Pubblica né tantomeno una Scuola Regionale di Sanità. Tuttavia, si avvale di un'agenzia sanitaria regionale che ha l'obiettivo di fornire supporto tecnico e formativo sulla base delle esigenze delle singole aziende sanitarie locali. Essa è suddivisa in due parti: l'area relativa alla formazione del personale sanitario e quella relativa all'aggiornamento del personale e alla rendicontazione.⁹²
- Liguria: la formazione di questa regione è prevalentemente esternalizzata avvalendosi di Università come la Bocconi o addirittura Istituti Europei.⁹³
- Marche: la rete formativa di questa regione è molto particolare rispetto alle altre, poiché è divisa su tre livelli: il primo è quello regionale, regolato dall'Ufficio Servizio Salute della Giunta Regionale che si occupa di programmazione e coordinamento dei corsi da erogare e dall'Ufficio dell'Agenzia regionale sanitaria che ha il compito di monitorare e valutare la formazione svolta; il secondo livello è quello dipartimentale che ha lo scopo di analizzare meglio il fabbisogno formativo in modo da avere una maggiore appropriatezza dello stesso; in ultimo si ha il livello aziendale e locale che ha il compito di presentare i progetti di istruzione, poiché osserva le esigenze del personale sanitario.⁹⁴
- Puglia: inizialmente in questa regione la formazione manageriale dei dirigenti non è stata gestita a livello regionale, ma lasciata all'iniziativa del singolo. Successivamente, l'attività dei corsi è stata affidata all'Unità Operativa per le Cure Primarie e al Policlinico di Bari, definendo delle linee regionali da seguire.⁹⁵

Le altre regioni italiane non hanno un quadro delineato in merito alla formazione.

A livello pratico, il processo di formazione manageriale si struttura in tutte le Regioni nello stesso modo:

⁹¹ Ibidem p.69.

⁹² Ibidem p.77.

⁹³ Ibidem p.112.

⁹⁴ Ibidem p.156.

⁹⁵ Ibidem p.170.

1. fase di processo: viene studiato il sistema sanitario regionale, motivo per cui la sequenza di erogazione dei servizi può essere comune, ma non è possibile avere una visione unitaria per tutte le regioni, perché ognuna è diversa;
2. fase di rielaborazione degli obiettivi formativi: vengono analizzati gli obiettivi formativi. In primo luogo, bisogna spiegare tutti gli argomenti definiti dalla normativa, dall'altro individuare quelli specifici a ogni partecipante sulla base della Regione di riferimento;
3. fase del macro-progetto: consiste nel riconoscere le tematiche principali oggetto d'intervento, in modo da definire un programma di massima utile a soddisfare gli obiettivi chiave, senza entrare nel dettaglio. Alcune materie che rientrano in questa categoria sono l'accordo Stato-Regioni, ovvero l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, delle risorse umane ed economiche.
4. Fase della scelta dell'erogatore: ogni regione adotta il suo metodo. Facendo riferimento alla tabella precedente, si ha che le regioni mancanti adottano un criterio interno, ovvero si basano su un personale che già lavora nelle strutture sanitarie regionali, senza passare per gare di assegnazione, che richiedono tempi e costi per la realizzazione spesso lunghi e alti;
5. fase della scelta dei partecipanti: vengono individuati i partecipanti ai corsi;
6. fase della micro-progettazione: consiste in un'elaborazione di dettaglio dei contenuti, sia a tavolino e sia attraverso l'osservazione dei partecipanti, in modo da modulare gli argomenti e capire quali sono le reali necessità regionali;
7. fase della realizzazione ed erogazione: questa parte si realizza solitamente in un periodo che non va oltre i 6 mesi;
8. fase di valutazione e controllo: viene valutato il percorso di formazione dei partecipanti, in modo da capire se sono stati formati correttamente per l'attività manageriale che dovranno svolgere all'interno della struttura sanitaria regionale.⁹⁶

La formazione è importante, perché il D.Lgs n.509 del 1992 nell'art. 3 bis comma 4 prevede che i Direttori debbano produrre, entro e non oltre diciotto mesi dalla loro nomina, il certificato di frequenza al corso di formazione specifico al ruolo, in quanto è stato stabilito dal decreto in questione che quest'aspetto costituisce il requisito primario per accedere alla posizione; infatti, non sono richieste esperienze pregresse in qualità di

⁹⁶ Ibidem.

Direttore. Bisogna sottolineare che il certificato dura 7 anni, al termine del quale bisogna ripetere il corso e rivalidarlo, come indicato dalla Delibera Regionale n° VII/I 8576 del 05/08/2004.⁹⁷ Lo stesso decreto stabilisce anche le modalità didattiche e gli argomenti che devono essere trattati nelle lezioni.

2.2 Il Sistema Sanitario in Lombardia

Il sistema sanitario lombardo fin dalle prime riforme di riordino del SSN, ha effettuato scelte organizzative che gli hanno permesso di distinguersi dalle altre regioni italiane. Il modello è sempre stato aperto, poiché la Lombardia ha cercato da sempre di soddisfare l'alta domanda assistenziale regionale, spesso non basandosi sul fondo sanitario nazionale. Per questa ragione, l'organizzazione della sanità lombarda è definita sussidiaria, poiché si basa sul principio che lo Stato non interviene direttamente sui bisogni della collettività, ma solo se la Regione lo chiama in causa per rispondere adeguatamente a delle mancanze.⁹⁸

I punti cardine su cui si fonda il sistema sono due:

1. il primo è la libertà di scelta del cittadino, ovvero attivando una rete informativa efficace e quindi, aiutando adeguatamente le persone a capire, esse sapranno scegliere dove e come farsi curare.
2. Il secondo punto è il pluralismo dell'offerta, ovvero fornire al cittadino una varietà di servizi tra pubblico e privato, ma sempre nel rispetto della trasparenza e del principio di equità. Motivo per cui, al Governo spetta la funzione di indirizzo e controllo, a garanzia dei destinatari.⁹⁹

Per far funzionare il sistema sono stati scelti strumenti precisi come:

- il finanziamento: la Regione rimborsa gli enti che erogano una prestazione secondo determinate tariffe. Questo meccanismo permette di evitare che qualcuno eroghi soltanto le prestazioni che gli rendono di più, tralasciando le altre. Tuttavia, questo sistema funziona bene per i pazienti acuti, che, una volta

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ Cfr. Regione Lombardia, *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute*, Milano, 2014, p.10 in <http://www.regione.lombardia.it/> - Ult.Cons. 07/05/2023.

⁹⁹ Ibidem.

trattati, guariscono. Quando, invece, il paziente è cronico e va monitorato per un lungo arco di tempo, questo strumento non va più altrettanto bene, poiché un malato di questo tipo non è un caso sporadico come gli altri, ma una persona da accompagnare con costanza alla guarigione. Di conseguenza, ha bisogno di una continuità assistenziale che implica agire in un percorso che non riguarda più solo una singola area territoriale, ma più di una e pertanto, non è possibile osservare il prezzo della prestazione, proprio perché non sarà una tantum. Pertanto, bisognerebbe adottare una soluzione che non si basi più sulla patologia, ma sul paziente e sul percorso che deve seguire.

- L'accreditamento e la messa a contratto: una prestazione può essere erogata solo da chi ha i requisiti minimi strutturali e organizzativi per garantire una qualità soddisfacente per il paziente e per il risultato che esso deve avere. La normativa a cui si fa riferimento è datata, motivo per cui, negli ultimi anni per esami complessi è stata individuata come soluzione il Day Hospital.
- La valutazione e il controllo: la regione Lombardia ha ottenuto risultati molto soddisfacenti, seppur deve essere ampliato il controllo dell'appropriatezza, in quanto non si deve limitare al monitoraggio dell'erogazione nei limiti di spesa, ma deve comprendere anche la verifica su come la domanda è soddisfatta e su come le persone sono accudite adeguatamente, nel rispetto delle loro aspettative.
- Il commissioning: con il tempo la regione ha dato sempre più autonomia organizzativa alle ASL sia per la programmazione, sia per l'acquisto e sia per il controllo.¹⁰⁰

Tutto questo è iniziato con La Legge N° 31 promulgata dalla Regione Lombardia nel luglio 1997, mediante un'organizzazione basata su una grande Holding o capo – gruppo, all'interno della quale sono state istituite 15 Aziende Sanitarie Locali (ASL) e 27 Aziende ospedaliere (AO). A livello organizzativo e funzionale, sono stati nominati i Direttori Generali, provenienti sia dal settore privato che pubblico e le istanze della collettività hanno trovato riscontro nella Conferenza dei Sindaci dei rispettivi bacini di utenza. I piani organizzativi annuali, sono stati impostati secondo le linee del cosiddetto management by

¹⁰⁰ Cfr. Regione Lombardia, *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute*, Milano, 2014, p.11 in <http://www.regione.lombardia.it/> - Ult.Cons. 07/05/2023.

objectives (MBO), ovvero redatti con lo scopo di raggiungere determinati obiettivi, approvati sempre dai due assessori preposti della Giunta regionale, tramite anche la Direzione della Sanità e la Direzione Generale dell'area sociosanitaria.¹⁰¹

I compiti delle ASL sono:

- supervisione delle prestazioni della medicina di primo livello, tramite i Medici di Medicina Generale o Medici di famiglia e i Pediatri;
- organizzazione del servizio di turnazione delle Farmacie, il controllo e il pagamento mensile della spesa farmaceutica per gli assistiti;
- controllo delle prestazioni ambulatoriali e di prevenzione come, per esempio, campagne per alcuni tumori;
- servizi di prevenzione e controllo per l'infortunistica nei cantieri;
- controlli sanitari e igienici nei punti di vendita degli alimenti e nei ristoranti;
- campagne di prevenzione per le dipendenze quali tabagismo o alcool o droghe, attivando anche tutta la rete di servizi sociali, assistenza domiciliare ecc;
- controlli nelle residenze per anziani;
- controlli nei consultori per la famiglia.¹⁰²

Alle Aziende Ospedaliere invece, competono le attività specialistiche e di ricovero, con anche sperimentazioni cliniche per l'avanzamento della Ricerca Biomedica. Per questa ragione, sono stati istituiti anche 16 centri clinici dedicati alla cura di specifiche patologie, denominati Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), pubblici e privati, quali, ad esempio, l'Istituto dei Tumori, il Neurologico C. Besta, lo IEO, l'Humanitas, ecc.¹⁰³

Con la legge regionale n. 23 del 2015 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”* (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), si è realizzata una vera e propria revisione del sistema sanitario lombardo, perché sono state create 8 aziende denominate di Tutela alla Salute, l'acronimo noto ATS e 27 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), al posto delle precedenti ASL. Le ATS sono aziende dotate di una

¹⁰¹ Cfr. F.ALBANESE, *Il sistema sanitario lombardo: ieri, oggi e in prospettiva*, Federmanager Lombardia, Maggio 2023 in <https://dirigentsenior.it/fm-lombardia/il-sistema-sanitario-lombardo-ieri-oggi-e-in-prospettiva.html> - Ult.Cons. 07/05/2023.

¹⁰² Ibidem.

¹⁰³ Ibidem.

propria personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, come riportato dall'art. 6, sono articolate in distretti con competenza sul territorio corrispondente a quello delle ASST. Inoltre, al loro interno hanno i dipartimenti.¹⁰⁴

Le funzioni che svolgono le ATS sono:

- attuazione della programmazione definita dalla Regione (art. 6);
- attuazione degli indirizzi regionali (art. 6);
- programmazione delle prestazioni e dei servizi;
- accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- stipula degli Accordi Contrattuali con gli enti pubblici e privati secondo l'articolo 8 quinquies del D.Lgs 502/1992;
- predisposizione del percorso di presa in carico del paziente e del sistema di assistenza primaria, organizzata in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP);
- gestione delle convenzioni con i medici di medicina generale;
- vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie sociosanitarie e sociali secondo i piani di controllo annuali e coordinandosi con l'Agenzia di controllo.¹⁰⁵

Le ASST sono aziende con personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa amministrativa patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, controllate da un Direttore generale che ha la piena potestà gestionale. Si articolano in due settori che afferiscono entrambe al Direttore Generale (DG):

1. settore della rete territoriale: a cui afferiscono i presidi ospedalieri territoriali (POT) e i presidi sociosanitari territoriali (PresSST). I compiti che svolgono questi enti sono prevalentemente erogazioni di prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, delle cure intermedie e funzioni e prestazioni medico legali (art. 7 bis). Svolgono anche prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità e degenze intermedie a bassa

¹⁰⁴ Cfr. AGENAS, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, Roma, 2020, p.11 in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf> - Ult.Cons. 08/05/2023.

¹⁰⁵ Ibidem.

2. Settore polo ospedaliero articolato in presidi ospedalieri e dipartimenti e hanno prevalentemente il compito di erogare le prestazioni sanitarie in fase acuta e le prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità.¹⁰⁶

Riguardo all'organizzazione delle ASST, le distinzioni tra i vari settori vengono fatte in termini di budget e di personale assegnato a ciascuno dei due al fine di armonizzare al meglio le due componenti, evitando sia ridondanze sia mancanze nell'offerta di servizi. L'attuale sistema di finanziamento privilegia le erogazioni di tipo ospedaliero rispetto a quelle territoriali ed è principalmente orientato al monitoraggio quantitativo, piuttosto che qualitativo.

I distretti sono articolazioni delle ATS e sono in numero pari agli ASST. Essi sono dotati di autonomia economico finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, secondo l'art.7 bis. È importante sottolineare che fanno riferimento alla Direzione Generale delle ATS; pertanto, non hanno un Direttore di Distretto.

Le loro competenze sono:

- programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale;
- verifica e controllo che i soggetti erogatori abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità delle prestazioni distrettuali. Pertanto, è fondamentale l'interazione con questi attori;
- programmazione delle cure primarie e di tutte le attività rivolte alla presa in carico delle persone con cronicità;
- programmazione delle attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita;
- coordinazione per la realizzazione delle campagne di screening.¹⁰⁷

Per quanto riguarda i Dipartimenti, invece, ognuno ha la sua funzione. Per esempio, il dipartimento di igiene e prevenzione della ATS coordina la rete dei soggetti erogatori di prestazioni di prevenzione specialistica, orientando l'offerta di riferimento nel modo più

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ Cfr. AGENAS, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, Roma, 2020, p.13 in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf> - Ult.Cons. 08/05/2023.

idoneo possibile. La prevenzione viene posta soprattutto in merito alle malattie infettive e per i soggetti più fragili¹⁰⁸, secondo la logica della priorità.

Oltre a questa organizzazione, la regione Lombardia ha anche previsto un ulteriore organo, definito AREU, ovvero Agenzia Regionale Emergenza d'Urgenza, nata nel Dicembre 2009 ai sensi dell'art.16 L.r n.30. Sulla base degli indirizzi regionali, il suo obiettivo è attuare la programmazione e il controllo, assicurando i LEA in materia di emergenza d'urgenza extra-ospedaliera, di attività trasfusionali, di trasporti sanitari e sanitari semplici inclusi gli organi e i tessuti destinati ai trapianti, rispondendo al numero unico delle emergenze 112. Dal 1° gennaio 2021 è stata riformata con la Legge Regionale n.10 di Dicembre 2019, occupandosi anche di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi inclusi i rapporti di lavoro e la titolarità dei beni patrimoniali.¹⁰⁹

Il Sistema Sanitario e Sociosanitario lombardo serve la salute di una popolazione di circa 10 milioni di persone, valore pari a circa un quinto della popolazione italiana e superiore al dato di 17 dei 28 Paesi europei. In questi anni, ha cercato di garantire una copertura idonea dei LEA, infatti le prestazioni ambulatoriali sono aumentate. Dal confronto internazionale, si osserva che la Lombardia è una tra le regioni italiane a spendere meno, in proporzione al PIL, per il proprio servizio sanitario (5,47% del PIL, contro una media nazionale del 7,04% e punte al Sud del 10%), svantaggiata anche da un riparto del Fondo Sanitario Nazionale che non tiene conto dell'entrata tributaria di ciascuna regione, ovvero se venisse considerata anche la sua produzione, potrebbe contare su notevoli risorse aggiuntive.¹¹⁰ Tuttavia, quest'aspetto ha permesso un miglior utilizzo delle risorse disponibili. Infatti, il processo di deospedalizzazione è cominciato in Lombardia prima che in Francia, Spagna e Germania e il confronto con questi Paesi europei dimostra che il personale medico è complessivamente contenuto, così come il numero di ospedali e di posti letto. In questo modo, la regione ha cercato di attuare processi di efficienza.

