

Organizzazione e diritto alla salute, alla prova della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione dei servizi sanitari

di Caterina Ventimiglia

Sommario: 1. Introduzione sul diritto alla salute e sull'organizzazione sanitaria, tra uniformità delle prestazioni e fenomeni di differenziazione regionale. – 2. L'obiettivo dell'uniformità territoriale alla prova di alcune evidenze empiriche. – 3. L'uniformità territoriale a confronto con la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del servizio sanitario. – 3.1 Il sistema amministrativo di *governance multilevel* dei LEA. – 3.2 Regole di finanziamento e uniformità territoriale. Fabbisogni e costi standard in sanità: la stagione attuativa inaugurata dal d. lgs. n. 68/2011. – 3.3. Differenze territoriali e disuguaglianze di salute. Conclusioni.

1. Introduzione sul diritto alla salute e sull'organizzazione sanitaria, tra uniformità delle prestazioni e fenomeni di differenziazione regionale.

A far data dall'inserimento dei diritti sociali, e, tra questi, del diritto alla salute, nelle Costituzioni europee del Novecento, gli studi dedicati alla natura giuridica della pretesa che in essi si esprime hanno caratterizzato uno spazio di ricerca multidisciplinare, nel quale è stato affrontato il tema del fondamento e della natura giuridica di tali diritti ed il profilo della loro effettività¹.

Si tratta di un dibattito ancora vivo ed inesauribile, che prende a sua volta contenuto anche dagli schemi e modelli giuridici che cercano di interpretare l'attuale crisi dei sistemi nazionali di Welfare, alla luce dell'asse tematico dei diritti sociali che si è ormai definitivamente spostato sul tema (emergenziale) della loro dequotazione empirica, che viene prevalentemente indagata in rapporto al bilanciamento con altri diritti ed alle questioni complesse sottese alle sostenibilità finanziarie.

Più di recente, infatti, assume rilievo la questione della composizione della relazione giuridica tra due elementi eterogenei, ossia tra le risorse economiche disponibili per il finanziamento della spesa sociale e l'effettività di tali diritti, in termini di condizionamento ammissibile delle prime sui secondi, che risulterebbero quali "diritti finanziariamente condizionati" al cospetto dei contenuti possibili dell'organizzazione pubblica dei servizi e delle prestazioni², nei limiti

¹ Nel vastissimo dibattito in ordine alla definizione della natura giuridica ed al contenuto d'esercizio dei diritti sociali in relazione all'organizzazione ed al finanziamento delle relative prestazioni pubbliche, anche nella lettura del rapporto di connessione tra dimensione nazionale ed europea dei diritti sociali, sia consentito il rinvio, anche per i riferimenti bibliografici, ai più recenti contributi in P. BILANCIA, *La dimensione europea dei diritti sociali*, in P. BILANCIA, a cura di, *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, numero speciale in *Federalismi.it*, 4/2018, 3 ss.; AA. VV., *Giuristi e Stato sociale*, in *Quaderni fiorentini della storia del pensiero giuridico moderno*, Milano, Giuffrè, 2017; S. CIVITARESE MATTEUCCI, S. HALLIDAY, a cura di, *Social rights in Europe in an age of austerity*, Abingdon on Thames, Routledge, che approfondisce cinque dimensioni nazionali (Regno Unito, Francia, Germania, Italia e Spagna); inoltre, A. PIOGGIA, A. BARTOLINI, a cura di, *Le cittadinanze amministrative*, Firenze, 2016; S. GAMBINO, a cura di, *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive*, 2015, Torino; G. CORSO, *La protezione costituzionale dei diritti sociali*, in *Convenzioni sui diritti umani e corti nazionali*, a cura di, A. DE BIASE, Roma, 2014, 275 ss.; S. GIUBBONI, *Diritti e solidarietà in Europa. I modelli sociali nazionali nello spazio giuridico europeo*, 2012, Bologna.

² In termini generali, sull'influenza delle dinamiche organizzative e finanziarie nelle politiche di garanzia dei diritti sociali e sulla ricostruzione delle matrici dell'antica e perdurante crisi dei modelli di welfare connotati da frammentarietà e incompletezza della disciplina degli interventi e delle tutele, v. i contributi sempre attuali di M. S. GIANNINI, *Stato sociale una nozione inutile*, in *Il Politico*, 1977, 205 ss.; G. CORSO, *I diritti sociali nella*

segnati dalla stagione, ormai strutturale e globale, di crisi fiscale ed economico-finanziaria dell'Unione europea, degli Stati e delle pubbliche amministrazioni³.

Come noto, nella letteratura giuridica, accanto a diritti immediatamente azionabili (al pari delle libertà fondamentali) ossia i diritti sociali che si esprimono, appunto, mediante una *facultas agendi* del titolare, hanno assunto rilievo ed una distinta connotazione quei diritti che presuppongono – per il loro concreto esercizio – un intervento normativo del legislatore e, mentre alcuni di questi necessitano di un intervento legislativo solo per la definizione e la selezione del soggetto titolare, altri richiedono la definizione anche dell'oggetto stesso del diritto, ossia del contenuto della prestazione organizzata e dovuta dalle amministrazioni, che rende effettivo, concreto il diritto nell'atto d'esercizio correlato al bisogno sociale ed al bene della vita protetto⁴.

In particolar modo, questa è la struttura del diritto alla salute⁵, che s'impenna sulla garanzia costituzionale sancita nell'art. 32 Cost. e sui compiti di benessere e progresso sociale

Costituzione italiana, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1981, 757 ss.; S. CASSESE, *L'incompletezza del Welfare State in Italia*, in *Pol. Dir.*, 253 ss.; F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990, 28 ss.; Id., *La crisi e il diritto amministrativo*, in *Dir. economia*, 2012, 483 ss.; G. PASTORI, *Diritti e servizi oltre la crisi dello Stato sociale*, in *Scritti in onore di V. Ottaviano*, II, Milano, 1983, 1081 ss.; E. BOSCOLO, M. CAFAGNO, *Lo "Stato dispensatore": le prestazioni di servizio pubblico tra universalismo e selettività*, in *Diritto amministrativo e Corte costituzionale*, G. DELLA CANANEA, M. DUGATO, a cura di, Napoli, 2006, 85 ss.; R. PEREZ, *Fiscal compact e tutela dei diritti sociali*, in *Riv. giur. Mezzogiorno*, 2013, 107 ss.; F. BILANCIA, *Crisi economica e asimmetrie territoriali nella garanzia dei diritti sociali tra mercato unico e unione monetaria*, in *www.rivistaaic.it*, n. 2/2014; ID., *Crisi economica, decisioni finanziarie, ed istituzioni democratiche nazionali. Considerazioni di sintesi*, in *www.federalismi.it*, n. 26/2016; G. M. CARUSO, *Diritti sociali, risorse e istituzioni: automatismi economici e determinismo politico di un sistema complesso*, in *www.federalismi.it*, n.4/2016; L. MERCATI, *Fiscal compact: doveri dello Stato e diritti di cittadinanza al tempo dell'equilibrio di bilancio*, in *Le cittadinanze amministrative*, A. BARTOLINI, A. PIOGGIA, a cura di, cit., 375 ss.; P. CARETTI, G. TARLI, *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, Torino, 2017.