Le criticità che si possono riscontrare nel sistema lombardo sono diverse:

¹⁰⁸ Ibidem p.14.

¹⁰⁹ Cfr. Regione Lombardia, *AREU*, Milano, 2021 in <https://www.areu.lombardia.it/web/home/presentazione-areu> - Ult.Cons. 08/05/2023.

¹¹⁰ Cfr. Regione Lombardia, *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute*, Milano, 2014, p.12 in <http://www.regione.lombardia.it/> - Ult.Cons. 07/05/2023.

1. la frammentazione dell'impianto di governance, derivato dall'istituzione delle 8 ATS, comporta uno sfilacciamento della catena del comando e una risposta non coordinata, da parte degli erogatori del sistema, ai bisogni di salute della popolazione e questo è stato uno dei principali problemi che il sistema lombardo ha avuto durante la pandemia da Covid – 19.
2. La dispersione dell'attività di controllo e l'assenza di un presidio centrale, porta il sorgere di disomogeneità della qualità dell'offerta dei servizi erogati sul territorio.
3. Il Dipartimento di Prevenzione fa riferimento all'ATS, ma l'erogazione delle prestazioni di prevenzione è in carico alle ASST e agli altri soggetti accreditati e questo comporta un indebolimento delle funzioni strategiche.¹¹¹

Alla luce di questo, una proposta di miglioramento potrebbe essere quella di istituire un ATS unica, con eventuali articolazioni territoriali, creando anche un'agenzia di controllo.

In merito all'istruzione manageriale della Regione Lombardia, si ha che essa è affidata alla Scuola di Direzione in Sanità e nasce dall'esigenza di assicurare con modalità organica e programmata la formazione con relativi aggiornamenti sia dell'alta dirigenza aziendale e sia di tutto il restante personale dirigente. Lo scopo principale è attivare specifici piani regionali che consentano di modulare il comportamento organizzativo delle aziende sanitarie attraverso la motivazione del personale, la definizione degli obiettivi e la gestione del cambiamento in sanità. È bene specificare che, questa scuola non si occupa dell'erogazione diretta dell'attività didattica, in quanto viene demandata agli erogatori, secondo specifiche procedure definite nella fase della macro-progettazione.¹¹² L'iter di selezione dei Direttori Generali è quello indicato dal D.Lgs 502 art.3-bis comma 4, di cui sopra.

¹¹¹ Cfr. AGENAS, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, Roma, 2020, pp.62-64 in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf> - Ult.Cons. 08/05/2023.

¹¹² Cfr. N.PINELLI, G.ROSSINI, *Formazione manageriale in sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN*, Editoria Iniziative Sanitarie, Roma, 2010, p. 113.

2.2.1 Il Sistema Sanitario lombardo durante l'emergenza da Covid - 19

La regione Lombardia è stata la prima che si è imbattuta in pazienti affetti da Covid – 19. Infatti, ricordiamo che il paziente notificato con il numero 0 è stato rintracciato a Codogno, provincia di Lodi e da lì è diventata quella più duramente investita dalla pandemia con oltre 100.000 casi registrati solo a Ottobre 2020.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha analizzato l'impatto sulla mortalità generale e la letalità del Covid-19, valutato nei primi quattro mesi dell'anno, in base a parametri quali genere, classe di età e complessità del quadro clinico di partenza. La quota di decessi rilevata è risultata pari al 63% degli attesi nell'anno e confrontata con le altre regioni, la Lombardia, pur registrando il valore più elevato del tasso di prevalenza di Covid-19, 7,5% contro l'1,5%, del resto di Italia, ha avuto un tasso di letalità inferiore alla media delle altre regioni (2,2% contro il 2,4%).¹¹³ L'impatto della pandemia ha portato la regione a riflettere sul suo sistema sanitario e per tale ragione, con la delibera regionale n. 2906 dell'8 marzo 2020, ha deciso di attuare una profonda riorganizzazione del suo modello con la necessità di sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, individuando dei centri hub per le patologie dipendenti e oncologiche, creando una Centrale Unica Regionale di Dimissione Post-Ospedaliera e istituendo un servizio definito ADI - COVID. Questa organizzazione ha fatto sì che i pazienti affetti da COVID potessero essere separati da quelli non-COVID, ridistribuendo i pazienti necessitanti di terapia intensiva a livello regionale e, al raggiungimento della saturazione dei posti in rianimazione, smistarli in altre regioni italiane. A partire dalla Delibera n. 3115 del 7 maggio 2020, dopo che la situazione pandemica si è assestata, la Regione Lombardia si è impegnata al ripristino delle attività non urgenti, tra cui le vaccinazioni dell'infanzia e gli screening oncologici, lasciati indietro o in alcuni casi, addirittura sospesi. Con la delibera n. 3525 del 5 agosto 2020, è stato approvato un Piano di potenziamento della rete territoriale per evitare di essere di nuovo impreparati di fronte ad una nuova ondata pandemica, seppur l'auspicio è che non si verifichi più. Un intervento che si è deciso di attuare ha riguardato soprattutto la telemedicina, poiché si è

¹¹³ Cfr. AGENAS, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, Roma, 2020, p.61 in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf> - Ult.Cons. 08/05/2023.

ritenuto che essa rappresenti uno strumento utile in caso di eventi avversi, per garantire un'assistenza medica continua.

Alle ATS è stato dato un ruolo di direzione per il Coordinamento della Rete Territoriale (CRT), con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza domiciliare per i pazienti in isolamento domiciliare e/o in alberghi sanitari, l'istituzione dell'infermiere di famiglia e di comunità, il potenziamento delle USCA e l'attivazione delle degenze di bassa intensità assistenziale ad assistenza infermieristica, l'implementazione di servizi a distanza in alternativa all'accesso diretto.¹¹⁴

2.3 Il Sistema Sanitario in Emilia-Romagna

Il modello sanitario dell'Emilia-Romagna si basa su due principi fondamentali: la centralità del cittadino e la tutela della salute come diritto della persona e interesse della collettività, in base agli art.32 della Costituzione e agli articoli 1 e 2 della Legge n.833 del 1978 e all'art.1 del D.Lgs n.502 del 1992.

Le norme che hanno caratterizzato la creazione del sistema sanitario di questa regione sono tre:

1. L.R n.2 del 2003 “*norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali*”. In questa legge vengono formulati alcuni principi fondamentali, come il rispetto della dignità della persona, la creazione di una rete di prevenzione efficace, il contrasto e la rimozione delle disuguaglianze, integrando politiche sociali specifiche.¹¹⁵
2. L.R. n.29 del 2004 “*norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del SSR*”;
3. il piano sanitario e sociale regionale.

In particolare, la L.R n.29 del 2004 ha stabilito i seguenti punti:

- il cittadino deve essere messo al centro, poiché è titolare del diritto alla salute ed è lui che partecipa attivamente alle prestazioni e quindi, risente dell'organizzazione del sistema;

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Cfr. G.CILIONE, *Governance, ruoli e responsabilità nel sistema sanitario metropolitano della ricerca in Bologna*, Editore da Fondazione del Monte, Bologna, 2022, p.5.

- le prestazioni del SSR devo essere accessibili a tutti, secondo il principio di equità e determinate in base alle regole di accesso della normativa statale e agli accordi internazionali;
- deve essere istituito un fondo sanitario regionale per il finanziamento dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, che può essere alimentato dall'imposizione tributaria generale;
- è opportuno valorizzare le responsabilità degli individui, promuovendo stili di vita sani e controllando gli ambienti di lavoro;
- ogni cittadino deve essere opportunamente informato in modo che possa scegliere liberamente dove curarsi e le strutture accreditate devono essere concordate mediante accordi contrattuali con la regione;¹¹⁶
- il personale deve essere sempre opportunamente formato al fine di valorizzare le risorse umane. Per quanto riguarda la formazione manageriale, la Regione Emilia-Romagna, adotta un sistema integrato, nel quale un ruolo importante lo riveste l'Agencia sanitaria e sociale regionale (ASSR). Questa è titolata per legge alla formazione in generale, fermo restando che ogni azienda sanitaria perfeziona i corsi in base al proprio personale sociosanitario e alle specifiche professionalità. I principali corsi di cui si serve sono: il Corso Mario Nironi per l'Alta dirigenza del servizio sanitario regionale, intitolato ad un direttore amministrativo dell'ASR emiliana deceduto prematuramente, rivolto a formare i Direttori generali delle aziende sanitarie regionali e i Master erogati o dall'Università di Bologna o da scuole di specializzazione.¹¹⁷

In questa legge, viene specificato anche come la Regione assicura i LEA, facendo presente che sono state istituite le Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL o USL), le aziende ospedaliere affiancate dagli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico in connessione con specifiche esigenze assistenziali e altre aziende accreditate private o pubbliche, mediante la stipula di contratti ad hoc.¹¹⁸

¹¹⁶ Ibidem.

¹¹⁷ Cfr. N.PINELLI, G.ROSSINI, *Formazione manageriale in sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN*, Editoria Iniziative Sanitarie, Roma, 2010, p.79.

¹¹⁸ Cfr. G.CILIONE, *Governance, ruoli e responsabilità nel sistema sanitario metropolitano della ricerca in Bologna*, Editore del Monte, Bologna, 2022, pp. 6-7.

Le ASL hanno autonomia imprenditoriale e hanno al vertice il Direttore Generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione ed è affiancato dal Collegio di Direzione, che si occupa prevalentemente dello sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e dal Collegio sindacale che ha, invece, compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.¹¹⁹ I loro compiti sono essenzialmente quelli relativi alla prevenzione della salute della comunità, incluse attività rivolte alla sicurezza alimentare e alla sanità animale, alla diagnosi, cura e riabilitazione del cittadino. Sono organizzate in distretti e al loro interno hanno i dipartimenti.

Il distretto costituisce l'articolazione fondamentale del sistema regionale ed è il luogo dove viene espresso il fabbisogno di assistenza territoriale sia in forma residenziale, sia ambulatoriale e sia domiciliare. Di conseguenza, si configura come l'ambito ottimale per garantire una risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali da avere. È dotato di autonomia tecnico – gestionale ed economico – finanziaria ed è gestito dal Direttore di Distretto, che viene nominato secondo la normativa della legge regionale n.29 del 2004 art.5 comma 9.¹²⁰

In seguito a questa organizzazione, il SSR è stato soggetto a vari riordini, ancora in corso. L'approvazione della L.R. n.12 del 2013 ha sostenuto la tendenza all'aggregazione e all'integrazione, non solo per l'erogazione delle prestazioni, ma anche per lo svolgimento delle mansioni amministrative, istituendo le cosiddette Aree Vaste. Questo riassetto è stato voluto per la crescita della popolazione e per l'ideazione da parte dello Stato della Città Metropolitana. In questo modo, si è cercato di tendere verso un sistema maggiormente concentrato nelle funzioni di governo generale, per rendere qualitativamente più alta l'offerta sanitaria ospedaliera.¹²¹ Nello specifico, il territorio è stato diviso come segue: Area Vasta Emilia Nord, che comprende le aziende sanitarie locali di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena, Area Vasta Emilia Centrale, di cui fa parte Bologna e Ferrara e l'Area Vasta Romagna, che in realtà è stata trasformata in USL della Romagna nel 2014 e comprende Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini.¹²² Questo

¹¹⁹ Ibidem.

¹²⁰ Cfr. Regione Emilia Romagna, *Il piano sociale e sanitario della regione Emilia Romagna 2017-2019*, Bologna, 2017, p.18 in <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/piano-sociale-e-sanitario> - Ult.Cons. 09/05/2023.

¹²¹ Ibidem p.15.

¹²² Cfr. Università Bocconi, *Rapporto Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano 2020*, Egea Editore, Milano, 2020, pp.362-363.

modello ha confermato e favorito un forte orientamento all'autonomia delle aziende, svincolandole quasi dalla Regione, tanto che anche le funzioni di centralizzazione degli acquisti e della logistica si sono basati su accordi tra la rete dell'area vasta. La regione ha invece, guidato la nascita delle principali reti cliniche di alta specializzazione, come per esempio hub scientifico IRCCS di Meldola e il centro neurologico di Bologna. Attualmente, l'insieme degli erogatori pubblici conta otto Aziende Sanitarie Locali con un bacino di utenza media pari a 558.390 abitanti, quattro aziende ospedaliere universitarie situate a Parma, Modena, Bologna e Ferrara e quattro Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, di cui uno accreditato. La presenza di enti privati nella regione Emilia – Romagna risulta poco presente.¹²³

Inoltre, con la sopra citata legge regionale, è stata istituita anche la CTSS, ossia la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, un organismo di governo dei Comuni che ha l'obiettivo principale di coordinare le politiche sociali, sanitarie e sociosanitarie tra Regione e Distretti, definendo le programmazioni ed effettuando valutazioni. È costituita dai Presidenti delle Province di Forlì – Cesena, Ravenna e Rimini e dai sindaci dei territori dell'AUSL di Romagna, secondo l'art.2. Alla Conferenza partecipano, però, senza diritto di voto:

- il Direttore Generale dell'Ausl della Romagna;
- i Presidenti dei Comitati di Distretto;
- l'Assessore regionale alle Politiche per la Salute o suo delegato;
- l'Assessore regionale alle Politiche di Welfare e Politiche Abitative o suo delegato;
- il Rettore dell'Università degli studi di Bologna o suo delegato per le materie di reciproco interesse;
- i Direttori dei distretti sociosanitari che insistono sul territorio dell'Azienda Usl della Romagna;
- i Responsabili degli Uffici di Piano.¹²⁴

La legge regionale n.13 del 2015, ha introdotto la cosiddetta Cabina di regia, ovvero un organo collegiale specialmente dedicato alle politiche sociali e sanitarie. In particolare, essa opera come sede di confronto, di coordinamento e di integrazione tra le Regioni e gli enti locali, esercitando attività di impulso, di proposta, di valutazione e di supporto. Con

¹²³ Ibidem.

¹²⁴ AUSL DELLA ROMAGNA, Cos'è la CTSS, 2022 in <https://www.auslromagna.it/ctss-conferenza-territoriale-socio-sanitaria#come-e-fatta> Ult-Cons.09/05/2023.

la Delibera della Giunta Regionale n.1443 del 2016, questo organismo ha allargato la partecipazione anche ad altri assessori regionali per coordinare al meglio le attività della CTSS. Per fare ciò, a supporto della Cabina di regia opera anche il Comitato tecnico che svolge una funzione prevalentemente consuntiva, di approfondimento, di supporto, attivando anche gruppi di lavoro.¹²⁵

2.4 Il Sistema Sanitario in Veneto: excursus storico

La nascita dell'Ente Regione Veneto in ambito sanitario è da ricollegare all'istituzione delle Regioni a Statuto Ordinario, avvenuta con la Legge del 16 Maggio 1970 n.281. Questo evento costituisce la base per le successive Leggi regionali, tra cui bisogna ricordare:

- Legge regionale n.340 del 22 Maggio 1971, dove viene messo in evidenza l'approccio utilizzato dalla Regione Veneto, basato sull'integrazione tra il sociale e il sanitario. Infatti, l'art.4 cita che: *“la Regione veneta esercita i propri poteri per garantire a tutti i cittadini i servizi sociali, con particolare riguardo all'abitazione, alla scuola, alla tutela della salute, ai trasporti, alle attrezzature sportive (...)”*.¹²⁶
- Legge regionale n.55 del 14 Settembre 1994 con la quale vengono definiti gli strumenti, le modalità di programmazione e le fonti di finanziamento, nonché tutti gli aspetti contabili gestionali. L'art.8 dichiara che: *“La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio-Sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal Piano Regionale Socio-Sanitario. La Regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del Comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità Locali Socio-Sanitarie. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai Piani di Zona dei Servizi Sociali che vengono elaborati ed approvati dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità Locale Socio-Sanitaria coincida con quello del*

¹²⁵ Ibidem.

¹²⁶ Cfr. Regione Veneto, *Origini e storia del sistema socio sanitario regionale*, Padova, 2012, p.2 in <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/origini-e-storia> - Ult.Cons.05/05/2023.

*Comune o dalla Conferenza dei Sindaci, con le modalità previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale”.*¹²⁷

In un secondo momento, sono stati realizzati ulteriori provvedimenti attuati a livello nazionale che si riflettono sulle Regioni. Il primo tra tutti a cui la Regione Veneto ha cercato di rispondere in modo efficiente, ha riguardato la classificazione e la remunerazione delle prestazioni basate su Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, il cui acronimo è DRG (Diagnosis Related Groups secondo la dicitura statunitense).

Questo sistema ideato dal Ministero della Salute a partire dal 1995, si basa sul collegamento di ogni ricovero ospedaliero al rispettivo DRG, ovvero le prestazioni che un paziente deve ricevere sono collegate a un gruppo di diagnosi, a cui è stata stabilita una corrispondenza tariffaria su base regionale. Per questo motivo, la Regione Veneto sin dall'entrata in vigore di questo meccanismo complesso, ha cercato di applicare un elenco di prezzi tale da favorire l'efficienza e la razionalizzazione delle risorse.¹²⁸

Il 16 Agosto 2002 è stata sancita un'altra legge regionale, la n.22, per conferire autorizzazioni e accreditamenti alle strutture sanitarie locali. In questo modo, si è permesso alle aziende sanitarie locali regionali di poter accedere alla possibilità di svolgere le attività ospedaliere e non solo per conto del Servizio Sanitario Regionale.

Per fare ciò, la Regione si è servita di una pluralità di soggetti, tra cui un Direttore dei Servizi Sociali presente in ogni Azienda locale, differente dalla metodologia adottata a livello nazionale, dove si hanno un Direttore Generale, un Direttore Sanitario ed un Direttore Amministrativo.

Una svolta significativa è rappresentata dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che assegna alle Regioni obblighi impellenti finalizzati a garantire l'equilibrio economico finanziario, mantenendo nel contempo i livelli essenziali di assistenza. I principali interventi da ricordare sono:

- 27 Giugno 2006: sottoscrizione di un documento da parte del Ministero della Salute denominato "Un New Deal della Salute", ovvero un protocollo contenente varie misure per avere e garantire un sistema sanitario regionale funzionale;

¹²⁷ Ibidem.

¹²⁸ Ibidem.

- 28 settembre 2006: sottoscrizione del "Patto per la Salute" tra il Governo e le Regioni, con lo scopo di mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari regionali;
- Legge 5 maggio 2009 n. 42 recante: “Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell’articolo 119 della Costituzione”;
- 29 ottobre 2009: sottoscrizione del nuovo “Patto per la Salute” tra il Governo e le Regioni, che impegna queste ultime ad assicurare l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza.¹²⁹

Sulla base di queste misure introdotte dal Governo, la Regione Veneto ha incentrato tutta la sua politica sanitaria regionale, cercando di trovare soluzioni equilibrate, fondate su un modello virtuoso di integrazione sociosanitaria. Infatti, l’obiettivo che da sempre ha portato avanti è quello di avere un’articolazione prevista dalle norme nazionali, ovvero prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera fondata su un approccio basato sulla persona e sui suoi bisogni. Motivo per cui, il processo di pianificazione e programmazione tende sempre più al superamento di una visione ospedale-centrica.

La legge regionale n.9 del 2011, modificata con la legge regionale n.22 del 2011, ha stabilito che il giudizio sulla performance del personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale aderisca ai principi dei Titoli II e III del D.Lgs. n. 150/2009, il quale è stato redatto proprio per individuare i risultati che si vogliono ottenere, sia strategici che operativi e per avere degli indicatori per la valutazione della performance dell’amministrazione e del personale dirigenziale.¹³⁰

2.4.1 Piano del servizio sanitario regionale veneto: 2019-2023

Il sistema regionale veneto si basa sul porre la persona al centro, ovvero cercando di ascoltare i bisogni dei cittadini. Motivo per cui, accanto a una rete sanitaria regionale, si affianca anche quella della prevenzione, i cui punti cardine sono:

1. programmazione per setting di vita, ovvero osservare tutti gli ambienti significativi alla vita degli abitanti della regione. Di conseguenza, l’obiettivo è supportare la vita quotidiana nella sua interezza, soffermandosi sulla scuola, sui luoghi di lavoro

¹²⁹ Ibidem p.3.

¹³⁰ Ibidem.

e sulla comunità in generale. Un'azione volta a promuovere la salute a 360°, vuol dire assumere cambiamenti nelle strutture organizzative, amministrative e gestionali, in modo da avere interventi trasversali nella realizzazione di stili di vita sani all'interno dell'ambiente oggetto di osservazione.

2. Per quanto riguarda gli ambienti di lavoro, la regione Veneto ha attivo il cosiddetto SPISAL, ovvero Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, che fanno riferimento al dipartimento di prevenzione istituito in ciascuna azienda ULSS del territorio.
3. Osservare tutto il ciclo di vita (life-course) di un individuo. Questo vuol dire, prendersi cura della persona lungo tutta la sua vita, metterla al centro, riconoscendone la sua importanza nel sistema regionale. Favorire il mantenimento di un buono stato di salute lungo l'intera esistenza, significa aumentare l'aspettativa di vita e quindi, la longevità dell'individuo, fattore determinante a produrre benefici in termini economici, sociali e individuali.
4. Per contrastare i fattori di rischio, la Regione Veneto punta ad attuare alleanze tra soggetti portatori di interesse alla tematica e settori diversi della società, quali Organizzazioni, Enti, Associazioni di categoria e infine Istituzioni, seguendo l'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) scritto nel documento Salute 2020.¹³¹

Esempi in tal senso sono:

1. rafforzare strategie di sanità per contrastare la contaminazione da sostanze perfluoralchiliche, famiglia di composti chimici, che interessa una buona parte della Regione Veneto, attuando interventi di controllo e messa in sicurezza della distribuzione dell'acqua potabile, mappando anche i pozzi privati, avviando studi di biomonitoraggio ed ecologici sulle patologie tumorali possibili, istituendo gruppi di lavoro ad hoc per il monitoraggio continuo e non sporadico.
2. Contrastare le disuguaglianze, perché tutti devono poter avere accesso alle cure e ai servizi offerti dal sistema sanitario regionale. Di conseguenza, la Regione deve sempre effettuare delle ricognizioni sulle condizioni

¹³¹ Cfr. Regione del Veneto, *Piano socio-sanitario regionale della regione Veneto 2019-2023*, pp.11 s.s., disponibile in <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=385199> – Ult.Cons.08/05/2023.

socioeconomiche, su quelle dell'istruzione ecc, per attuare interventi di contrasto con azioni efficaci. In questo senso, diventa fondamentale ascoltare le istanze provenienti dalla popolazione e garantire un'adeguata comunicazione del rischio.¹³²

Questi aspetti però, vanno uniti al coinvolgimento attivo (engagement) della persona nella prevenzione e gestione della propria salute e di quella della comunità, che rappresenta un cambio culturale nella sanità, facendo in modo che il Veneto diventi un modello da seguire. All'interno delle singole aziende regionali ULSS, sono stati istituiti i Dipartimenti di prevenzione, impegnati proprio nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico della realtà veneta. Ragion per cui, essi assumono un ruolo fondamentale sia nell'erogazione diretta dell'intervento e sia nella connessione tra territorio, governo regionale e nazionale, usando due tipologie di strategie:

- strategie focalizzate sulla popolazione: sono incentrate sul coinvolgimento attivo dei cittadini, implementando gli obiettivi del programma nazionale “Guadagnare salute” del DPCM 04/05/2007. Rientrano in questo ambito, lo sviluppo di programmi articolati per setting e condivisi tra istituzioni sanitarie e comunità, come il consumo adeguato di bevande alcoliche, una giusta attività fisica e una sana e corretta alimentazione.¹³³
- Strategie focalizzate sull'individuo: si basano sulla formazione degli operatori sanitari per diffondere le cosiddette tecniche di counseling motivazionale per “*abilitare la persona a risolvere e gestire problemi e a prendere una decisione in vista di un obiettivo di miglioramento dello stato di salute*”.¹³⁴ Per questa ragione, sono stati creati ambulatori, consultori e sono stati attivati screening oncologici, punti nascita, punti vaccinali ecc. Queste attività sono supportate anche dalla regione nella comunità anche tramite l'attivazione di gruppi di cammino, corsi di cucina sana, consulenze nutrizionali o trattamenti al tabagismo. In quest'ottica, si inserisce anche lo screening Cardio50enni, per la valutazione del rischio cardiovascolare dell'individuo.

¹³² Ibidem.

¹³³ Ibidem.

¹³⁴ Cfr. M.DI PIERI, D.ORLANDINI, A.PATTENO', *Il Counseling Motivazionale per il cambiamento degli stili di vita*, Edito dalla Regione Veneto, Venezia, 2014, p.12 in <https://www.epicentro.iss.it/passi/incontri/corso2014/Counselling%20%20motivazionale.pdf> – Ult.Cons.05/05/2023.

Le malattie infettive rappresentano per la Regione Veneto una priorità, in quanto il mutamento degli assetti sociali ed epidemiologici ed il notevole aumento dei flussi migratori a livello internazionale, hanno contribuito ad un incremento notevole di queste patologie. Per questa ragione, è stato attivato un servizio di programmazione regionale, rispecchiando le direttive dell'OMS, che si basa sui seguenti punti:

- potenziamento della sorveglianza delle malattie infettive;
- promozione dell'adesione consapevole alle vaccinazioni, attivando una campagna informativa idonea ed efficace;
- valutazione e supporto nelle aree con basse coperture vaccinali per recuperare con strategie specifiche, partendo dai bambini;
- migliorare la gestione del processo vaccinale, dall'anagrafe, alla somministrazione al follow up di eventuali casi con eventi avversi immediati e no. La regione Veneto si è dotata da tempo di un'anagrafe vaccinale unica informatizzata, denominata SIAVr, che consente la gestione di tutti i processi organizzativi relativi all'attività vaccinale, con l'ottimizzazione di costi e risorse.
- Identificare tempestivamente i casi e rischi infettivi, grazie a sistemi di allerta precoce. A tal proposito, sono stati istituiti i cosiddetti ambulatori di medicina dei viaggi che collaborano con le strutture infettivologiche della regione.
- Promozione di politiche per il corretto uso dell'antibiotico e per il controllo del fenomeno dell'antibiotico-resistenza.¹³⁵

Ogni ULSS in Veneto ha un protocollo operativo che risponde immediatamente ad eventuali emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento alle emergenze infettive.

Soffermandoci sul sistema delle cure del Veneto, si ha che esso è articolato per livelli di intensità crescente e prevede che devono essere garantite ai cittadini le cure a medio e bassa complessità secondo il criterio di prossimità e quelle ad alta complessità secondo il criterio di centralità. Per questa ragione, il sistema di offerta regionale comprende:

- strutture ospedaliere: sono divise in Hub, presidi ospedalieri, nodi di rete e strutture integrate;

¹³⁵ Cfr. Regione del Veneto, *Piano socio-sanitario regionale della regione Veneto 2019-2023*, p.37 in <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=385199> – Ult.Cons.08/05/2023.

- strutture sanitarie di cure intermedie: sono tutti gli Ospedali di comunità, le unità riabilitative territoriali, gli Hospice, le strutture riabilitative extra – ospedaliere, altre strutture sanitarie caratterizzate dalla temporaneità della permanenza;
- strutture sociosanitarie residenziali e semi – residenziali: sono le strutture per anziani, per disabili, per le dipendenze. ¹³⁶

Le strutture sanitarie e sociosanitarie sono organizzate nel seguente modo:

- fino a 3 posti letto acuti ospedalieri ogni 1000 abitanti;
- fino a 0,5 posti letto di riabilitazione ospedaliera ogni 1000 abitanti;
- fino a 0,6 posti ogni 1000 abitanti per tutte le tipologie di strutture intermedie. ¹³⁷

Inoltre, sono stati individuati i cosiddetti Hub di eccellenza, che sono qualificati dalla presenza di alte specializzazioni, per rispondere alla gestione di casistiche più complesse, grazie anche e soprattutto alla presenza di tecnologie al loro interno innovative. Queste strutture agiscono in sinergia con l'Università di Padova e Verona, in quanto è fondamentale integrare l'attività assistenziale con quella didattico/formativa.

Per rendere tutto agevole, la regione Veneto ha creato il cosiddetto PDTA, ovvero un percorso diagnostico terapeutico assistenziale, uno strumento trasversale, che consente di realizzare un collegamento tra paziente e rete sanitaria, garantendo sia una continuità assistenziale e sia una riproducibilità delle prestazioni da erogare a un paziente. La sua stesura è affidata a un gruppo multidisciplinare, coordinato da un responsabile della rete clinico assistenziale e viene redatto seguendo delle linee guida di riferimento. ¹³⁸

Il sistema sanitario veneto si fonda sull'universalità e sull'equità e assicura i LEA in modo uniforme su tutto il territorio regionale secondo il principio dell'appropriatezza. La domanda dei servizi sanitari è cresciuta molto negli ultimi anni, di conseguenza si è reso necessario aumentare il livello di appropriatezza e per questa ragione, sono state apportate delle migliorie, tra cui:

1. ogni prescrizione medica deve necessariamente riportare il quesito diagnostico per far sì che il paziente possa essere assistito secondo la buona pratica clinica e altresì, diventa fondamentale anche la classe di priorità, in modo da gestire il tempo correttamente e assegnare il regime organizzativo più idoneo;

¹³⁶ Ibidem p.38.

¹³⁷ Ibidem.

¹³⁸ Ibidem p.55.

2. il pronto soccorso deve inviare direttamente i pazienti alle strutture intermedie.¹³⁹

Se il paziente è programmato, è stato istituito il cosiddetto day service, ossia un'area medica che garantisce al paziente un'offerta di prestazioni integrate, con minor impegno possibile dello stesso, migliorando la risposta assistenziale. Se invece, il paziente è un malato cronico, bisogna distinguere due casi per avere una corretta gestione:

- cronicità semplice: è gestita da team multiprofessionali di assistenza primaria che coinvolgono i medici dipendenti del SSN o medici privati accreditati. È il cittadino che sceglie a chi rivolgersi ed è il Direttore di Distretto che si occupa sia dei PDTA e sia dei budget sulla base della lista dei pazienti;
- cronicità avanzata o complessa: prevede team multiprofessionali dedicati¹⁴⁰, secondo lo schema in figura:

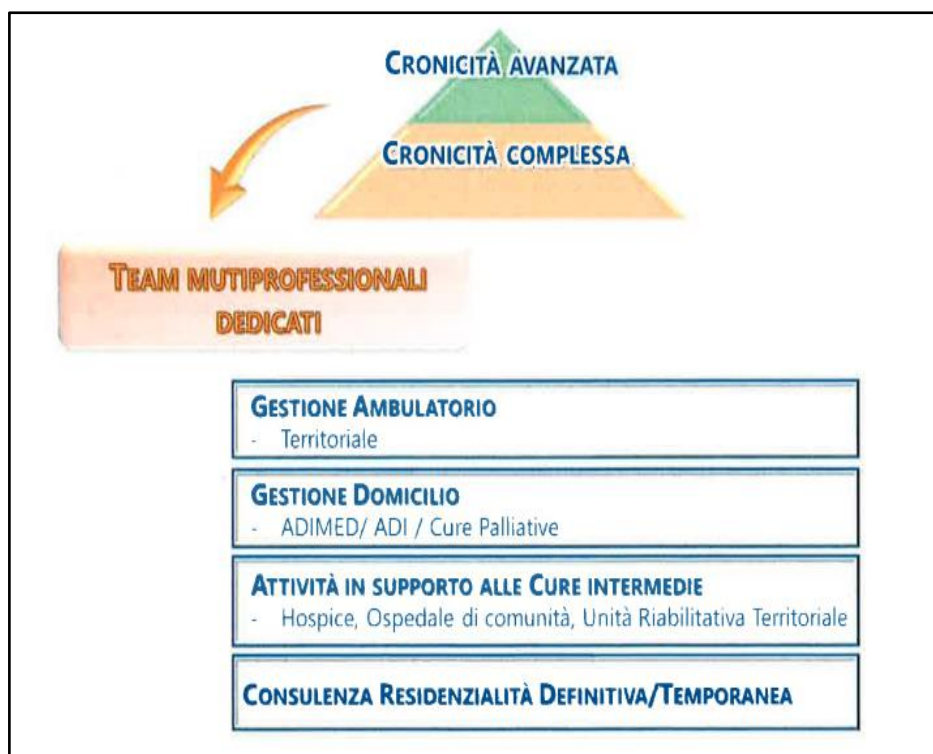


Fig. 4: gestione del paziente cronico¹⁴¹

Tutti gli erogatori del servizio devono rispettare i tempi massimi di attesa nei confronti dell'assistito, osservando le disposizioni in materia di anticorruzione e trasparenza ed è necessario che venga promosso l'utilizzo dei PDTA, come strumenti per standardizzare

¹³⁹ Ibidem.