³ Per un approfondimento della dimensione europea della crisi economica e del suo impatto anche sui diritti sociali, anche nella prospettiva che considera tali diritti uno dei più rilevanti percorsi inattuati per l'integrazione europea, v. i contributi in P. BILANCIA, a cura di, *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, numero speciale in *www.federalismi.it*, 4/2018; L. TORCHIA, a cura di, *L'Unione europea in crisi, Quaderni della Riv. trim. dir. pubbl.*, 2017, Milano ed, in particolare, la riflessione di M. D'ALBERTI, *L'Unione europea e i diritti*, 145 ss.; S. GIUBBONI, *Stato sociale ed integrazione europea. Una rivisitazione teorica*, in AA. VV., *Giuristi e Stato sociale*, cit., 553 ss.; A. POGGI, *Crisi economica e crisi dei diritti sociali nell'Unione europea*, in *www.federalismi.it*, n.1/2017; A. MORRONE, *Crisi economica e diritti. Appunti per lo Stato costituzionale in Europa*, in *Quad. cost.*, 2014, 84 ss. Sul recente rilancio della politica sociale dell'Unione europea e sul ruolo degli Stati membri, a seguito dell'approvazione dell'European Pillar of social rights, v. J. LUTHER, *Il futuro dei diritti sociali dopo il social summit di Goteborg: rafforzamento o impoverimento?*, in *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, cit., 49 ss.; M. MATSAGANIS, *Il futuro dell'Europa sociale*, in *Il Mulino*, n.1/2018, 165 ss.; inoltre, sia consentito il rinvio a C. VENTIMIGLIA, *Diritti sociali, istituzioni, risorse e la sfida dell'effettività*, in corso di pubblicazione in *Ragion pratica*, 1, 2019.

⁴ Sulla tradizionale distinzione definitoria tra diritti fondamentali e diritti sociali, *ex multis*, v. G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, cit., 757 ss.; A. BALDASSARE, voce *Diritti sociali*, in *Enc. giur.*, Treccani, XI, 1989, Roma; A. GIORGIS, voce *Diritti sociali*, in *Dizionario di Diritto pubblico*, diretto da S. CASSESE, III, Milano, 1903 ss.; M. BENVENUTI, voce *Diritti sociali*, in *Dig. disc. pubbl.*, Aggiornamento, V, 2012, 219.

⁵ Nella sterminata letteratura sul diritto alla salute, anche per i riferimenti bibliografici, v. C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, ora in *Raccolta di scritti*, III, Milano, 1972, 433 ss.; D. VINCENZI AMATO, Art. 32, 2° comma, in *Comm. Cost. Branca*, Roma-Bologna, 1976, 167 ss.; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1984, 31 ss.; R. ROMBOLI, Art. 5, in *Comm. Scialoja-Branca*, Roma-Bologna, 1988, 225 ss.; M. LUCIANI, *Diritto alla salute (dir. cost.)*, in *Enc. giur.*, XXVII, Roma, 1991, 2 ss.; R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, 1997, 513 ss.; ID., *L'ordinamento della Sanità*, Torino, 2007; ID., a cura di, *Salute e Sanità*, Milano, 2010; M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Milano, 1998; N. AICARDI, *La sanità*, in S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo. Diritto amministrativo speciale*, I, a cura di S. CASSESE, Milano, 2003, 625 ss.

In particolare, sull'evoluzione - in direzione aziendalistica - dell'organizzazione del servizio sanitario e sull'avvento della clausola costituzionale dei livelli essenziali, v. V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in

dello Stato⁶, indirizzati alla protezione della salute quale diritto fondamentale ed interesse della collettività⁷ e, dunque, sulla discendente responsabilità pubblica relativa all'individuazione del nucleo fondamentale del diritto alla salute in termini di prestazioni sanitarie disciplinate, organizzate e finanziate.

www.federalismi.it, n. 7/2018; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, ivi, *Osservatorio di diritto sanitario*, 2017; C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2016, 718 ss.; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. BALDUZZI, G. CARPANI, Bologna, 2013, 32 ss.; C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI, a cura di, *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, 2013; E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M. C. GRISOLIA, a cura di, *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011 ed, in particolare, i contributi di C. MARZUOLI, *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, 1 ss.; di M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e regioni*, 9 ss.; di F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, 35 ss.; di A. PIOGGIA, *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione privata delle Aziende sanitarie*, 57 ss.; di B. CARAVITA DI TORITTO, *Salute e federalismo fiscale*, 75 ss.; inoltre, G. PASTORI, *Diritti della persona e interesse della collettività nel servizio sanitario nazionale*, in *Id.*, *Scritti scelti*, I, 2010, 228 ss.; *Id.*, *Autonomia e responsabilità nel sistema sanitario*, ivi, II, 2010, 718 ss.; inoltre, A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, a cura di, *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, 2008; B. PEZZINI, *Diritto alla salute e all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche di differenziazione*, in *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, a cura di R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, Milano, 2002, 105 ss.

⁶ Sui compiti di benessere e di progresso sociale dello Stato, sia consentito richiamare la lucida e sempre attuale riflessione di G. D. ROMAGNOSI, *Principi fondamentali di diritto amministrativo*, Parma, 1814, richiamata anche da A. CROSETTI, *Il Servizio sanitario. Profili organizzativi*, cit., 153, secondo il quale «Lo Stato dev'essere una grande educazione e una grande tutela, esso deve comprendere tra i suoi uffici più importanti la difesa della "sanità pubblica" estendendo la sua azione ai metodi preventivi atti ad allontanare i morbi, onde la società e gli individui sono sì frequentemente travagliati, e tendere al perfezionamento fisico, morale e intellettuale degli individui stessi, così da renderli più vigorosi, più resistenti e moralmente migliori, allontanandoli da quei veleni sociali, che finirebbero per compromettere la loro fibra e anche la loro esistenza. Di qui, scaturisce l'esigenza che, per l'esercizio della tutela sanitaria delle popolazioni, lo Stato deve, con la sua attività, permeare tutta intera la vita sociale e, quante volte il bene generale sia per essere contrastato da interessi egoistici, sta alla volontà sociale di imporsi. E' precisamente la legislazione sanitaria che appresta, in diritto, i mezzi per tale importante e benefica azione.»

Sui primi svolgimenti della legislazione sanitaria, v. i contributi di F. CAMMEO, *Principi generali, fonti ed organi dell'amministrazione sanitaria*, in *Sanità pubblica*, in *Trattato di diritto amministrativo*, diretto da V. E. ORLANDO, Milano, 1905; F. CAMMEO, C. VITTA, *I singoli obiettivi dell'amministrazione sanitaria*, in *Sanità pubblica*, cit., IV, 213 ss.; S. GIANZIANA, *La legge sulla sanità pubblica*, Torino, 1881; A. PETRAGNANI, *La legislazione sanitaria e l'amministrazione sanitaria viste dal punto di vista storico*, in *Nuova Rass.*, 1953, 1517 ss.; L. GIANNICO, *Amministrazione sanitaria: storia*, in *Dizionario di diritto sanitario*, a cura di M. S. GIANNINI, G. DE CESARE, Milano, 1984, 73 ss.