¹⁴⁰ Ibidem pp.84-85.

¹⁴¹ Ibidem p.85.

una prescrizione. Nel tempo è stato sviluppato anche il cosiddetto sistema Azienda Zero, che permette un controllo e un monitoraggio delle prestazioni costante e continuo.

I responsabili aziendali sono:

- per gli accessi al pronto soccorso si hanno il direttore della funzione ospedaliera e il direttore dell'Unità Operativa complessa di Pronto Soccorso;
- per le prestazioni specialistiche si ha il direttore di Distretto;
- per i ricoveri e gli interventi chirurgici si ha il direttore della funzione ospedaliera;
- per l'accesso in strutture residenziali si ha il direttore di Distretto.¹⁴²

Per ognuno di questi, si hanno delle figure di riferimento come responsabili dell'organizzazione e del monitoraggio dei processi di registrazione e prenotazione:

- per gli accessi al pronto soccorso si ha il dirigente delle professioni sanitarie area emergenza d'urgenza;
- per le prestazioni specialistiche si ha il Cup Manager;
- per i ricoveri si ha il responsabile presso la direzione della funzione ospedaliera;
- per gli interventi chirurgici si ha il Dirigente professioni sanitarie aria chirurgica e blocchi operatori.¹⁴³

Il Direttore Sanitario ha il compito di garantire che l'offerta delle prestazioni siano buona in relazione alla domanda, osservando le richieste con le proposte dei direttori di funzione ospedaliera e territoriale.

L'attività specialistica è regolata dal Direttore di Distretto, il quale deve valutare il fabbisogno necessario, avvalendosi anche delle elaborazioni prodotte dall'Azienda Zero e può essere erogata in ambiente pubblico o privato. Il DPCM del 12 Gennaio 2017 ha definito le prestazioni che devono essere garantite a tutti i cittadini italiani e in quest'elenco sono state ricomprese anche alcuni esami aggiuntivi, che la regione Veneto ha ribattezzato "extraLEA" e pertanto, remunerate a carico del bilancio regionale.¹⁴⁴

¹⁴² Ibidem.

¹⁴³ Ibidem p.90.

¹⁴⁴ Ibidem.

CAPITOLO TERZO

CONFRONTO TRA I TRE SSR PRESI IN ESAME

Sommario: 3.1 SSR considerati: aspetti per attuare un confronto; 3.1.1 Regione Veneto: punti di forza e punti di debolezza; 3.1.2 Regione Lombardia: punti di forza e punti di debolezza; 3.1.3 Regione Emilia-Romagna: punti di forza e punti di debolezza; 3.2 Il sistema sanitario regionale ottimale; 3.3 Caso studio: l'Emilia-Romagna.

3.1 SSR considerati: aspetti per attuare un confronto

Il primo aspetto da prendere in esame per analizzare le differenze tra i diversi sistemi regionali considerati nel lavoro di tesi svolto, riguarda i sistemi di governance.

La governance è da intendersi come l'insieme dei principi, delle norme e delle procedure che riguardano la gestione di una società, di un'istituzione e di un fenomeno legato alla collettività.¹⁴⁵ Di conseguenza, la definizione pone l'accento sul fatto che per attuare questo processo intervengono una pluralità di soggetti sia pubblici che privati. Nel caso dei sistemi sanitari, tale spiegazione può essere ripresa, proprio perché essi funzionano grazie a un insieme di regole che permettono la distribuzione di ruoli e responsabilità tra gli attori coinvolti, modellando la loro interazione in base alla regione di riferimento.

In questo ambito, è possibile distinguere due approcci relativi allo studio della governance: il primo fa riferimento agli aspetti formali, ovvero unicamente a tutti i meccanismi di potere e di allocazione delle risorse, mentre il secondo considera anche le regole informali, osservando i valori e la routine di un'organizzazione sanitaria, permettendo così di raggiungere un'efficienza maggiore nella gestione.¹⁴⁶

Oltre a questa classificazione, la letteratura ne suggerisce un'altra ampiamente più diffusa per dividere i sistemi sanitari:

1. modelli gerarchici: presuppongono che il centro della rete, che nel caso di specie sono le regioni, stabilisca attraverso delle direttive quali sono le priorità strategiche e le

¹⁴⁵ Cfr. M.BOBINI, G.CINELLI, M.DEL VECCHIO, F.LONGO, *Rapporto OASI 2020*, Egea Editore, Milano, 2020, p.350.

¹⁴⁶ Ibidem.

modalità di esecuzione delle stesse, conferendo i ruoli opportuni per la suddivisione dei compiti.

2. Modelli di mercato amministrato: in questo caso, il centro si limita solamente a stabilire le regole da rispettare per un corretto funzionamento del sistema, senza agire con decisioni mirate che sono, invece, affidate alle aziende.
3. Modelli basati su network concentrativi: si contraddistinguono per il fatto che il centro della rete, ovvero le regioni e gli enti periferici collaborano tra di loro. Di conseguenza, partecipano attivamente alla definizione delle priorità strategiche, agendo in sinergia.¹⁴⁷

Gli studi disponibili ad oggi, fanno presente che i modelli di tipo gerarchico sono stati maggiormente utilizzati fino agli anni Ottanta, mentre negli ultimi decenni stiamo assistendo sempre di più a un'evoluzione verso forme meno centralizzate e più orientate alla creazione di un rapporto di interazione.

Un altro aspetto da considerare riguarda gli strumenti manageriali che i sistemi sanitari regionali considerano. I ricercatori scientifici Barbazza e Tello individuano quattro principali tipologie di relazioni nei sistemi sanitari¹⁴⁸:

1. modello incentrato sul controllo, dove la regione esercita la propria autorità attraverso una modalità top-down. In questo caso, gli strumenti manageriali utilizzati sono: sviluppo di linee guida sia di carattere economico che finanziario, sia clinico che organizzativo in generale da adottare scrupolosamente e il controllo avviene mediante audit, incentivi, sanzioni e autorizzazioni.
2. Modello incentrato sul coordinamento, dove la regione suddivide le responsabilità in base al ruolo degli attori coinvolti nel processo. Di conseguenza, gli strumenti impiegati sono principalmente piani strategici condivisi, momenti formativi per garantire una crescita professionale costante per tutti i soggetti, misure economiche integrate.
3. Modello incentrato sulla collaborazione, nel quale l'autorità della regione è limitata e la sinergia tra gli attori è una condizione necessaria proprio per la condivisione del sistema. Motivo per cui, gli strumenti che si prestano sono: comitati e/o commissioni

¹⁴⁷ Ibidem p.351.

¹⁴⁸ Cfr. E.BARBAZZA, J.E.TELLO, *A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern*, Health Policy - Elsevier, Copenhagen, Denmark, 2014, p.8.

fra i diversi dipartimenti e organizzazioni, la creazione di specifiche partnership anche con enti no-profit.

4. Modello basato sulla comunicazione, nel quale l'enfasi è tutta focalizzata all'instaurazione di momenti dialettici e alla promozione di scambi di informazione tra la regione e gli enti periferici sanitari. Pertanto, gli strumenti sono la creazione di database aperti e accessibili, in modo da avere sempre i dati a portata di tutti per formulare poi, decisioni strategiche, la pubblicazione delle scelte di budget e di allocazione delle risorse, la consultazione e la realizzazione di report aziendali.

È bene specificare che un ruolo fondamentale per effettuare un confronto tra le regioni lo esercita AGENAS, ovvero l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, in quanto uno dei suoi obiettivi è quello di attuare ricerche di monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione per realizzare interventi di miglioramento.

Infatti, questo ente ha il compito principale di ascoltare le Regioni, per condividere valori, modelli e strumenti, rilevare quali sono le esperienze più significative, trasferire saperi per promuovere azioni che vadano a ridurre le disuguaglianze tra i diversi SSR, purtroppo ancora oggi presenti.



Fig.5 – il ciclo di AGENAS per attuare il confronto tra i SSR.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Cfr. G.BERTIN, C.CIPOLLA, *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, vol.2, p.15.

3.1.1 Regione Lombardia: punti di forza e punti di debolezza

Il modello sanitario della Regione Lombardia si presenta in modo decisamente più articolato di quello del Veneto, precedentemente illustrato. Infatti, è costituito da più livelli sia sul piano verticale che orizzontale. Questa configurazione è frutto di diverse riforme sociosanitarie, in particolare quella inerente alla Legge Regionale n.23 del 2015, in quanto è intervenuta in maniera significativa sull'organizzazione dell'offerta sanitaria e sulla governance del sistema.

Quello che si evince dal grafico sottostante è che non viene richiesta una leadership forte e unitaria, visto che ci sono diversi soggetti presenti, ognuno dei quali stabilisce vincoli e norme in base alle proprie competenze. Tuttavia, questo può portare il sistema ad avere livelli di incertezza molto elevati, sia perché le regole possono essere soggette a interpretazioni contrastanti a causa della presenza di diversi attori coinvolti nei processi decisionali e sia perché la costituzione delle 8 ATS rende difficile l'individuazione dei livelli di responsabilità.

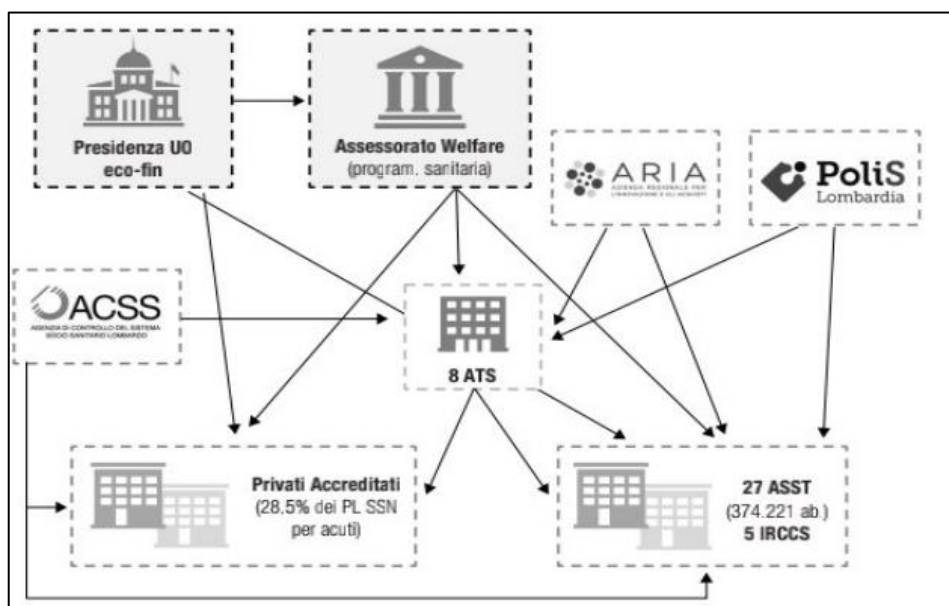


Fig. 6: modello di governance della Regione Lombardia¹⁵⁰

Come si può osservare dalla figura, sono identificabili vari posizionamenti. Al vertice, compare l'unità organizzativa della Presidenza, che svolge la funzione di programmazione economica e finanziaria dell'intero sistema sanitario regionale,

¹⁵⁰ Ibidem p.358.

confrontandosi con l'Assessorato al Welfare. Più nel concreto, la Direzione Generale stabilisce le norme a cui si devono attenere tutti gli attori del sistema, progetta azioni per la prevenzione, vigila sulla loro corretta attuazione ed eroga le risorse finanziarie necessarie. Negli anni, sono subentrate nel supporto delle attività di pianificazione anche l'Agenzia Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti (ARIA) e l'Agenzia di Formazione e Ricerca (PoliS), accantonando in parte il ruolo di centralizzazione autonomo, facendo sì che i soggetti coinvolti a livello apicale, diventassero più di uno, rendendo più difficoltosa l'organizzazione generale delle logiche di sistema.

Nel gradino intermedio si hanno le ATS, che si occupano unicamente della gestione dei servizi, assicurandosi che le ASST erogino correttamente le prestazioni, insieme agli enti privati accreditati.

Tuttavia, si riscontra un'ambiguità di fondo sull'effettivo ruolo delle Aziende Territoriali Sanitarie, dovuta a una sovrapposizione di alcuni compiti che esse effettuano. Infatti, alcune funzioni di negoziazione e acquisto sono rimandate anche ai vertici della piramide, proprio perché ritenute di natura strategica. Questo appesantisce il flusso comunicativo e limita la velocità dei processi decisionali, visto che l'iter di formulazione degli stessi appare complesso e spesso, può risultare opportuno mediare dinamiche competitive che si potrebbero istaurare.

Le 27 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali hanno una dimensione contenuta, con un bacino di utenza media pari a 374.221 abitanti circa, rispetto alla media nazionale di 510.548 cittadini. Quest'aspetto può essere positivo, poiché si riesce a garantire al paziente una maggiore efficienza nel percorso di presa in carico dello stesso, seppur la spesa sanitaria risulti maggiore. Inoltre, nella Regione Lombardia sono presenti numerosi erogatori privati accreditati, basti pensare che ben 14 dei 30 IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), sono localizzati proprio in questa parte dell'Italia.¹⁵¹

L'Agenas, ovvero l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, nel report che annualmente stila ha riportato le seguenti criticità nel sistema sanitario lombardo:

1. la dispersione dell'attività di controllo data in mano alle 8 ATS create con la riforma regionale del 2015 e l'assenza di un presidio di monitoraggio forte,

¹⁵¹ Ibidem pp.360-362.

determinano la formazione di disomogeneità nella qualità dei servizi sanitari offerti.

Pertanto, la proposta che viene fatta è quella di istituire un'ATS unica regionale, eventualmente con articolazioni territoriali, in modo da rendere la struttura organizzativa meno competitiva e più armonica. Inoltre, bisognerebbe ricondurre alla Regione non solo le funzioni di pianificazione e programmazione, ma anche quelle di valorizzazione dei soggetti privati accreditati, considerato che costituiscono una leva fondamentale per l'intero sistema.

2. La gara tra le ASST ed erogatori privati, genera difficoltà sia nell'assegnazione delle risorse e sia nel controllo delle prestazioni, non riuscendo a garantire una omogeneità nella qualità dei servizi offerti.

In questo caso, la soluzione che viene suggerita è di far riappropriare la Regione anche della funzione di vigilanza e/o di far in modo che le ATS svolgano questo compito in modo rigoroso e attento.

3. L'assenza di un raccordo gestionale tra Ospedali e territorio comporta fenomeni non corretti nel processo di presa in carico soprattutto dei pazienti più fragili. Questo è stato il punto cruciale che si è verificato durante l'emergenza pandemica. Anche in questo caso, sarebbe opportuno un rafforzamento della governance della Regione.¹⁵²

3.1.2 Regione Emilia-Romagna: punti di forza e punti di debolezza

Il modello di governance della Regione Emilia-Romagna si presenta su due livelli, ponendo al vertice della piramide l'Assessorato Politiche per la Salute a cui fanno capo sia le 8 ASL e sia gli enti privati accreditati, come mostrato in figura:

¹⁵² Cfr. AGENAS, La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio, Roma, 2020, p.62 in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf> - Ult.Cons. 08/05/2023.