In generale, anche per gli ampi riferimenti bibliografici, v. l'approfondimento dell'evoluzione storica della disciplina dell'organizzazione sanitaria e delle prestazioni garantite in A. CROSETTI, *Il servizio sanitario. Profili organizzativi*, in *Salute e sanità*, cit., 153 ss. Recentemente, il contributo di V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, cit., 2 ss.

⁷ Sul valore della tutela della salute quale interesse individuale e, al contempo, interesse della collettività, ossia sulla salute considerata anche quale bene sociale, sempre attuale la riflessione di G. ZANOBINI, *Corso di diritto amministrativo*, Milano, I, 1958, 152 ss., laddove evidenzia che «Nessun bene della vita presenta così chiaramente uniti l'interesse individuale e l'interesse sociale, come quello della salute, cioè del benessere fisico che proviene all'uomo dalla perfetta armonia di tutti gli elementi che costituiscono il suo organismo e dal perfetto loro funzionamento. Per l'individuo la salute è il presupposto e la condizione indispensabile di ogni attività economica o speculativa, di ogni godimento materiale o intellettuale. Lo stato di malattia non solo costituisce la negazione di tutti questi beni, ma rappresenta anche un pericolo, più o meno prossimo, per l'esistenza stessa dell'individuo e, nei casi più gravi, la causa determinante della morte. Per il corpo sociale, la salute dei propri componenti è la condizione indispensabile della sua conservazione, della sua difesa interna ed esterna, del benessere generale, di ogni progresso materiale, morale e politico. Le persone affette da malattia rappresentano un onere e un pericolo continuo per la società: un onere, in quanto non recano ad essa nessun contributo di lavoro ed esigono cure ed assistenza che impegnano mezzi economici ed attività di altre persone; un pericolo per la possibilità della comunicazione del morbo ad altri soggetti e, in alcuni casi, al suo rapido propagarsi in forma epidemica.»

Nella ricostruzione relativa all'evoluzione amministrativa del modello organizzativo costruito sul doppio binario del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali, i livelli regionali di governo si rivelano fondamentali nella legislazione sanitaria antecedente alla formula costituzionale introduttiva della competenza legislativa statale relativa alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali (art. 117, comma 2, lett. m) Cost.) e della competenza concorrente tra Stato e Regioni nella materia della tutela della salute (art. 117, comma 3 Cost.)⁸.

Infatti, uno dei profili più qualificanti della riforma sanitaria introdotta a far data dal d. lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 - anche nel successivo intervento correttivo di cui al d. lgs. 19 giugno 1999 n. 229 ed attuata anche dal d. lgs. 31 marzo 1998 n. 112 - è identificato nella scelta «di dislocare in modo massiccio ogni più rilevante competenza, di gestione e di amministrazione attiva, nell'area delle attribuzioni regionali, con il contestuale sacrificio del ruolo giocato dai comuni che la legge 23 dicembre 1978 n. 833 (istitutiva del S.S.N.) aveva invece posizionato al centro del sistema»⁹.

Fin dall'origine, appare evidente che il riordino del Servizio Sanitario Nazionale è indirizzato a perseguire, da un lato, già il controllo ed il contenimento della spesa sanitaria e la migliore efficienza del servizio ma, dall'altro, anche l'equità distributiva, attribuendo alle regioni e alle province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato, in questa materia, la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote capitarie di finanziamento, «secondo misure tese al riequilibrio territoriale e strutturale, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»¹⁰

⁸ Sull'ampio e mai esaurito dibattito sui livelli essenziali di assistenza nella materia della sanità alla luce dell'evoluzione normativa e della giurisprudenza successive alla modifica costituzionale del 2001, anche per i puntuali riferimenti bibliografici, v. V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni in sanità*, in *Salute e sanità*, cit., 445 ss.; più recentemente, V. Antonelli, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, cit., 2 ss., nella cui riflessione, in particolare, l'uniformità non è riconosciuta quale predicato dei livelli di assistenza ma un obiettivo della costruzione dell'organizzazione del SSN (l. n. 833/1978) e l'omessa menzione in Costituzione induce l'A. a ritenere che l'uniformità delle prestazioni non rappresenti una necessità costituzionale, mentre il predicato dell'essenzialità connota i livelli di assistenza a far data dall'art. 59, comma 50 della l. 27 dicembre 1997, n. 449, dal primo Piano sanitario nazionale 1998-2000, dal d. lgs. n. 229/1999, fino all'art. 1 del d. lgs. n. 502/1992, ed alla successiva definizione dei LEA con d. p. c. m. 29 novembre 2001, con d. p. c. m. 5 marzo 2007 e, recentemente, con d. p. c. m. 12 gennaio 2017.

⁹ Cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 131. Più recentemente, F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., 35 ss.

Il riferimento è alla disciplina di cui all'art. 1, comma 13, e all'art. 2, commi 1 e 2 del d. lgs. n. 502/1992 s. m. i.: «Le Regioni adottano il Piano sanitario regionale, definito quale piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi in modo da soddisfare le esigenze specifiche della popolazione di riferimento nel quadro degli obiettivi di salute del PSN» (art. 1, comma 13); «Spettano alle regioni ed alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle USL e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione, supporto nei confronti di tali enti anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie» (art. 2, commi 1 e 2).»

E' noto che, a Costituzione invariata, la riforma Bassanini ha attuato il conferimento in senso tecnico delle funzioni amministrative alle regioni ai sensi dell'art. 114 del d. lgs. n. 112/1998: «Sono conferite alle regioni (...) tutte le funzioni e i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli mantenuti alla Stato.»

¹⁰ Cfr. art. 1, comma 1, lett. c), della legge del 23 ottobre 1992, n. 421 (Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale).

In particolare, attraverso distinte tappe normative - dalla richiamata stagione normativa segnata dal d. lgs. n. 502/1992, nel testo modificato prima dal d. lgs. n. 517/1993 e successivamente, dal d. lgs. n. 229/1999, fino al più recente d. legge n. 158/2012, conv. in l. 189/2012, modificato dalla legge n. 24/2017 - si consolida una peculiare disciplina dell'organizzazione e del finanziamento del servizio sanitario, in ordine alla quale è possibile rilevare due fondamentali tratti distintivi.

Innanzitutto, viene in rilievo l'identificazione del Servizio Sanitario Nazionale quale sistema unitario, ma, al contempo, composito, ossia articolato sul modello distintivo dei servizi sanitari regionali¹¹.

Inoltre, sempre sul piano dell'organizzazione, è stabilita quella vincolante e imperitura correlazione tra la determinante finanziaria (ossia il complesso processo di distribuzione/riparto del finanziamento del servizio sanitario tra Stato e Regioni) ed i livelli essenziali delle prestazioni pubbliche individuate per l'attuazione del diritto alla salute.

Infatti, nella materia sanitaria, storicamente, tra i principi generali, si distingue quello in base al quale l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza deve essere effettuata "contestualmente" all'individuazione delle risorse finanziarie, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite nella programmazione economico-finanziaria del sistema di finanza pubblica.¹²

In tale cornice, è noto che s'innesta la disciplina che introduce l'aziendalizzazione e l'autonomia imprenditoriale nella sanità¹³.