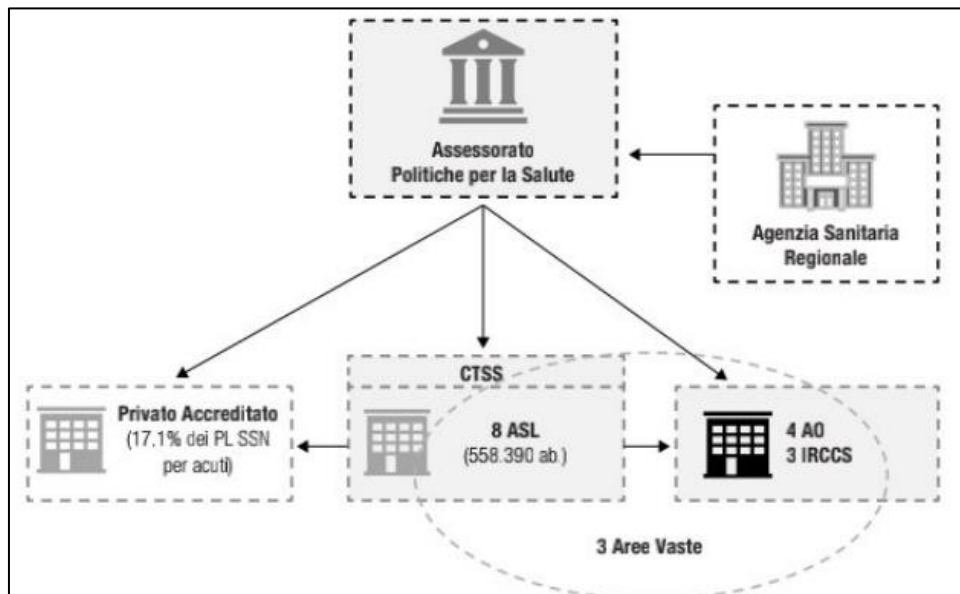


Fig.7: modello di governance della Regione Emilia-Romagna¹⁵³

La configurazione è definibile a network, in quanto le decisioni sono prese in modo partecipato fra i diversi soggetti coinvolti, collaborando tutti attivamente al processo decisionale strategico. Gli enti territoriali, contrariamente ai modelli sopra citati, svolgono un ruolo primario nel garantire e coordinare le politiche sanitarie, proprio perché l'obiettivo è la promozione della cooperazione. Questo è frutto del contesto politico della Regione Emilia-Romagna, poiché da sempre i partiti guida hanno adottato metodi concertativi. L'intera rete è guidata da una leadership diffusa e pertanto, le aziende sanitarie locali hanno un'autonomia intermedia, per la partecipazione attiva che ricoprono nella programmazione.¹⁵⁴

Il primo aspetto positivo che si può evidenziare è rappresentato proprio dal fatto che questa tipologia di struttura si adatta fortemente ai differenti contesti, visto che le aziende sanitarie locali hanno un ruolo importante nella definizione degli obiettivi e l'interazione costante riduce i rischi, soprattutto di ricorsi e denunce.

Tuttavia, la velocità dei processi decisionali appare limitata, perché richiede l'ascolto di tutti i componenti e il loro consenso, portando ad un allungamento dei tempi. È pur vero che, durante l'emergenza da Covid-19 il sistema emiliano – romagnolo ha risposto tempestivamente, producendo interventi rapidi e mirati, grazie all'elevata fiducia instaurata fra i diversi livelli coinvolti.

¹⁵³ Ibidem p.362.

¹⁵⁴ Ibidem p.369.

Il punto di forza di questo sistema regionale è rappresentato dal fatto che è stata la prima ad istituire le ASL di grandi dimensioni, incentivando in questo modo un forte orientamento all'autonomia delle aziende sanitarie locali. La regione ha mantenuto il controllo centrale relativo alla rete delle cliniche di alta specializzazione.

In Emilia-Romagna la presenza di enti privati accreditati risulta moderata, pari solo al 17,1% del totale della dotazione del SSN, dato positivo, poiché si riesce a coprire un'utenza maggiore grazie all'accessibilità delle prestazioni da erogare.

L'altra peculiarità è rappresentata dalla presenza delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie (CTSS), ovvero organismi attraverso i quali gli enti locali a livello provinciale si confrontano su tematiche inerenti alla programmazione generale in ambito socio – sanitario.¹⁵⁵

3.1.3 Regione Veneto: punti di forza e punti di debolezza

Il modello di governance della Regione Veneto è incentrato su un sistema di centralizzazione delle decisioni e di razionalizzazione della spesa sanitaria.

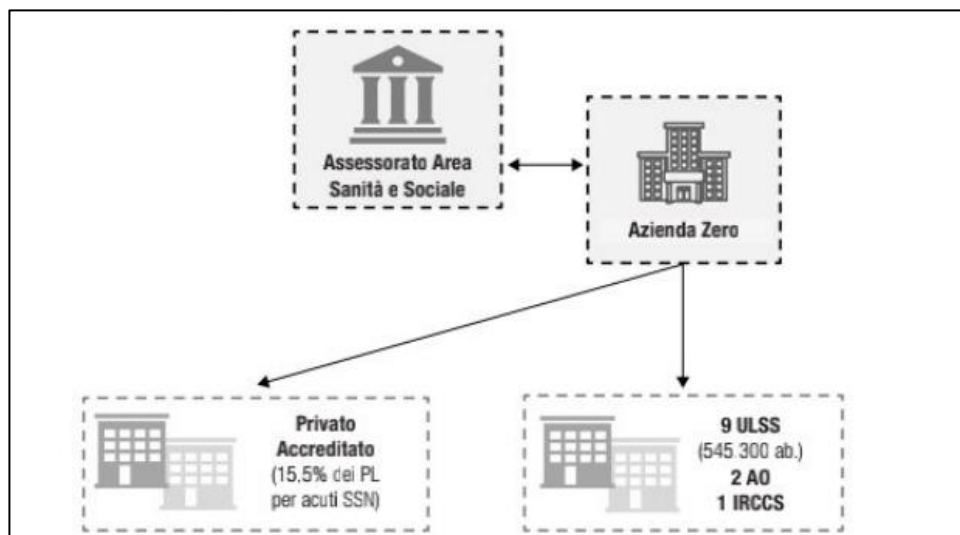


Fig.8: modello di governance della regione Veneto¹⁵⁶

¹⁵⁵ Ibidem p.365.

¹⁵⁶ Cfr. M.BOBINI, G.CINELLI, M.DEL VECCHIO, F.LONGO, *Rapporto OASI 2020*, Egea Editore, Milano, 2020, p.354.

Infatti, la legge regionale n.19 del 25 Ottobre 2016, ha previsto una riduzione delle Aziende sanitarie locali, passando da 21 a 9 e costituendo un nuovo ente intermedio denominato Azienda Zero, che ha il compito di controllare le ULSS e gli enti privati accreditati, come è possibile osservare nella figura.

Dalla configurazione appare evidente che il modello del Veneto rientra in un sistema di tipo gerarchico e questo è frutto del contesto politico e culturale di questa regione, che mira a garantire l'unitarietà di comando. Infatti, l'Azienda Zero e l'Assessorato dell'Area Sanità e Sociale, assumono proprio un ruolo di leadership centrale, mentre gli enti sottostanti hanno unicamente funzione operativa.

Il primo punto di forza che è possibile sottolineare, riguarda il fatto che questa tipologia di struttura organizzativa si presenta compatta, con un numero di livelli limitato, ognuno dei quali assume un determinato ruolo di responsabilità e un proprio grado di autonomia, risultando agile. Di conseguenza, l'Assessorato Area Sanità e Sociale e l'Azienda Zero, si relazionano con gli enti pubblici e privati, che costituiscono la base del modello, permettendo una rapidità nel flusso di informazioni e nella scelta delle priorità strategiche. Inoltre, questa integrazione ha permesso la divisione dei compiti, soprattutto in merito alle funzioni di gestione, poiché gli obiettivi sociosanitari di programmazione in ambito LEA sono studiati in sinergia, garantendo uno snellimento del lavoro.¹⁵⁷

L'Azienda Zero svolge anche altri compiti, permettendo ancora di più una semplificazione organizzativa, tra cui la gestione di numerose attività tecnico-specialistiche, come gli acquisti di materiale sanitario, la cura delle procedure di selezione del personale, il controllo del rischio clinico, lo sviluppo dei sistemi informativi, come il flusso di dati, la supervisione dei magazzini, della logistica e delle procedure di accreditamento degli enti privati e la valutazione delle performance aziendali.

Un altro aspetto positivo è rappresentato dai meccanismi di coordinamento e confronto tra Regione ed enti periferici, come il Comitato dei Direttori Generali, che svolge le seguenti funzioni principali:

- aggiornamento sulle gare svolte dall'Azienda Zero in merito ai bandi definiti con le aziende sanitarie locali;

¹⁵⁷ Ibidem p.355.

- condivisione delle iniziative intraprese a livello centrale.¹⁵⁸

I momenti di discussione che si generano, durante i quali vengono coinvolti i direttori generali e dove è possibile riportare un'opinione, permettono al modello Veneto di ragionare in modo coeso sulla funzionalità dell'intero sistema.

Una possibile criticità, invece, fa riferimento sicuramente ai riordini regionali che ci sono stati nel corso degli anni. In particolare, la diminuzione del numero di aziende locali a 9, ha implicato una loro notevole crescita dal punto dimensionale, poiché le proporzioni di pazienti da servire per ULSS sono chiaramente aumentati. Di conseguenza, affianco alla riduzione dei costi di gestione e quindi, della spesa sanitaria regionale dovuta proprio al loro numero contenuto, può esserci una maggiore difficoltà di erogazione dei servizi per i pazienti che può essere ulteriormente aggravata dal fatto che, la rilevanza del settore privato nella regione Veneto resta contenuta rispetto alle altre regioni italiane (15% contro il 23,1% della media nazionale).¹⁵⁹

Durante l'emergenza da Covid-19 il sistema di governance della regione Veneto si è rivelato estremamente efficiente, sebbene siano stati aggiunti meccanismi creati ad hoc per far fronte al momento di crisi che si stava vivendo. Infatti, oltre al Comitato dei Direttori Generali, sono stati aggiunti altri tre gruppi con competenze specifiche, in modo da dare un aiuto concreto alla macchina sanitaria regionale:

1. comitato tecnico – scientifico;
2. un gruppo epidemiologico regionale;
3. un gruppo di ingegneri gestionali.

In questo modo, è stato possibile adottare delle azioni guida per programmare in modo analitico le decisioni da prendere e rispondere con tempestività alla situazione, erogando prestazioni in modo dettagliato e preciso. Questa rimodellazione temporanea del sistema sanitario veneto, ha evidenziato la prontezza della regione, mettendo in evidenza quanto la flessibilità del modello e la capacità di riadattamento dello stesso, proprio per la sua organizzazione semplice e lineare.¹⁶⁰

Lo sviluppo della formazione manageriale e specialistica è strutturato in modo che sia continua, garantendo anche attività di monitoraggio costanti, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo e questo rappresenta un punto di forza per la Regione Veneto.

¹⁵⁸ Ibidem.

¹⁵⁹ Ibidem.

¹⁶⁰ Ibidem p.357.

Tuttavia, per contribuire al miglioramento delle attività formative, è necessario promuovere ulteriori collaborazioni con altre scuole regionali, poiché le performance dei servizi sanitari sono strettamente correlate a quelle dei singoli professionisti e in questo modo, si riuscirebbe a permettere un aggiornamento costante delle conoscenze e delle competenze, mirate allo sviluppo professionale del singolo e non dell'intero comparto.

A tal proposito, il piano sanitario regionale 2019-2022, ha assegnato alla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica e nello specifico alla scuola di Management delle Aziende sociosanitarie il coordinamento dei programmi formativi anche di livello avanzato, finalizzato proprio a migliorare l'appropriatezza clinica delle aziende sanitarie locali. Per rendere quest'aspetto ulteriormente positivo, la regione ha prospettato la realizzazione di un Parco Scientifico specializzato per la formazione, in modo da avere un miglioramento metodico, innovativo e anche più vicino alla realtà.¹⁶¹

3.2. Analisi della regione con il sistema sanitario ottimale

La riforma del titolo V della Costituzione italiana, avvenuta nel 2001, rappresenta per alcuni un punto di arrivo, ma per molti un fondamentale punto di partenza nel processo di evoluzione del sistema sanitario del nostro Paese. In tale situazione, si è resa centrale la Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome, in quanto risulta essenziale regolare i rapporti interistituzionali nei diversi campi nazionali, tra cui la sanità. «Uno degli esempi di questa mediazione è rappresentato dalla definizione dei LEA [...] che, garantendo l'applicazione dell'art. 32 della Costituzione, aggirano il problema [...] della distinzione tra il soggetto che fissa il minimo da garantire a tutti i cittadini (Stato) e l'erogatore che deve provvedere a pagare e ad effettuare quanto stabilito (Regione)»¹⁶².

Oggi giorno le regioni sperimentano una pluralità di architetture istituzionali che si fondano su scelte profondamente diverse e che riguardano le seguenti dimensioni:

1. gli assetti istituzionali e organizzativi delle unità di erogazione dei servizi;

¹⁶¹ Cfr. Regione del Veneto, Piano socio-sanitario regionale della regione Veneto 2019-2023, p.150, disponibile in <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=385199> – Ult.Cons.08/05/2023

¹⁶² Cfr. RAPPORTO OSSERVASALUTE 2004, *Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi*, Vita e pensiero, Milano, 2004, p. 255.

2. la separazione delle funzioni di acquisto ed erogazione e le conseguenze sul funzionamento del meccanismo tariffario;
3. le modalità di finanziamento delle aziende territoriali;
4. la natura e l'assetto del sistema di regolazione (per esempio, agenzie, direzioni generali di assessorato, combinazione, ecc.);
5. i meccanismi di programmazione e di controllo;
6. il rilievo della quota di servizi in convenzione¹⁶³.

A livello nazionale, «stiamo assistendo all'emergere di assetti organizzativi ed istituzionali basati sull'autonomia e il decentramento delle unità di produzione (ASL con una dimensione al massimo provinciale e separazione delle funzioni di produzione nelle Aziende Ospedaliere autonome) o sull'accentramento di specifiche funzioni ai fini del controllo della spesa e del coordinamento di attività di supporto (es. modello della ASL unica e delle 'zone'; modello dell'Area Vasta)»¹⁶⁴.

Dall'analisi proposta nell'elaborato si evince come l'Emilia-Romagna sia la regione italiana che è possibile dichiarare il ottimale per efficienza del sistema sanitario. L'Osservatorio della Fondazione GIMBE¹⁶⁵, difatti, per il decennio 2010-2019, conferma che il sistema sanitario in tale regione risulta primo nell'assicurare le prestazioni sanitarie ai propri cittadini e conferma tale dato anche nel biennio 2020-2021, anni della pandemia dovuta al Covid-19. L'assessore alle politiche per la salute Raffaele Donini, commenta come segue i risultati raggiunti dall'Emilia Romagna a livello nazionale:

«[...] il report GIMBE certifica la qualità della sanità pubblica dell'Emilia-Romagna. Una tendenza che si è confermata anche durante la pandemia nel 2020 e 2021. Nonostante il Covid abbia colpito l'Emilia-Romagna in misura maggiore rispetto alla quasi totalità delle altre regioni, infatti, siamo riusciti a mantenere un livello dei servizi superiore alla media italiana su tantissimi fronti, dai posti letto ai ricoveri urgenti, dalla vaccinazione agli screening, solo per citare i contesti più noti. Le difficoltà sono ancora tante, soprattutto in

¹⁶³ Cfr. *Id.*

¹⁶⁴ Cfr. RAPPORTO OSSERVASALUTE 2004, *Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi*, Vita e pensiero, Milano, 2004, p. 255.

¹⁶⁵ Cfr. La fondazione GIMBE, che non ha fini di lucro, ha lo scopo di favorire la diffusione e l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche con attività indipendenti di ricerca, formazione e informazione scientifica, al fine di migliorare la salute delle persone e di contribuire alla sostenibilità di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

riferimento alla carenza di personale sanitario e alla sostenibilità politica del sistema, ma la sanità pubblica della nostra regione, grazie all'organizzazione delle Aziende sanitarie e alla competenza e alla dedizione dei nostri professionisti, sta dimostrando ancora una volta una grande capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini anche in un periodo così complesso. Le difficoltà di bilancio delle regioni, in particolare quelle più colpite dal Covid e con maggiori costi energetici per la significativa diffusione sul territorio delle strutture di sanità pubblica come nel caso dell'Emilia-Romagna, devono essere affrontate e risolte insieme al governo per mantenere un adeguato livello dei servizi. Nei prossimi mesi concentreremo ogni sforzo per la riduzione dei tempi d'attesa per le visite specialistiche, prestazioni diagnostiche e interventi chirurgici, e promuoveremo riforme di sistema ad iniziare da quella dell'emergenza-urgenza»¹⁶⁶.