E' modificata radicalmente la natura giuridica delle USL¹⁴, mediante la loro trasformazione in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale

¹¹ Cfr. art. 1, comma 1, del d. lgs. n. 502/1992: «La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività e' garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale.»

¹² Cfr. art. 1, comma 1, del d. lgs. n. 502/1992 : «L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, e' effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.» In tema, v. l'analisi dei modelli organizzativi sanitari considerati alla luce dei sistemi di finanziamento in A. PETRETTO, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., 83 ss.; inoltre, il volume monografico di M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, cit., soprattutto 185 ss.; recentemente, T. FRITTELLI, *Spunti di riflessione sul sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, cit., 10 ss.

¹³ Sui distinti profili del processo di aziendalizzazione, tra i contributi più recenti, anche per i riferimenti bibliografici, v. A. PIOGGIA, *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione privata delle aziende sanitarie*, in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., 57 ss.; ID., *Razionalizzazione organizzativa in sanità: quali modelli*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI, *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, 2013, 70 ss.; C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria*, cit., 72 ss.; V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, cit., 2 ss.

¹⁴ Sul punto, nel vasto dibattito in dottrina, A. CROSETTI, *Il servizio sanitario. Profili organizzativi*, cit., 170, evidenzia l'inadeguatezza dell'impianto originario della riforma istitutiva del SSN, da ricondurre alle USL: «proprio per l'ambiguità e debolezza della struttura nonché per le difficoltà del controllo gestionale e finanziario, hanno determinato le condizioni di una diffusa inefficienza e soprattutto una lievitazione insostenibile dei costi del sistema». In particolare, l'A. richiama i rimedi frammentari e contingenti (decretazione d'urgenza e leggi finanziarie) rivolti principalmente al controllo e alla riduzione della spesa sanitaria, evidenziando la stagione normativa ricompresa tra il 1986 ed il 1994 (l. 15 gennaio 1986, n. 4, l. 4 aprile 1991 n. 111, il d. lgs. n. 502 del 1992, il d. lgs. 7 dicembre 1993 n. 517, l. 24 dicembre 1994 n. 724 (legge finanziaria per il 1995) che segna anche

(amministrativa, organizzativa, patrimoniale, gestionale, tecnica), affidate alla responsabilità di risultato della nuova figura del direttore generale¹⁵.

L'atto aziendale di diritto privato¹⁶, di competenza del Direttore generale, è identificato quale statuto fondativo del potere di autorganizzazione e strumento essenziale posto al servizio della *governance* organizzativa e gestionale indirizzata all'efficienza e al miglioramento continuo dei servizi.

La stagione pattizia tra Stato e regioni interviene sulle modalità ed i criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale relativo al finanziamento dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, e sul rapporto tra programmazione sanitaria nazionale e regionale, ampliando le funzioni regionali relative al SSR.¹⁷

In questo tempo, che registra il richiamo costante ed urgente all'efficienza della Pubblica Amministrazione¹⁸, non è possibile sottrarre la materia sanitaria al confronto con tale principio-valore, che interseca in modo diretto sia la dimensione assai complessa e variegata dell'organizzazione del servizio sanitario che il sistema del suo finanziamento, segnando per questa via alcuni (fondamentali) indici rivelatori della reale soglia di effettività del diritto alla salute.

Sono molteplici le ragioni d'interesse che evidenziano il fondamento e l'utilità di tale direttrice d'indagine.

Bisogna rammentare che, tra i fondamentali obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, l'art. 2, comma 2, lett. a) della l. 23 dicembre 1978 n. 833 aveva sancito - inserendolo in apertura dell'elencazione - quello di superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese¹⁹, in ossequio all'impegno della Repubblica di realizzare la promozione, il

la prima attuazione di una sosta di regionalizzazione mediante la sottrazione ai comuni e l'affidamento alle regioni del potere di vigilanza sulle USL, alla quale segue il trasferimento alle regioni di tutte le funzioni e compiti amministrativi in tema di salute e di sanità veterinaria di cui all'art. 114 del d. lgs. 31 marzo 1998 n. 112.

¹⁵ Per un approfondimento, v. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 176 ss.; F. LUNARDON, *La dirigenza sanitaria*, in *Salute e sanità*, cit., 325 ss.; A. PIOGGIA, *La gestione della sanità tra pubblico e privato*, cit., 59 ss.; Id., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2018, 112 ss.

¹⁶ Sull'atto aziendale, v. A. PIOGGIA, *Il ruolo del top management e della dirigenza di linee in sanità: modelli di distribuzione del potere decisionale negli atti aziendali*, in A. PIOGGIA, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, cit., 71 ss.; L. VIAPPANI, *L'aziendalizzazione sanitaria e il ruolo dell'atto aziendale*, in *Sanità pubblica e privata*, 2008, 52 ss.; E. JORIO, *L'atto aziendale e i suoi contenuti*, ivi, 2006, 12 ss.; G. CILIONE, M. G. CAVALLARI, a cura di, *L'atto aziendale di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie*, Bologna, 2002.

¹⁷ Recentemente, sulla declinazione del principio di leale collaborazione e sulla complessità dei rapporti Stato-Regioni in ordine ai Lea ed al sistema di finanziamento, anche per i riferimenti bibliografici, si rinvia a M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, cit., 12 ss.; T. FRITTELLI, *Spunti di riflessione sul sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale*, cit. 4 ss.; B. CARAVITA DI TORITTO, *Salute e Federalismo fiscale*, cit., 75 ss.; F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle regioni*, cit., 35 ss.; M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., 9 ss.; inoltre, v. M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del Servizio sanitario in Italia*, Rimini, 2012.

¹⁸ Sul tema dell'efficienza, per l'approfondimento dei profili evolutivi del dibattito, v. R. URSI, *Le stagioni dell'efficienza. I paradigmi giuridici della buona amministrazione*, Rimini, 2016.

¹⁹ Cfr. art. 2, comma 2, legge n. 833/1978: «Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue: a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese; b) 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 ed i servizi necessari; c) 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 ed infantile; d) 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; e) la tutela sanitaria delle attività sportive; f) la tutela della

mantenimento ed il recupero della salute della popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità in grado di assicurare l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio e, come noto, tale obiettivo non è mai stato recessivo nella legislazione sanitaria successiva, anzi traendo nuova linfa dalla formula costituzionale dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale di cui all'art. 117, comma 2, lett. m) Cost., anche nell'interpretazione offerta dai giudici costituzionali²⁰.

Sul versante delle pubbliche amministrazioni, alla luce della stretta interdipendenza tra l'effettiva della prestazione ed il contesto amministrativo di riferimento, il profilo della doverosità dei livelli essenziali delle prestazioni, interpretati come doveri di servizio, esprime il dovere di predisposizione di tutte le condizioni di contesto (organizzative, finanziarie e di controllo) che rendano possibile l'esigibilità del diritto, su "tutto il territorio nazionale", clausola costituzionale che assegna al legislatore ed anche alle pubbliche amministrazioni l'obiettivo significativo dell'eguaglianza interterritoriale.²¹

La questione che si pone è di immediata percezione per il giurista e per l'uomo comune: se il diritto alla salute può essere definito il più importante tra i diritti sociali poiché la salute consiste nella precondizione dell'esistenza e dell'agire dell'uomo nell'ordinamento e nella società²², allo stesso tempo, può considerarsi il più fragile, in considerazione non soltanto delle dirette violazioni che possono scaturire dall'inefficienza delle prestazioni pubbliche che dovrebbero garantirlo, ma, altresì, delle disuguaglianze che si manifestano nelle differenze e negli squilibri territoriali che segnano i distinti profili dell'organizzazione e del finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali.

salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione; g) 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 ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici.»