È bene sottolineare che, ciascuna organizzazione/regione, viene valutata sulla base di alcuni indicatori, in quanto «il Sistema di valutazione della performance dei Sistemi sanitari regionali può essere considerato un esempio di sistema integrato di valutazione»¹⁶⁷. I Sistemi di valutazione, infatti, hanno lo scopo di esaminare, monitorare e gestire il raggiungimento dei risultati finali e i processi che sottendono al loro conseguimento¹⁶⁸. Gli aspetti principali che vengono presi in considerazione per misurare il 'livello migliore' sono:

- multidimensionalità è una sfera che va al di là della sostenibilità finanziaria, in quanto si occupa anche delle azioni relative ai processi clinici, all'efficacia e qualità delle cure, alla soddisfazione dello staff e dei pazienti;
- raccolta dei dati sul modello *evidence-based*. I dati che vengono raccolti per elaborare le valutazioni si basano sia su flussi amministrativi, sia su dati raccolti specificatamente per il raggiungimento di standard scientifici rigorosi;
- *benchmarking* sistematico dei risultati. È un'azione che mira a comparare le diverse performance dei Sistemi sanitari regionali, in genere, con cadenza annuale;

¹⁶⁶ Cfr. www.salute.regione.emilia-romagna.it/notizie/regione/2022/dicembre/la-regione-emilia-romagna-si-conferma-prima-in-italia-nell2019assicurare-ai-cittadini-le-prestazioni-sanitarie-in-rete il 15/05/2023.

¹⁶⁷ Cfr. Nuti S., Vinci A, Vola F., *Stato e Regioni: le performance dei Sistemi sanitari regionali*, in «Rivista delle politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy», vol. 2/2021, p. 104.

¹⁶⁸ Cfr. *Ivi*, p. 99.

- divulgazione trasparente, vale a dire la condivisione sistematica dei risultati raggiunti attraverso un report cartaceo che sarà diffuso anche online;
- tempestività. È opportuno che i fati e gli specifici indicatori raccolti e calcolati ogni anno siano resi noti entro sei mesi dalla fine dell'anno di riferimento¹⁶⁹.

Come anticipato precedentemente, la valutazione delle performance dei servizi sanitari è oggi un elemento costitutivo delle politiche sanitarie poiché l'esercizio valutativo è una dimensione fondamentale dei modelli di governance assunti nelle organizzazioni dei sistemi sanitari. Per ciò che concerne l'Emilia-Romagna, per esempio, i dati elaborati nel biennio relativo alla pandemia dall'assessorato sulla base del portale Covid-19 AGENAS riportano che

«[...] la Regione Emilia-Romagna ha fatto meglio della media italiana per 15 indicatori su 19, garantendo per esempio i servizi di screening, i ricoveri urgenti e gli interventi per tumori, nonostante sia stata colpita dal Covid per un 10% in più rispetto alla media nazionale. I medici impiegati dal SSN in regione sono cresciuti del 4,2% (Italia: -2%), gli infermieri del 5,8% (Italia: +1%), gli operatori sociosanitari del 18,7% (Italia: -2%). All'orizzonte però c'è un turnover importante, che prevede nei prossimi dieci anni il 33% dei medici e il 19% degli infermieri in uscita»¹⁷⁰.

Un risultato che posiziona la regione Emilia-Romagna sul podio per quel che concerne l'assistenza e la qualità offerta ai pazienti in Italia. Essa è l'unica a dichiarare la *governance* come elemento costitutivo di un sistema che non si propone esclusivamente come sanitario, ma vuole essere significativo dal punto di vista sociosanitario anche dal punto di vista politico e normativo.

L'accezione del concetto di *governance* a cui fa riferimento questo sistema è tutt'altro che univoca. Difatti, la molteplicità dei suoi significati è probabilmente esplicitata nel principio partecipato-collaborativo citato nel dossier dell'Agenzia sociale e sanitaria dell'Emilia-Romagna dedicato alla *governance* del sistema sociale e sanitario in Emilia Romagna'. In tale elaborato, Campedelli specifica le motivazioni per le quali la Regione

¹⁶⁹ Cfr. Nuti S., Vinci A., Vola F., *Stato e Regioni: le performance dei Sistemi sanitari regionali*, in «Rivista delle politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy», vol. 2/2021, p. 104.

¹⁷⁰ Cfr. www.salute.regione.emilia-romagna.it/notizie/regione/2022/dicembre/la-regione-emilia-romagna-si-conferma-prima-in-italia-nell2019assicurare-ai-cittadini-le-prestazioni-sanitarie-in-rete-il-15/05/2023.

ha deciso di delineare le proprie linee decisionali e programmatiche secondo questo modello:

«Government is no longer an appropriate definition of the way in which populations and territories are organised and administered. In a world where the participation of business and civil society is increasingly the norm, the term “governance” better defines the process by which we collectively solve our problems and meet our society’s needs, while government is rather the instrument we use» (OECD 2000).

Regione	Totale 2019
Emilia-Romagna	283,6
Veneto	278,4
Toscana	270,6
Piemonte	266,3
Lombardia	263,5
Marche	257,8
Umbria	252,0
Prov. Aut. Trento	250,7
Liguria	243,6
Friuli Venezia-Giulia	239,4
Lazio	232,2
Abruzzo	230,2
Puglia	227,8
Sardegna	206,2
Basilicata	204,7
Campania	201,8
Sicilia	201,1
Molise	195,1
Valle D’Aosta	182,8
Prov. Aut. Bolzano	180,1
Calabria	162,8

Fig. 9 – Sperimentazione del Nuovo sistema di Garanzia 2019: punteggio cumulativo delle tra
aree (prevenzione, distrettuale e ospedaliera)
(Fonte: Report Osservatorio GIMBE 2/2022)

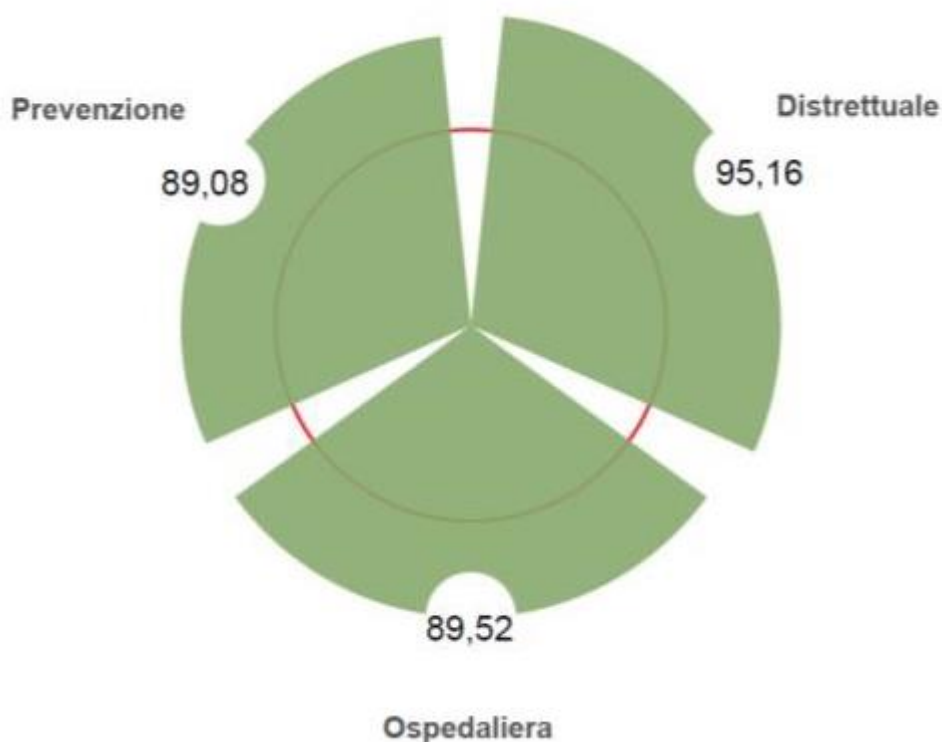


Fig. 10 – Risultati del nuovo sistema di monitoraggio del 2020 per l’Emilia Romagna
 (Fonte: www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=110928)

La fondazione GIMBE, come si evince dalla tabella, pone in testa alla classifica del rapporto che analizza i risultati della cosiddetta ‘griglia LEA’ ancora l’Emilia-Romagna, che si dimostra prima per l’erogazione delle prestazioni. Come sottolinea il presidente della fondazione, si tratta di una versa e propria ‘pagella’ per la sanità, in cui è possibile identificare le regioni ‘promosse’ (e quindi adempienti), che sono meritevoli di accedere alla quota di finanziamento premiale, e quelle ‘bocciate’ (che sono inadempienti)¹⁷¹.

Questi dati risultano ancor più significati se si pensa che, a seguito del decreto ministeriale 12/03/2019 pubblicato in gazzetta ufficiale il 14/06/2019, a partire dal gennaio 2020 è stato introdotto il ‘Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria’. Tale sistema, appunto, aggiorna quello introdotto nel 2000 e individua 88 indicatori utili per il monitoraggio assistenziale del nostro paese:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, di cui 2 risultano afferenti all’area oncologica e relativi alla copertura ed efficacia degli screening in tale ambito;

¹⁷¹ Cfr. www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=109906 in rete il 18/05/2023.

- 33 per l'assistenza distrettuale, di cui 3 relativi all'area oncologica e alla rete delle Cure Palliative, con indicatori sull'offerta di cure domiciliari e di tempestività dell'accesso all'Hospice;
- 24 per l'assistenza ospedaliera, di cui 2 inclusi nell'area oncologica, sui volumi minimi per intervento chirurgico e sui reinterventi chirurgici conservativi nel TM mammella;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario, di cui almeno 3 influenzati anche dalle patologie oncologiche (indice di cronicità, buona salute percepita e fragilità nell'anziano);
- 1 indicatore di equità sociale, che riguarda tutte le prestazioni quindi anche quelle oncologiche;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali – PDTA), di cui 5 afferenti all'area oncologica, relativi alla tempestività e ai timing di cura nei PDTA dei tumori gastrici e della mammella.

«Il sistema implementato in Emilia-Romagna (SIVER) comprende 120 indicatori, di cui 10 afferenti all'area oncologica (8,3%). Di questi, 4 sono relativi alla mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico (di craniotomia per tumore cerebrale, per tumore maligno del polmone, dello stomaco e del colon), 3 l'adesione ai programmi di screening, uno alla % di re-interventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella e uno alla % interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con attività superiore a 135 casi annui»¹⁷².

Naturalmente, assicurare i migliori standard assistenziali ai cittadini garantisce anche maggiori risorse da parte dello Stato, che s'impegna a incentivare i modelli innovativi proposti dalle diverse Regioni. Difatti, l'Emilia-Romagna rilancia annualmente il proprio impegno a tutela del diritto alla salute come universale e, tra le sfide che si propone, c'è sempre grande attenzione all'innovazione, partendo dai bisogni dei cittadini che necessitano sempre di nuove risposte e nuovi strumenti per le proprie necessità assistenziali.

¹⁷² Cfr. www.osservatorio.favo.it/dodicesimo-rapporto/parte-prima/performance/ in rete il 20/05/2023.

3.3. Caso studio: l'Emilia-Romagna

Un primo passo per analizzare il modello di governance realizzato in Emilia-Romagna riguarda la descrizione dell'architettura istituzionale del sistema organizzativo sanitario.



Fig. 11 – Le Aziende Sanitarie in Emilia Romagna

(Fonte: www.ausl.bologna.it/news/archivio-2021/auslnews.2021-01-29.2851170718)

Appare fondamentale, ai fini di un'indagine maggiormente dettagliata, delineare i tre diversi livelli (regionale, provinciale e distrettuale) che possiedono ciascuno una propria struttura con compiti specifici:

- il livello regionale è sede delle funzioni di definizione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi d'indirizzo generale. Quest'area ha funzioni di programmazione a livello macro-territoriale, con indirizzo e regolazione del sistema di *welfare* regionale, soprattutto per quel che concerne i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari;
- il livello provinciale risulta basato sulle 'Conferenze territoriali sociali e sanitarie', che sono luogo di programmazione e coordinamento nell'ambito di attuazione delle diverse politiche regionali. Attraverso tale struttura si esplicano funzioni di raccordo tra il livello distrettuale e il livello regionale, garantendo omogeneizzazione ed equità nell'accesso ai servizi per i cittadini nei diversi territori distrettuali. Tali azioni vengono esplicitate anche attraverso forme di collaborazione con l'Azienda USL;

- il livello distrettuale, che è individuato come il cuore del sistema, la sede ottimale per l'integrazione istituzionale, professionale e gestionale delle attività, oltre a essere luogo dell'esercizio tra Comuni e Direzione distrettuale nelle funzioni di governo.

Il modello sanitario dell'Emilia-Romagna rientra nel gruppo dei sistemi misti quasi integrati e ha optato per il mantenimento dello schema previsto dalla normativa statale. Tale organizzazione è stata mantenuta articolando le ASL in distretto sanitario, presidio ospedaliero e dipartimento di prevenzione. Difatti, all'articolo 1 della Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 viene sottolineato come i principi che definiscono gli obiettivi e regolano il funzionamento del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna vengono posti in quanto parte del Servizio Sanitario nazionale. Inoltre, viene ribadita l'interdipendenza tra SSR e SSN.

È possibile, dunque, affermare che l'Emilia-Romagna ha conservato – nel tempo – un assetto più tradizionale, basato su funzioni di controllo e programmazione da parte della regione stessa e sull'erogazione dei servizi da parte delle ASL¹⁷³. Contemporaneamente, la governance della regione risulta essere connessa alle realtà territoriali grazie sia alle rappresentanze politico-istituzionali della collettività, sia per mezzo del coinvolgimento attivo delle organizzazioni dei cittadini e del terzo settore¹⁷⁴.

Nel corso degli anni l'amministrazione emiliano-romagnola ha destinato ingenti risorse nel potenziamento dell'assistenza territoriale, senza trascurare la rete ospedaliera. Un virtuoso esempio sono le 'Case della Salute', istituite con d.g.r. n. 291 del 2010. Esse vengono descritte come un presidio del distretto gestito dal Dipartimento di Cure Primarie, create per migliorare la presa in carica dei pazienti e per erogare un servizio efficace di continuità diurna dell'assistenza. In generale, i sistemi sanitari hanno modificato radicalmente le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, spostando il baricentro dell'assistenza da un modello di cura orientato alla guarigione a un modello orientato alla cronicità e, quindi, alla continuità delle cure e dell'assistenza, investendo sempre di più sull'assistenza a favore di soggetti affetti da patologie croniche e sul rafforzamento delle cure primarie e dell'integrazione e del coordinamento tra medici di

¹⁷³ Cfr. Dell'Atti L., *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in «Rivista Associazione italiana dei costituzionalisti», n. 3/2020, p. 191.

¹⁷⁴ Cfr. Cuocolo L., Candido A., *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in «Forum di Quaderni costituzionali», n. 9, 2013, p. 34.

medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri (in Emilia Romagna le Case della Salute ne sono un chiaro esempio).

Tra i vari strumenti utilizzati dalla regione Emilia-Romagna per concorrere alle migliori prestazioni sanitarie, ritroviamo l'applicazione del sistema dell'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione¹⁷⁵) per la misurazione e valutazione della performance. All'interno di questo sistema riveste una particolare importanza 'Il ciclo della valutazione' il quale utilizza due strumenti:

- il Piano della performance, un documento programmatico che contiene tutti gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione e valutazione della performance organizzativa;
- la relazione sulla performance, uno strumento di rendicontazione annuale dove vengono riportati i risultati della valutazione, gli obiettivi raggiunti e così via.

«L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è un soggetto nominato in ogni amministrazione pubblica dall'organo di indirizzo politico-amministrativo. Può essere costituito in forma collegiale con tre componenti o in forma monocratica»¹⁷⁶. Per capire il funzionamento del sistema utilizzato per valutare la performance della sanità in Emilia-Romagna è necessario partire dalle norme che lo regolano. Difatti, la delibera 1/OIV del 2014 descrive il quadro normativo in tali termini

«[...] all'interno del sistema particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione delle Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione verso il sistema degli stakeholders, da attuare secondo modalità innovative e specifiche impostate dalla normativa citata, i cui dettagli operativi sono stati indicati nella delibera n.3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (OIV-SSR). Il sistema di

¹⁷⁵ Cfr. L'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi; valida la Relazione sulla performance a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali; garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi, nonché dell'utilizzo dei premi; propone, altresì, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi.