²⁰ Limitatamente al diritto alla salute, è noto che il c.d. nucleo minimo dei diritti fondamentali elaborato dalla giurisprudenza della Corte è stato individuato, caso per caso, definendo a concorrere i limiti d'intangibilità, il nocciolo duro, l'imposizione di un confine impenetrabile alla discrezionalità legislativa, seppure mossa dalle esigenze di equilibrio della finanza pubblica a far data dalla nota sentenza n. 304 del 15 luglio 1994. Nella stagione successiva, in ordine all'evoluzione della tecnica argomentativa del bilanciamento degli interessi per delimitare gli spazi del costituzionalmente dovuto, riguardo al rapporto tra risorse finanziarie e diritto alla salute, il tema delle risorse finanziarie non è più esterno al bilanciamento degli interessi costituzionali, ma inaugura la stagione interpretativa del bilanciamento asimmetrico tra diritti ed esigenze finanziarie e/o risorse disponibili, ossia tra beni non di egual grado e natura (8 marzo 2005 n. 111, 13 giugno 2008 n. 203). Sul rilievo della recente sent. n. 275 del 16 dicembre 2016, al centro del dibattito per l'identificazione del contenuto dell'inviolabilità del diritto che si esprime anche attraverso prestazioni necessarie e funzionali a rendere effettive le situazioni di diritto sancite sul piano costituzionale (nel caso di specie, in ordine alla disciplina del servizio di trasporto scolastico e di assistenza come strumentali all'effettività del diritto all'istruzione dei disabili) e sulla portata estensiva della tecnica argomentativa della Corte, applicabile anche al diritto della salute, anche per gli ampi riferimenti bibliografici compresi al dibattito successivo alla costituzionalizzazione del pareggio di bilancio, *ex multis*, v. S. BARBARESCHI, *Tecniche argomentative della Corte costituzionale e tutela dei diritti sociali condizionati. Riflessioni a partire dal diritto alla salute*, www.federalismi.it, n.13/2018, 16 ss.; A. LONGO, *Una concezione del bilancio costituzionalmente orientata: prime riflessioni sulla sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, *ivi*, 2017, 10/2017, 2 ss. In generale, sull'evoluzione della giurisprudenza costituzionale, v. R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in *Salute e sanità*, cit., 3 ss.; M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in www.rivistaaic.it, 3/2016, 1 ss.; A. MORRONE, F. MINNI, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, *ivi*, 2013, 9 ss. Inoltre, v. *infra* nota 42.

²¹ In questa prospettiva, approfondisce la clausola costituzionale dei livelli essenziali ed uniformi, valorizzando la garanzia costituzionale dell'uguaglianza interterritoriale, C. TUBERTINI, cit., 76 ss.

²² Riprende questa definizione del diritto alla salute presente nel dibattito, nelle premesse del suo contributo L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, cit., 2.

In questi termini, l'indagine che si propone intende analizzare le criticità che assumono rilevanza nelle differenziazioni che attengono alla dimensione organizzativa del servizio e del suo finanziamento, nell'idea che è il profilo, assai complesso e variegato, dell'organizzazione²³, che incide in modo prevalente e sostanziale sul contenuto delle prestazioni che rendono effettivo il diritto alla salute.

2. L'obiettivo dell'uniformità territoriale alla prova di alcune evidenze empiriche.

A distanza di quarant'anni dall'Istituzione del SSN, la valutazione dei risultati o, meglio, il rilievo di alcune evidenze empiriche, sembra mostrare il parziale e inadeguato conseguimento dell'obiettivo dell'uniformità territoriale che, ponendo in discussione l'effettività del diritto alla salute, impegna l'interprete ad affrontare nuove analisi in ordine agli effetti distorsivi e/o mancati della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione in materia di sanità.

Innanzitutto, vengono in rilievo i dati e le informazioni riportati nel documento finale "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e risultati dell'anno 2016", pubblicato dal Ministero della Salute nel luglio 2018²⁴, che registra significative e costanti differenze regionali in ordine all'adempimento dei LEA anche nell'ultimo periodo di riferimento (2012-2016).²⁵

In secondo luogo, il fenomeno della differenziazione regionale emerge nell'ultimo rapporto della Ragioneria generale dello Stato ("Il Monitoraggio della spesa sanitaria 2017"): dal 2007, i risultati delle attività di monitoraggio degli andamenti della spesa sanitaria e delle

²³ Nella materia della sanità, valorizza e richiama la dimensione dell'organizzazione come "disciplina della sostanza delle prestazioni", anche riferendosi al pensiero di G. Berti, di G. Pastori, di M. Nigro, la riflessione di C. MARZUOLI, *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, cit., 2.

²⁴ Il documento è stato elaborato dalla Ufficio VI della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute. Come noto, in ordine al procedimento di verifica e "certificazione" dei LEA, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha affidato la Verifica degli Adempimenti, cui sono tenute le regioni, al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA) che congiuntamente al Tavolo di verifica degli adempimenti, consente alle regioni coinvolte (sono escluse: la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010) di accedere alla quota premiale del 3% (per le regioni adempienti nell'ultimo triennio la quota è pari al 2%) delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie.

La certificazione è effettuata dai componenti del Comitato LEA che stabiliscono, annualmente, gli adempimenti e i relativi criteri di valutazione.

Segnatamente, la certificazione dell'adempimento relativo all'area "mantenimento nell'erogazione dei LEA" avviene attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. Griglia LEA) che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza.

La selezione degli indicatori riflette la ripartizione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tra i livelli di assistenza e le maggiori indicazioni politico-programmatorie. La metodologia di valutazione complessiva comprende un sistema di pesi che attribuisce ad ogni indicatore un peso di riferimento, e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla regione nei confronti di standard nazionali.

²⁵ Cfr. § 3.2 Punteggi regionali Griglia Lea, Trend 2012-2016. In particolare, per l'anno 2016, sono inadempienti le regioni Calabria (punteggio 144; Criticità: screening, prevenzione veterinaria, assistenza residenziale agli anziani, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza malati terminali, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari e Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN) e Campania (punteggio 124; Criticità: screening, prevenzione veterinaria, assistenza ospedaliera (Tasso di accessi di tipo medico); in ordine al gruppo delle regioni adempienti si va dal punteggio massimo della regione Veneto (209), Toscana (208), Piemonte (207), Emilia Romagna (205) fino al punteggio minimo della regione Molise (164) e Regione siciliana (163). La puntuale analisi dei dati 2012/2016 mostra l'andamento dei differenziali regionali in ordine agli adempimenti Lea.

sue singole componenti evidenziano un consistente rallentamento delle dinamiche di crescita della spesa sanitaria, ma l'intensità con cui tale processo si è realizzato nei diversi contesti regionali risulta influenzato dalla notevole incidenza degli effetti economici e finanziari conseguenti alla lunga stagione attuativa dei piani di rientro nelle regioni in disavanzo, con ricadute dirette anche sotto il profilo della puntuale erogazione dei LEA, ed è questo il profilo che merita interesse.