¹⁷⁶ Cfr. www.performance.gov.it/organismi-indipendenti-valutazione in rete il 15/05/2023.

misurazione e valutazione della performance aziendale è stato integrato dalle disposizioni del comma 522 della Legge di Stabilità 2016 che prevede che gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui all'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, 92 n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il Programma Nazionale Valutazione Esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti»¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Cfr. *Id.*

Conclusioni

Il presente lavoro di tesi è partito dal significato di tutela della salute, facendo riferimento alla Costituzione, per poi proseguire con l'analisi degli aspetti organizzativi che hanno portato allo sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale, arrivando ad analizzare alcuni Sistemi Sanitari Regionali. Si è voluto riflettere sulle effettive performance degli stessi e sui risultati raggiunti da ogni Regione in materia sanitaria e per il modello lombardo, si è fatto riferimento anche alla gestione della pandemia da Covid-19, in quanto oggetto di vari dibattiti, complice anche il fatto che la Lombardia sia stata la prima regione ad essere interessata dall'ondata del virus.

Entrando nel dettaglio, un aspetto trattato di particolare rilevanza riguarda i livelli essenziali di assistenza, i cosiddetti LEA: in base ad essi lo Stato, dovrebbe essere sempre in grado di assicurare al cittadino tali livelli minimi, in quanto diritto fondamentale per una collettività. Per tale ragione, è stato sottolineato il continuo monitoraggio dell'erogazione dei LEA come compito che spetta allo Stato, il quale monitora anche l'operato delle Regioni anno per anno, attraverso indici specifici. Questi ultimi, possono anche aiutare a identificare alcuni criteri sulla base dei quali ragionare in termini di qualità della performance delle regioni qui esaminate. Seppure con tutte le cautele del caso, a parere di chi scrive l'Emilia-Romagna sembra garantire, più di altre, un'ampia e diffusa qualità dei servizi sanitari.

Come esaminato nel lavoro di tesi, nel corso del tempo sono state numerose le modifiche e le innovazioni in campo sanitario e se quest'aspetto da un lato può essere negativo, è altrettanto vero che ogni tentativo di riforma e riorganizzazione del sistema risulta necessario per continuare a garantire agli utenti un servizio sempre efficiente. Ciò è anche necessario, perché la sanità è un diritto fondamentale per la nostra Repubblica e la nostra Costituzione.

I modelli sanitari regionali presi in considerazione sono stati quello veneto, quello lombardo e quello emiliano – romagnolo. Nell'analisi svolta, è emerso che le scelte operate dalla Regione Lombardia sono state dettate principalmente dal fatto che si punti contemporaneamente all'efficienza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, da un lato,

e alla concorrenza del mercato, dall'altro, garantendo in questo modo la piena libertà di scelta ai propri cittadini. Nonostante questo aspetto, il sistema sanitario della regione Lombardia, presenta punti di debolezza, apparsi soprattutto durante la gestione della pandemia da Covid-19. Il più lampante, affrontato in questo lavoro, ha riguardato la frammentarietà tra i diversi enti dell'organizzazione sanitaria, nello specifico tra la Regione, le Agenzie di controllo, le ASST e le ATS, che conducono a uno squilibrio tra sistema ospedaliero e territoriale e ad uno svantaggio nelle cure cosiddette "quotidiane" e/o della prevenzione. Infatti, essendo maggiormente predisposta ad un'offerta ospedaliera rispetto a quella distrettuale, tale organizzazione ha riscontrato maggiori difficoltà proprio nella dislocazione dei pazienti da ricoverare in terapia intensiva nel territorio.

Un'altra criticità osservata, sempre con riferimento alla Lombardia, interessa l'assistenza domiciliare, prima del 2015 gestita unicamente dalle ASST. Dopo tale anno, a seguito della Legge regionale n.23/2015 inerente all'applicazione di riforme sul modello sanitario vigente, sono state istituite le ATS, che hanno reso più complesso e faticoso il mettere in atto programmi di controllo. Infatti, la governance sanitaria lombarda è diventata più articolata, portando anche a una sovrapposizione di ruoli decisionali, che non hanno influito positivamente sulla conduzione dell'intera macchina organizzativa. Prima di tutto, abbiamo osservato la separazione delle funzioni programmatiche da quelle gestionali, svolte inizialmente solo dalle ASL, passando così in mano alle ATS e affidate alle ASST, creando una eterogeneità maggiore che può indurre a una competizione tra gli enti, risultando poco efficiente.

Dallo studio effettuato si è potuto evincere anche che le Regioni Emilia-Romagna e Veneto, poste a confronto con il modello lombardo, hanno prediletto durante il loro sviluppo un'assistenza sanitaria prevalentemente a programmazione pubblica e non privata, investendo notevolmente sull'assistenza territoriale. Questo aspetto è ulteriormente stato sottolineato, illustrando la creazione delle Aree Vaste del modello dell'Emilia – Romagna, che hanno permesso di calcare maggiormente l'attenzione alla riduzione degli enti privati accreditati, rendendo la Regione più efficiente. Infatti, tramite questo nuovo modello di governance, ha consolidato da molti anni sistemi strutturati di pianificazione e programmazione delle proprie attività, oltre che di controllo e di

rendicontazione dei risultati, agevolando il flusso informativo, con lo scopo di perseguire l'ottimizzazione della qualità e dell'efficienza, anche a causa di un bacino di utenza importante. A tal proposito, come richiamato nel capitolo di riferimento, le Aree vaste in cui è suddivisa l'Emilia-Romagna sono tre: Area vasta Emilia nord, Area vasta acquisti centro Emilia, Area vasta Romagna.

Anche per la Regione Veneto si può delineare un profilo di governance efficiente, proprio per la compattezza del modello e fondamentalmente esso si basa su quattro principi fondamentali:

- l'universalità, ovvero il fatto che si rivolge a tutta la popolazione di riferimento, garantendo un carattere prevalentemente pubblico piuttosto che privato come per la Regione Lombardia;
- l'equità, ovvero la possibilità di raggiungere tutti i cittadini, cercando di eliminare al massimo le disuguaglianze;
- l'umanizzazione dell'assistenza socio – sanitaria, ovvero cercare di seguire il paziente durante tutto il suo ciclo di cure;
- l'integrazione socio – sanitaria, poiché la Regione Veneto, come si evince dall'analisi svolta, ha dato una notevole rilevanza all'aspetto della prevenzione.

In questo modo, la Regione intende valorizzare una visione che ha come obiettivo chiave la coesione sociale e la responsabilizzazione del cittadino, proprio mediante l'attività di prevenzione a cui ha dato maggior rilievo nel suo piano sanitario. In quest'ottica il sistema di welfare vede una forte presenza delle istituzioni pubbliche, affiancate dai titolari e responsabili delle funzioni socio-sanitarie, cercando di incentrare il disegno delle politiche sanitarie sull'ascolto di tutti gli attori della società civile, a cominciare dalle famiglie, alle organizzazioni sindacali, fino ad arrivare al terzo settore. Motivo per cui, il Piano Socio Sanitario della Regione Veneto si può anche definire, a conclusione del lavoro svolto, un Patto con la Comunità locale, proprio per l'integrazione istituzionale con tutti i soggetti coinvolti, rispondendo attraverso relazioni, in maniera ancora più efficace ed efficiente ai bisogni dei cittadini. Perciò, in definitiva, le caratteristiche del Sistema Socio Sanitario veneto illustrate nella tesi, oltre ad essere funzionale, attestano come l'approccio utilizzato per cogliere nuove opportunità dalle sfide attuali, non può che

poggiare su solide e rigogliose radici, anche a fronte degli investimenti che il Veneto ha sostenuto.

Dopo aver concluso la ricerca, si può affermare che per quanto riguarda il riparto delle competenze tra lo Stato e le Regioni, appare comunque evidente – nonostante la buona qualità del prodotto sanitario nelle tre regioni qui poste sotto esame – la necessità di una più efficace azione di coordinamento a livello centrale, più forte e mirata di quella attualmente prevista e attuata con la riforma del Titolo V, tale a garantire un'erogazione dei LEA omogenea su tutto il territorio nazionale. Ciò aiuterebbe non poco a chiudere, almeno parzialmente, le rilevanti differenze regionali e infra-regionali attualmente esistenti.

Bibliografia

AGENAS, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, Roma, 2020, p.11 in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf> - Ult.Cons. 08/05/2023.

BALBONI E., *Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, n. 6, 2001.

BALBONI E., RINALDI P.G., *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Forum costituzionale*, 2006.

BARBAZZA E., TELLO J.E., *A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern*, Health Policy - Elsevier, Copenhagen, Denmark, 2014.

BARDI G., *Sanità, sbloccati i nuovi Lea: erano fermi da 6 anni. Schillaci: “Segnale fortissimo contro le disuguaglianze”*, articolo disponibile al seguente link: www.secoloditalia.it/2023/04/sanita-sbloccati-i-nuovi-lea-erano-fermi-da-6-anni-schillaci-segnale-fortissimo-contro-le-disuguaglianze/ in rete il 22/04/2023.

BERTIN G., CIPOLLA C., *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, vol.2.

BERTORELLO L., *Il diritto alla salute e i livelli essenziali di assistenza*, in *Riv. Cammino Diritto*, n. 1, 2023.

BIN R., *Il nuovo riparto di competenze legislative: un primo, importante chiarimento*, in *Le Regioni*, n. 6/2002.

BOBINI M., CINELLI M., DEL VECCHIO M., LONGO F., *Rapporto OASI 2020*, Egea Editore, Milano, 2020.

CAMERA DEI DEPUTATI, *Le fonti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, Roma, 2018 in https://temi.camera.it/leg18/post/pl18_app_la_composizione_dei_finanziamenti_del_fabbisogno_sanitario_nazionale.html - Ult.Cons. 14/05/2023.

CANDIDO A., CUOCOLO L., *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in «Forum di Quaderni costituzionali», n. 9, 2013.

CILIONE G., *Governance, ruoli e responsabilità nel sistema sanitario metropolitano della ricerca in Bologna*, Edito da Fondazione del Monte, Bologna, 2022.

CINTIOLI F., *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle regioni*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., ALBANESE F., *Il sistema sanitario lombardo: ieri, oggi e in prospettiva*, Federmanager Lombardia, Maggio 2023 in <https://dirigentsenior.it/fm-lombardia/il-sistema-sanitario-lombardo-ieri-oggi-e-in-prospettiva.html> - Ult.Cons. 07/05/2023.

CORTE COST., 19 ottobre 2016, n. 275, con nota di A. APOSTOLI, *I diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo. Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in *Consulta OnLine*, 2017.

CORTE COST., 23 novembre 2007, n. 287, in *Consulta OnLine*.

CORTE COST., 26 giugno 2002, n. 282.

CORTE COST., 28 luglio 1995, n. 416, in *Consulta OnLine*.

CORTE COST., 31 marzo 2006, n. 134, in *Federalismi.it*.

CORTE COST., 31 marzo 2006, n. 134.

CORTE COST., 8 luglio 2021, n. 142, in *Federalismi.it*.

CORTE DEI CONTI, *Referto al parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali*, Roma, 2022, p.129 in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1674115289.pdf> - Ult.Cons.14/05/2023.

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

DALLA CASA S., *Copertura Sanitaria Nel Mondo: Quanto Ancora C'è Da Fare*, 2022, in www.wonderwhy.it/copertura-sanitaria-nel-mondo-quanto-ancora-ce-da-fare/ in rete il 15/04/2023.

DE ANGELIS. P., *La partecipazione dei soggetti privati, non profit e for profit, nella erogazione dei servizi sanitari*, Giappichelli, Torino, 2017.

DELL'ATTIL., *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in «Rivista Associazione italiana dei costituzionalisti», n. 3/2020.

DI FOLCO M., *La partecipazione delle autonome territoriali alla determinazione dei livelli essenziali in sanità. Profili sostanziali e procedurali*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2.

DI PIERI D., ORLANDINI D., PATTENO' A., *Il Counseling Motivazionale per il cambiamento degli stili di vita*, Editore dalla Regione Veneto, Venezia, 2014, p.12 in <https://www.epicentro.iss.it/passi/incontri/corso2014/Counselling%20%20motivazionale.pdf> – Ult.Cons.05/05/2023.

Dizionario di Diritto Pubblico, Giuffrè, Milano, 2006.

FERRARA G., *Eguaglianza e federalismo*, in CHIEFFI F. (a cura di), *Evoluzione dello stato delle autonomie e tutela dei diritti sociali. A proposito della riforma del titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2001.

GALLO C.E., *Le fonti del diritto nel nuovo ordinamento regionale. Una prima lettura*, Giappichelli, Torino, 2004.

GAZZETTA UFFICIALE, n. 33 dell'8 febbraio 2002.

ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITÀ, *Prevenzione e promozione della salute*, disponibile in www.iss.it/prevenzione-e-promozione-della-salute in rete il 15/04/2023.

LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011.

LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a Statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della L. cost. n. 3/2001*, in *Il nuovo Titolo V della Costituzione. Stato/Regioni e diritto del lavoro*.

MARINÒ L., (a cura di), *Il management delle aziende sanitarie tra autonomia formale e sostanziale*, Giappichelli, Torino, 2016.

MINISTERO DELLA SALUTE, *I livelli assistenziali individuati dal DPCM*, in www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=1300&lingua=italiano&menu=leaEssn

MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2021, pp. 99 e ss.; PEZZINI B., *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in BALDUZZI R.(a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Cedam, Padova 2007.

NUTI S., VINCI A., VOLA F., *Stato e Regioni: le performance dei Sistemi sanitari regionali*, in «Rivista delle politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy», vol. 2/2021.

OMS – Rapporto sulla salute mondiale 2013 in
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2089_allegato.pdf.

PASTORI G., *Autonomia e responsabilità nel sistema sanitario*, in *Scritti scelti*, Jovene, Napoli, II, 2010.

PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, in «Atti del Convegno “Diritto alla salute tra unità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto”», Fondazione Cesifin Alberto Predieri, Firenze, 2009.

PEZZINI B., *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, CEDAM, Univ. Luiss Centro ricerca Amm. Pubblica, 2007.

PINELLI N., ROSSINI G., *Formazione manageriale in sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN*, Editoria Iniziative Sanitarie, Roma, 2010.

PIOGGIA A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Milano, 2017.

POLICE A., *Federalismo “asimmetrico” e dequotazione dell'eguaglianza: le fragili fondamenta della cittadinanza amministrativa*, in *Dir. econ.*, 2002.

RAPPORTO OSSERVASALUTE 2004, *Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi*, Vita e pensiero, Milano, 2004.

REGIONE EMILIA - ROMAGNA, *Il piano sociale e sanitario della regione Emilia Romagna 2017-2019*, Bologna, 2017, p.18 in <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/piano-sociale-e-sanitario> - Ult.Cons. 09/05/2023.

REGIONE LOMBARDIA, *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute*, Milano, 2014, p.10 in <http://www.regione.lombardia.it/> - Ult.Cons. 07/05/2023.

REGIONE VENETO, *Origini e storia del sistema sociosanitario regionale*, Padova, 2012, p.2 in <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/origini-e-storia> - Ult.Cons.05/05/2023.

REGIONE VENETO, *Piano sociosanitario regionale della regione Veneto 2019-2023*, pp.11 s.s, disponibile in <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=385199> – Ult.Cons.08/05/2023.

TRUCCO L., *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in CAVASINO E., SCALA G., VERDE G. (a cura di), *Diritti sociali dal riconoscimento alle garanzie: il ruolo della giurisprudenza*, Convegno Annuale del gruppo di Pisa. Trapani 8-9 giugno 2012, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013.

TUCCIARELLI C., *La sentenza n. 282 del 2002 della Corte costituzionale: prime interpretazioni delle disposizioni costituzionali sull'esercizio del potere legislativo delle Regioni*, in *Forum Costituzionale*, 3 luglio 2022.

UNITED NATIONS, *General Assembly, Global health and foreign policy*, A/67/L.36, 2012.