In particolare, nell'analisi ministeriale, emerge che «l'attività di analisi e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria a livello regionale ha dimostrato che una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi di gestione, comporta molto spesso un peggioramento della qualità dei servizi assicurati ai cittadini. Ne è una conferma il fatto che, in tutte le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari, si è registrato, contestualmente alla riduzione del disavanzo, anche un miglioramento nell'erogazione dei LEA, seppure in misura non uniforme e con diversa velocità. Queste evidenze rafforzano l'esigenza di un monitoraggio costante dell'andamento della spesa sanitaria, nonché l'esigenza di individuare le pratiche migliori che emergono nei diversi modelli organizzativi presenti a livello regionale, favorendone la diffusione».²⁶

Dunque, l'effettività del diritto alla salute è direttamente influenzata dalla connessione strutturale tra l'organizzazione amministrativa e le risorse disponibili, mostrando significative evidenze anche nella lunga stagione attuativa dei piani di rientro nelle regioni in disavanzo rispetto alla gestione della spesa sanitaria²⁷, ma vi è di più.

Un ulteriore fattore di disomogeneità emerge dalla fenomenologia della fruizione di prestazioni di alta specializzazione - non erogate ovvero erogate con lunghe liste d'attesa nell'azienda o nella struttura sanitaria territorialmente prossima - che costituisce ancora una determinante dei flussi registrati di mobilità passiva, che continua a interessare in modo prevalente i pazienti delle regioni del Meridione²⁸.

E' d'interesse il confronto tra i dati regionali relativi agli indici di fuga, i quali forniscono un quadro sintomatico sia dell'efficacia e dell'efficienza di ciascun Servizio Sanitario Regionale

²⁶ Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Il Monitoraggio della spesa sanitaria 2017, Rapporto n. 4*, 8, consultabile in www.rgs.mef.gov.it.

²⁷ L'approfondimento dell'evoluzione normativa e l'aggiornamento ultimo della stagione pattizia dei piani regionali di rientro e gli esiti delle verifiche relative all'attuazione è contenuta anche nei gli ultimi due rapporti elaborati dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (*Il Monitoraggio della spesa sanitaria 2018, Rapporto n. 5, Capitolo 3* e *Il Monitoraggio della spesa sanitaria 2017, Rapporto n. 4, Capitolo 3*), cit., i cui contenuti rimandano all'analitica mappatura regionale elaborata nei dati riportati nelle schede Appendice A (Risultati di gestione 2016 e 2017 delle regioni non sottoposte ai piani di rientro), e Appendice B (Esiti delle verifiche dell'attuazione dei piani di rientro per il 2016 ed il 2017). In dottrina, tra i diversi contributi sul tema, v. l'approfondimento delle differenze dei sistemi sanitari regionali, interpretata alla luce degli atti aziendali, della flessibilità organizzativa e dei risultati d'esercizio in A. PIOGGIA, *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione privata delle aziende sanitarie*, cit., 68 ss.

²⁸ Come noto, la mobilità sanitaria regionale si distingue in mobilità attiva (esprime l'indice di attrazione di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti) e mobilità passiva (esprime l'indice di fuga da una Regione, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza). Il fenomeno è oggetto di considerazione in quanto economicamente rilevante: infatti, da un punto di vista economico, la mobilità attiva rappresenta per le Regioni una voce di credito, mentre quella passiva una voce di debito. La differenza tra crediti, frutto della mobilità attiva, e debiti, conseguenza della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale dell'anno successivo.

Lo studio condotto dalla Fondazione GIMBE sui dati (crediti, debiti, saldi) pubblicati dal Ministero della Salute (cfr. Report n. 3/2018, *La mobilità sanitaria interregionale nel 2017*) evidenzia che le Regioni con maggiore indice di fuga sono Lazio (13,9%) e Campania (10,1%) che insieme contribuiscono a quasi un quarto della mobilità passiva; un ulteriore 29% riguarda Lombardia (7,7%), Calabria (7,5%), Puglia (7,4%), Sicilia (6,5%). Il rimanente 46,8% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 15 Regioni.

nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente, sia (indirettamente) della qualità percepita dai cittadini rispetto ai servizi sanitari erogati.

In generale, i flussi “patologici” vengono considerarsi il risultato visibile della scarsa accessibilità (lunghezza delle liste di attesa) e/o della qualità non adeguata delle cure (dati del Programma Nazionale Esiti) nelle Regioni di residenza e configurano anche fenomeni di gravi iniquità socio-economiche, atteso che i costi delle trasferte appaiono sostenibili da pazienti appartenenti a gruppi sociali corrispondenti a fasce di reddito medio-alte.

La variabilità della geografia del diritto alla salute è confermata anche dai dati riportati nel Rapporto annuale Istat 2017, in base ai quali, anche tenendo conto degli indici relativi all'appartenenza a gruppi sociali, alle condizioni economiche, ed al luogo di residenza, si registra che «la quota di persone che ha rinunciato a una visita specialistica negli ultimi 12 mesi perché troppo costosa è infatti cresciuta tra il 2008 e il 2015 dal 4,0 al 6,5 per cento della popolazione e il fenomeno è più accentuato nel Mezzogiorno, sia come livello di partenza sia come incremento (dal 6,6 al 10,1 per cento)»²⁹.

Nel complesso, tali richiami si dimostrano utili anche per il giurista, al fine di mettere a fuoco ed identificare le attuali questioni che appaiono incidere sulla garanzia costituzionale della tutela della salute e sulla promessa dell'uniformità territoriale dei contenuti prestazionali di servizio che, su tutto il territorio nazionale, dovrebbero essere almeno corrispondenti alla disciplina positiva dei LEA (in ultimo, stabilita con il d. p. c. m. 12 gennaio 2017)³⁰.

3. L'uniformità territoriale a confronto con la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del servizio sanitario.

In dottrina, chi ha ricostruito la storia dell'organizzazione sanitaria ha sempre evidenziato che l'istituzione e gli sviluppi successivi del Servizio Sanitario Nazionale avevano identificato l'uniformità dell'organizzazione quale fondamento, presupposto e strumento per conseguire il risultato dell'uniformità delle prestazioni³¹, nella prospettiva secondo la quale la dimensione dell'organizzazione, anche intesa nella sua formula minima di organizzazione dei fattori produttivi³², è con immediatezza anche disciplina della sostanza delle prestazioni³³.

Nel tempo, le riflessioni sul modello organizzativo della sanità, segnato dalla lunga stagione di riforma delle competenze regionali avviata a far data dall'art. 114 del d. lgs. n. 112/1998³⁴, hanno evidenziato il carattere suggestivo della formula “Servizio sanitario

²⁹ Cfr. la ricchezza dei dati del Rapporto annuale Istat 2017, § 3 (Aspetti demografici e condizioni di vita) e 2018, § 5.5 (Le disuguaglianze di salute) ed il Rapporto BES 2018 (Il benessere equo e solidale in Italia) focus Sanità, tutti consultabili su www.istat.it. In tema, si segnala la riflessione di L. ANTONINI, cit., 4 ss., il quale evidenzia il silenzioso processo di smantellamento del welfare sanitario in Italia, facendo riferimento ai tagli nella sanità, imparagonabili per ingente ammontare agli altri settori della spesa pubblica, ed al fenomeno della rinunce alle prestazioni sanitarie ed ai picchi di decessi già riportati nel Rapporto annuale Istat 2015, § 5.1 (Eterogeneità territoriali del sistema sanitario nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione), consultabile in www.istat.it

³⁰ A seguito dell'ultima definizione dei Lea in sanità, indaga sulle differenze territoriali nel godimento del diritto alla salute M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in www.rivistaaic.it, n. 2/2017.

³¹ Sul punto, R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 127 ss..

³² In questi termini, sull'autonomia imprenditoriale dell'azienda sanitaria, A. PIOGGIA, *La gestione della sanità fra pubblico e privato*, cit., 62 ss.

³³ Cfr. C. MARZUOLI, *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., 2.

³⁴ In epoca precedente alla riforma del Titolo V, Parte Seconda della Costituzione ed all'introduzione della “tutela della salute” nel novero delle materie di legislazione concorrente, il ruolo degli ordinamenti regionali era stato già delineato nei conferimenti di funzioni e compiti amministrativi di cui all'art. 114 del d. lgs. n.31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione

nazionale”, dovendo intendersi come complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali, ossia come struttura unitaria ma pluriarticolata su scala regionale, risultando evidente l’evoluzione del forte radicamento delle principali competenze nella dimensione regionale³⁵.

In questi termini, risiede nella concreta articolazione dei servizi sanitari regionali - tra l’avveramento di logiche politiche e le scelte tecnico-discrezionali - un rilevantissimo fattore dinamico di flessibilità e di differenziazione.

Nell’attuale dibattito, che coglie la propensione del settore sanitario alle forme più evolute di pluralismo e decentramento, si moltiplicano gli studi che s’interrogano sull’uniformità amministrativa come predicato necessario per l’uguaglianza dei diritti o, meglio, approfondiscono la definizione uniforme dei diritti, e tra questi del diritto sociale della salute e se questo comporti la predisposizione e l’intervento di un’amministrazione altrettanto uniforme sul piano organizzativo e funzionale.³⁶

Il rilievo di tale questione è evidente nel sistema sanitario, che appare organizzato su due macro-livelli di differenziazione: come noto, la regionalizzazione del servizio sanitario, che introduce un primo profilo di differenziazione rispetto al livello statale e l’aziendalizzazione, dalla quale deriva un’ulteriore differenziazione nell’ambito dei sottosistemi costituiti dai SSR.³⁷

In questi termini, regionalizzazione e aziendalizzazione costituiscono i cerchi concentrici che sommano la differenziazione dell’organizzazione, del finanziamento e dei modelli gestori al cospetto della formula dei LEA che, in concreto, sembra avere perso la promessa unificante dell’uniformità territoriale³⁸.

Per alcuni, sino ad oggi, l’interpretazione prevalente sembra aver dedotto dall’uniformità sul piano normativo/descrittivo l’uniformità erogativa «ovvero dalla pur necessaria fissazione

del Capo I della legge 15 marzo 1997 n. 59): «1. Sono conferiti alle regioni, secondo le modalità e le regole fissate dagli articoli del presente capo, tutte le funzioni e i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato. 2. I conferimenti di cui al presente capo si intendono effettuati come trasferimenti, con la sola esclusione delle funzioni e dei compiti amministrativi concernenti i prodotti cosmetici, effettuati a titolo di delega. »

³⁵ Sul punto, R. FERRARA, *L’ordinamento della Sanità*, cit., 130 evidenzia anche il rilievo del carattere “celebrativo” e non enfatico ovvero retorico della formula “servizio sanitario regionale” « in quanto continua ad evidenziare, comunque, lo stabile, e non rinunciabile collegamento, e di necessaria derivazione culturale (e di ordine costituzionale), fra ogni normativa positivamente data in materia di servizio sanitario e l’art. 32 Cost., nella sua ovvia e non superabile connessione con il principio di eguaglianza, sia formale che sostanziale».

³⁶ In ultimo, in questi termini d’indagine, ricostruisce i contenuti del dibattito V. ANTONELLI, cit., 12.

³⁷ Sul punto, la riflessione, sempre attuale, sullo stretto legame tra uniformità e differenziazione ancora R. FERRARA, *L’ordinamento della sanità*, cit., 263, secondo cui «il concetto stesso di uniformità delle prestazioni erogate sul territorio appare comunque fortemente relativizzato, sia perché la qualità e la quantità delle prestazioni sono rapportate al volume delle risorse finanziarie disponibili, sia perché sembra profilarsi, se si vuole di fatto, e persino oltre gli intenti del legislatore nazionale, un modello plurale di servizio sanitario nazionale, in ragione delle forti attribuzioni regionali in materia». In quest’ordine concettuale, l’A. ha evidenziato non soltanto che i Lea devono essere garantiti secondo criteri di indifferenza soggettiva e territoriale, ma ne riconosce il valore conformativo, «il loro configurarsi, nel quadro di un sistema complesso e variegato su cui si posizionano, a quel che pare, più modelli positivi, come il principale (e forse unico) fattore di unificazione e di uniformità funzionale di una realtà, per il resto, piuttosto caotica e, persino, scomposta e frammentata. E cioè, “i livelli essenziali delle prestazioni” si atteggiavano davvero come il valore (*rectius*, la clausola) di massima sicurezza e di chiusura del sistema, di un sistema che fra paradossi e mitologie e fra ricorrenti pendolarismi “ideologici”, conserva, tuttavia, almeno sotto tale irrinunciabile aspetto, momenti e valori di unità e di funzionale uniformità»(260).

³⁸ Per un approfondimento della formula costituzionale dei Lea e dell’uniformità territoriale, v. R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, 3 ss., e V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, 445 ss., entrambi in *Salute e sanità*, cit.; inoltre, v. M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e regioni*, cit., 9 ss.

unitaria dei livelli essenziali di assistenza l'uniformità delle modalità di erogazione delle prestazioni»³⁹.

Invero, da tempo, nel dibattito, l'attenzione prevalente è ai limiti (in termini di differenziazione) che il modello sanitario incontra in corrispondenza dell'attuazione del regionalismo e dell'aziendalizzazione del servizio.

Sul primo versante, assumono rilievo - e si condividono - le notazioni di attenta dottrina, che ha tratteggiato i contenuti dell'autonomia regionale - solennemente enunciata a livello di legislazione statale - mortificata, in realtà, dall'insostenibilità delle disuguaglianze in questo campo «sicché le scelte regionali, anziché essere garantite come individuali, Regione per Regione, sono state in qualche misura collettivizzate ed attratte al sistema delle conferenze e nelle sue decisioni prese all'unanimità»⁴⁰.

In tale contesto, invero, emerge la compressione dell'autonomia regionale derivante dall'esercizio del potere regolamentare statale *ex art. 117, 6° comma Cost.*, agganciato alla competenza esclusiva statale della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, comma 2, lett. m), dal quale deriva che il regolamento sui Lea prevale e limita la legislazione regionale⁴¹.