UNIVERSITA' BOCCONI, *Rapporto Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano 2020*, Egea Editore, Milano, 2020.

ZUCCATELLI G., CARBONE G., LECCI F., *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Egea, Milano, 2012.

Sitografia

www.areu.lombardia.it

www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst

www.epicentro.iss.it

www.gazzettaufficiale.it

www.gimbe.org

www.osservatorio.favo.it

www.performance.gov.it

www.quotidianosanita.it

www.salute.gov.it

www.salute.regione.emilia-romagna.it

www.senato.it

www.who.int/healthsystems

Questa tesi di laurea magistrale si concentra su un'analisi comparata dell'organizzazione del sistema sanitario di tre regioni italiane: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto. L'obiettivo è quello di esaminare in maniera più approfondita e dettagliata quanto le tre differenti modalità di organizzazione del sistema e di erogazione dei servizi sanitari si possano legare alla qualità del "prodotto sanitario".

Si parla in questa sede di politiche pubbliche che, nel tentativo di rispondere ai bisogni diffusi dei cittadini, ruotano, da un lato, attorno alla tempestività e alla qualità dei servizi e, dall'altro, alla necessità di garantire un equilibrio economico-finanziario in linea con gli obiettivi più generali di finanza pubblica. Il corretto funzionamento del servizio sanitario, dunque, è questione d'importanza primaria, considerato che il suo regolare e efficace andamento interessa l'intera comunità sia da un punto di vista terapeutico e sociale sia da quello più strettamente economico e finanziario.

In questo elaborato, pertanto, è intenzione definire, innanzitutto, una panoramica del Sistema Sanitario Nazionale, tenendo conto parallelamente della governance del sistema e di quella vera e propria cartina di tornasole rispetto alla qualità dei servizi erogati identificabile sempre più nei livelli essenziali di assistenza (LEA), per poi filtrare tale analisi sulla base delle esperienze concrete di tre regioni caratterizzate da una buona offerta di servizi sanitari.

Il lavoro è articolato nel modo seguente.

Nel primo capitolo si è ritenuto opportuno delineare un quadro generale normativo relativo alla struttura e all'organizzazione del sistema sanitario italiano. Punto di partenza di tale analisi è la descrizione dei principali modelli organizzativi adottati nel tempo a partire dal modello Bismarkiano, Beveridge, ecc. Ognuno dei modelli presi in esame, ha caratteristiche ben precise nei Paesi dove viene applicato e la sanità che deriva da essi, viene proposta in differenti modalità. L'evoluzione storica del tessuto sociale globale ha imposto la necessità di diversificare i modelli del sistema sanitario sulla base delle diverse modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi alla popolazione.

In questa sezione dell'elaborato si esamina anche il concetto, ormai ben assorbito nelle prassi e nel dialogo con i cittadini, di 'prevenzione delle malattie'. Più in dettaglio, parlare di prevenzione significa identificare ed evidenziare quei fattori di rischio potenzialmente dannosi per la comunità. Il fatto che un sistema sanitario efficiente debba, per molti versi ovviamente, perseguire gli obiettivi di tutela dello stato di salute non significa che sia possibile isolare quei fattori che incidono positivamente o negativamente sulla vita delle persone. Ed è proprio in questo contesto che si è ritenuto fondamentale approfondire le principali questioni relative alla definizione dei livelli essenziali di assistenza. In particolare, appare di grande rilevanza comprendere quanto i LEA e il loro utilizzo "a regime" possano avere un impatto sulla delicata e complessa ripartizione di competenze tra lo Stato e le Regioni.

Proprio per questo mi sono soffermata, seppur brevemente, sugli aspetti normativi e organizzativi del Sistema Sanitario Nazionale, provando a evidenziarne le potenzialità e – qualora presenti – le eventuali criticità. Inoltre, in tale parte del lavoro, ho delineato i principali Enti e organi del Sistema Sanitario Nazionale italiano.

Nel secondo capitolo dell'elaborato vengono esaminati tre specifici sistemi sanitari regionali. Le regioni prese in esame sono la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto. La scelta di tali regioni e dei loro sistemi sanitari non va nella direzione del tradizionale confronto tra regioni del Nord, del Centro e del Sud del Paese, ciò che in genere mira a sottolineare le differenze, talora molto pronunciate in termini sia di efficienza sia di qualità dei servizi erogati tra diverse aree del territorio. Al contrario, in questa sede si sono selezionati tre sistemi sanitari – caratterizzati da diverse modalità di organizzazione - la cui percezione è normalmente associata a pratiche di buona gestione e di disegno di alto livello qualitativo delle politiche pubbliche in campo sanitario.

Il sistema sanitario della Lombardia, per esempio, ha effettuato scelte organizzative che lo hanno reso chiaramente differente da quello delle altre regioni italiane. Il modello è sempre stato 'aperto', in quanto la Lombardia cerca da sempre di soddisfare l'alta domanda assistenziale regionale, spesso non basandosi sul fondo sanitario nazionale. Per questa ragione, l'organizzazione della sanità lombarda è definita 'sussidiaria', poiché si basa sul principio che lo Stato non interviene direttamente sui

bisogni della collettività, ma solo se la Regione necessita di particolari tipologie di aiuti per rispondere adeguatamente a eventuali criticità.

Infatti, tali criticità sono emerse di fronte alle difficoltà dovute al Covid-19, in quanto il paziente 0 è stato rintracciato a Codogno, provincia di Lodi, e da lì la Lombardia è diventata la regione più duramente investita dalla pandemia. Con oltre 100.000 casi registrati solo a ottobre 2020, difatti, il sistema pubblico è stato in prima linea contro la lotta alla malattia, in quanto le strutture privatiste sono nate per perseguire altri fini.

Il modello sanitario dell'Emilia-Romagna si basa su due principi fondamentali: la centralità del cittadino e la tutela della salute come diritto della persona e interesse della collettività, anche sulla base dell'art.32 della Costituzione¹⁷⁸ e degli articoli 1 e 2 della Legge n.833 del 1978¹⁷⁹ e dell'art.1 del D.Lgs n. 502 del 1992¹⁸⁰. Questa regione – come si vedrà nel successivo capitolo – è valutata da taluno considerabile come quella capace di assicurare i migliori e diffusi servizi sanitari in tutta la penisola.

Il sistema sanitario del Veneto – così come le altre Regioni – si fonda sull'universalità e sull'equità e assicura i LEA in modo uniforme su tutto il territorio regionale secondo il principio dell'appropriatezza. La domanda dei servizi sanitari all'interno della regione è cresciuta molto negli ultimi anni, di conseguenza si è reso necessario aumentare il livello di appropriatezza e per questa ragione, sono stati necessari nuovi e più efficaci interventi sia da punto di vista organizzativo, sia per ciò che riguarda la disponibilità di strumentazioni e di operatori dediti alla cura dei pazienti.

Nel terzo capitolo del lavoro si mettono a confronto i tre sistemi sanitari analizzati, evidenziandone pregi e criticità per ognuno di essi. Il parere qui espresso, pur con tutte le cautele, è che il sistema con maggiori caratteristiche positive sia quello dell'Emilia-Romagna. La struttura a 'network' del sistema consente una cura costante nei confronti di pazienti seguiti in maniera scrupolosa in qualsiasi delle prestazioni ad essi indirizzate.

¹⁷⁸ Cfr. Disponibile al seguente link www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32 in rete il 27-05-2023.

¹⁷⁹ Cfr. Disponibile al seguente link www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg in rete il 27-05-2023.

¹⁸⁰ Cfr. Disponibile al seguente link www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg in rete il 27-05-2023.

Oltre a ciò, i LEA vengono equamente garantiti ai cittadini, a loro agio nell'individuazione dei servizi di cui necessitano, grazie a specifiche azioni messe in atto dalle strutture del governo sanitario della Regione.

La tesi si conclude prendendo in considerazione la spesa sanitaria delle regioni esaminate, operando al tempo stesso un raffronto tra le principali prestazioni., al fine di poter comparare dei dati rappresentativi dell'offerta sanitaria, che possano essere in grado di far riflettere i vari operatori di un sistema così complesso.

Auspicio del lavoro è la riflessione sulla questione che ogni Sistema sanitario ideale deve conciliare da un lato l'esigenza di erogazione di prestazioni di elevato livello qualitativo, che non siano eccessivamente costose e risultino fruibili da tutti i pazienti, dall'altro la capacità di mantenere, in favore del cittadino, una contribuzione proporzionale al proprio reddito. Partendo da queste considerazioni, molti autori sostengono che partendo da una valutazione che riguarda la qualità dei servizi e le relative modalità di finanziamento, si può dedurre persino il livello di civiltà di un Paese.

Il presente lavoro di tesi, quindi, è partito dal significato di tutela della salute, facendo riferimento alla Costituzione, per poi proseguire con l'analisi degli aspetti organizzativi che hanno portato allo sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale, arrivando ad analizzare alcuni Sistemi Sanitari Regionali. Si è voluto riflettere sulle effettive performance degli stessi e sui risultati raggiunti da ogni Regione in materia sanitaria e per il modello lombardo, si è fatto riferimento anche alla gestione della pandemia da Covid-19, in quanto oggetto di vari dibattiti, complice anche il fatto che la Lombardia sia stata la prima regione ad essere interessata dall'ondata del virus.

Entrando nel dettaglio, un aspetto trattato di particolare rilevanza riguarda i livelli essenziali di assistenza, i cosiddetti LEA: in base ad essi lo Stato, dovrebbe essere sempre in grado di assicurare al cittadino tali livelli minimi, in quanto diritto fondamentale per una collettività. Per tale ragione, è stato sottolineato il continuo monitoraggio dell'erogazione dei LEA come compito che spetta allo Stato, il quale monitora anche l'operato delle Regioni anno per anno, attraverso indici specifici. Questi ultimi, possono

anche aiutare a identificare alcuni criteri sulla base dei quali ragionare in termini di qualità della performance delle regioni qui esaminate. Seppure con tutte le cautele del caso, a parere di chi scrive l'Emilia-Romagna sembra garantire, più di altre, un'ampia e diffusa qualità dei servizi sanitari.

Come esaminato nel lavoro di tesi, nel corso del tempo sono state numerose le modifiche e le innovazioni in campo sanitario e se quest'aspetto da un lato può essere negativo, è altrettanto vero che ogni tentativo di riforma e riorganizzazione del sistema risulta necessario per continuare a garantire agli utenti un servizio sempre efficiente. Ciò è anche necessario, perché la sanità è un diritto fondamentale per la nostra Repubblica e la nostra Costituzione.

I modelli sanitari regionali presi in considerazione sono stati quello veneto, quello lombardo e quello emiliano – romagnolo. Nell'analisi svolta, è emerso che le scelte operate dalla Regione Lombardia sono state dettate principalmente dal fatto che si punti contemporaneamente all'efficienza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, da un lato, e alla concorrenza del mercato, dall'altro, garantendo in questo modo la piena libertà di scelta ai propri cittadini. Nonostante questo aspetto, il sistema sanitario della regione Lombardia, presenta punti di debolezza, apparsi soprattutto durante la gestione della pandemia da Covid-19. Il più lampante, affrontato in questo lavoro, ha riguardato la frammentarietà tra i diversi enti dell'organizzazione sanitaria, nello specifico tra la Regione, le Agenzie di controllo, le ASST e le ATS, che conducono a uno squilibrio tra sistema ospedaliero e territoriale e ad uno svantaggio nelle cure cosiddette "quotidiane" e/o della prevenzione. Infatti, essendo maggiormente predisposta ad un'offerta ospedaliera rispetto a quella distrettuale, tale organizzazione ha riscontrato maggiori difficoltà proprio nella dislocazione dei pazienti da ricoverare in terapia intensiva nel territorio.

Un'altra criticità osservata, sempre con riferimento alla Lombardia, interessa l'assistenza domiciliare, prima del 2015 gestita unicamente dalle ASST. Dopo tale anno, a seguito della Legge regionale n.23/2015 inerente all'applicazione di riforme sul modello sanitario vigente, sono state istituite le ATS, che hanno reso più complesso e faticoso il mettere in atto programmi di controllo. Infatti, la governance sanitaria lombarda è

diventata più articolata, portando anche a una sovrapposizione di ruoli decisionali, che non hanno influito positivamente sulla conduzione dell'intera macchina organizzativa. Prima di tutto, abbiamo osservato la separazione delle funzioni programmatiche da quelle gestionali, svolte inizialmente solo dalle ASL, passando così in mano alle ATS e affidate alle ASST, creando una eterogeneità maggiore che può indurre a una competizione tra gli enti, risultando poco efficiente.

Dallo studio effettuato si è potuto evincere anche che le Regioni Emilia-Romagna e Veneto, poste a confronto con il modello lombardo, hanno prediletto durante il loro sviluppo un'assistenza sanitaria prevalentemente a programmazione pubblica e non privata, investendo notevolmente sull'assistenza territoriale. Questo aspetto è ulteriormente stato sottolineato, illustrando la creazione delle Aree Vaste del modello dell'Emilia – Romagna, che hanno permesso di calcare maggiormente l'attenzione alla riduzione degli enti privati accreditati, rendendo la Regione più efficiente. Infatti, tramite questo nuovo modello di governance, ha consolidato da molti anni sistemi strutturati di pianificazione e programmazione delle proprie attività, oltre che di controllo e di rendicontazione dei risultati, agevolando il flusso informativo, con lo scopo di perseguire l'ottimizzazione della qualità e dell'efficienza, anche a causa di un bacino di utenza importante. A tal proposito, come richiamato nel capitolo di riferimento, le Aree vaste in cui è suddivisa l'Emilia-Romagna sono tre: Area vasta Emilia nord, Area vasta acquisti centro Emilia, Area vasta Romagna.

Anche per la Regione Veneto si può delineare un profilo di governance efficiente, proprio per la compattezza del modello e fondamentalmente esso si basa su quattro principi fondamentali:

- l'universalità, ovvero il fatto che si rivolge a tutta la popolazione di riferimento, garantendo un carattere prevalentemente pubblico piuttosto che privato come per la Regione Lombardia;
- l'equità, ovvero la possibilità di raggiungere tutti i cittadini, cercando di eliminare al massimo le disuguaglianze;
- l'umanizzazione dell'assistenza socio – sanitaria, ovvero cercare di seguire il paziente durante tutto il suo ciclo di cure;
- l'integrazione socio – sanitaria, poiché la Regione Veneto, come si evince dall'analisi svolta, ha dato una notevole rilevanza all'aspetto della prevenzione.

In questo modo, la Regione intende valorizzare una visione che ha come obiettivo chiave la coesione sociale e la responsabilizzazione del cittadino, proprio mediante l'attività di prevenzione a cui ha dato maggior rilievo nel suo piano sanitario. In quest'ottica il sistema di welfare vede una forte presenza delle istituzioni pubbliche, affiancate dai titolari e responsabili delle funzioni socio-sanitarie, cercando di incentrare il disegno delle politiche sanitarie sull'ascolto di tutti gli attori della società civile, a cominciare dalle famiglie, alle organizzazioni sindacali, fino ad arrivare al terzo settore. Motivo per cui, il Piano Socio Sanitario della Regione Veneto si può anche definire, a conclusione del lavoro svolto, un Patto con la Comunità locale, proprio per l'integrazione istituzionale con tutti i soggetti coinvolti, rispondendo attraverso relazioni, in maniera ancora più efficace ed efficiente ai bisogni dei cittadini. Perciò, in definitiva, le caratteristiche del Sistema Socio Sanitario veneto illustrate nella tesi, oltre ad essere funzionale, attestano come l'approccio utilizzato per cogliere nuove opportunità dalle sfide attuali, non può che poggiare su solide e rigogliose radici, anche a fronte degli investimenti che il Veneto ha sostenuto.

Dopo aver concluso la ricerca, si può affermare che per quanto riguarda il riparto delle competenze tra lo Stato e le Regioni, appare comunque evidente – nonostante la buona qualità del prodotto sanitario nelle tre regioni qui poste sotto esame – la necessità di una più efficace azione di coordinamento a livello centrale, più forte e mirata di quella attualmente prevista e attuata con la riforma del Titolo V, tale a garantire un'erogazione dei LEA omogenea su tutto il territorio nazionale. Ciò aiuterebbe non poco a chiudere, almeno parzialmente, le rilevanti differenze regionali e infra-regionali attualmente esistenti.