Il punto d'equilibrio sull'asse dei rapporti Stato-Regioni, ovvero la "compensazione", risiede nel principio di leale collaborazione richiamato più volte dalla Corte costituzionale, secondo cui le scelte regolamentari statali devono avvenire previa intesa - in senso forte - con le Regioni⁴²: tuttavia, rimangono le perplessità sull'adeguatezza dello strumento di

³⁹ Cfr. V. ANTONELLI, cit., 11. In senso parzialmente difforme, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 57 secondo cui « l'eguaglianza, soprattutto nella sua versione cosiddetta sostanziale, non tende al semplice contenimento delle differenze sociali, ma mira alla loro rimozione, anche per il tramite dell'assicurazione dei diritti sociali, fa ritenere che l'uniformità territoriale, da assicurarsi attraverso la definizione di identici livelli di prestazioni, sia da riferirsi al contenuto necessario a garantire effettivamente il diritto, in modo che questo sia egualmente soddisfatto su tutto il territorio nazionale».

⁴⁰ Cfr. F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, cit., 36.

⁴¹ Sul procedimento di determinazione dei Lea e sui dubbi sul piano delle fonti - di rango non già primario ma secondario - richiama la fase di legificazione dei Lea di cui all'art. 54 della l. 27 dicembre 2002 n. 289 (legge finanziaria 2003) e l'intervento della Corte costituzionale a far data dalla nota decisione 27 marzo 2003 n. 88, V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni in sanità*, cit., 488 ss.

⁴² Sul vasto e complesso itinerario ricostruttivo della Corte costituzionale in ordine alla configurazione delle materia trasversale della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, comma 2, lett. m Cost, e sul modello dell'intesa quale congegno giuridico al quale sono state affidate le finalità di armonizzare le istanze dell'unità con quelle dell'autonomia (*ex multis*, cfr. sentenze 14 gennaio 2016 n. 1, 24 marzo 2016 n. 65, 25 novembre 2016 n. 251) sia consentito il rinvio al recente contributo sul punto di M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, cit., 12 ss.; inoltre, sulla leale collaborazione messa a confronto con il disegno del federalismo fiscale in materia sanitaria di cui alla l. 5 maggio 2009 n. 42, v. A. SIMONCINI, *Livelli essenziali delle prestazioni e diritto alla salute dopo la legge n. 42 del 2009: basta la "Leale collaborazione"?*, in *Verso il decentramento delle politiche di Welfare*, a cura di L. VIOLINI, 2011, Milano, 97 ss. Inoltre, sul tema, con riferimento alla legittimità dei tagli lineari della spesa sanitaria, imposti dalla normativa statale, si segnala la sentenza della Corte Costituzionale 12 luglio 2017 n. 169, con la quale vengono respinte alcune impugnative regionali per pretesa violazione del principio di leale collaborazione. In proposito, la Corte richiama la propria sentenza n. 65 del 2016 che, oltre a riconoscere che l'imposizione di risparmi di spesa rientra a pieno titolo nell'esercizio statale della funzione di coordinamento della finanza pubblica, purchè in un ambito temporalmente definito, argomenta come il meccanismo legislativo dei tagli lineari non impone di effettuare riduzioni di identica dimensione in tutti i settori, ma di intervenire in ciascuno di questi, limitandosi ad individuare un importo complessivo di risparmio e lasciando alle Regioni il potere di decidere l'entità dell'intervento in ogni singolo ambito.

A conferma della coerenza della giurisprudenza della Corte, la sentenza n. 103 del 23 maggio 2018 ha statuito l'illegittimità costituzionale della norma statale che, in contrasto con il principio di transitorietà, ha prorogato per la seconda volta una misura di riduzione della spesa sanitaria delle Regioni, dilatandone la durata di un ulteriore anno (fino al 2020) e di fatto estendendo a sei anni l'arco temporale della stessa misura, originariamente prevista per il quadriennio dal 2015 al 2018. L'estensione dell'ambito temporale di precedenti manovre, secondo la Corte,

coinvolgimento delle Regioni, nella prospettiva critica che vuole evidenziare in ogni caso una mutazione di contenuto nell'autonomia regionale, ridisegnata nella sostanza «come autonomia collettiva, da esercitarsi in modo unitario, indifferenziato, consensuale e convergente da parte di tutte le regioni in quel sistema di Conferenze improntato al metodo dell'unanimità»⁴³.

3.1 Il sistema amministrativo di governance multilevel dei LEA.

A tali elementi di criticità, si aggiungono i limiti derivanti dal sistema di *governance multilevel* che caratterizza il processo di definizione attuativa dei Lea.

A livello regionale, il riferimento è alle leggi attuative della potestà concorrente in materia di tutela sanitaria, agli atti d'indirizzo, alle linee guida ed agli atti di pianificazione regionale che orientano la "buona amministrazione" del SSR⁴⁴.

Mentre, nella dimensione della singola azienda sanitaria, vengono in rilievo i piani attuativi aziendali e, soprattutto, annualmente, gli obiettivi della performance organizzativa ed individuale e le relative risorse, assegnati alle strutture ed ai dipendenti nell'ambito del Ciclo di gestione della performance disciplinato dal d. lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 s. m. i.⁴⁵, che manifestano una forte e concreta incidenza sui disegni organizzativi ed attuativi prescelti per garantire l'erogazione dei Lea.

Si deve osservare che, nella dimensione delle aziende sanitarie, un ulteriore e sottovalutato elemento di differenziazione consiste nell'estrema varietà di contenuto dei regolamenti aziendali che disciplinano il sistema di misurazione e valutazione delle performance sanitarie (di cui all'art. 7 del d. lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 s. m. i.).

"potrebbe sottrarre al confronto parlamentare la valutazione degli effetti complessivi e sistemici di queste ultime in un periodo più lungo (sentenza n. 169 del 2017)".

E' da osservare che, con tale decisione, la Corte ha colto l'occasione per rilevare la violazione del principio di leale collaborazione nel rifiuto manifestato dalle autonomie speciali nella sottoscrizione degli accordi bilaterali con lo Stato per sancire il loro contributo al risanamento del settore sanitario, determinando un'ulteriore riduzione del livello del fabbisogno sanitario nazionale a carico delle regioni a statuto ordinario.

⁴³ Cfr. F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle regioni*, cit., 47.

⁴⁴ Sul quadro composito di definizione *multilevel* dei Lea, v. M. D'ANGELOSANTE, cit., 195-197.; inoltre, v. A. PIOGGIA, *La gestione della sanità tra pubblico e privato*, 65.

⁴⁵ Il d. lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 (in ultimo, novellato dal d. lgs. 25 maggio 2017 n. 74) ha innovato radicalmente la funzione amministrativa del controllo interno, introducendo il Ciclo di gestione della performance quale procedimento standardizzato in 6 fasi che tutte le P.A. sono tenute ad attuare per l'identificazione degli obiettivi generali e specifici da conseguire annualmente, per la loro correlazione con le relative risorse, per l'assegnazione/distribuzione alle strutture ed al personale, per il costante monitoraggio, per la misurazione e la valutazione dei risultati della performance organizzativa ed individuale affidata agli Organismi Indipendenti di Valutazione, per la rendicontazione mediante la relazione finale quale atto conclusivo del ciclo. A far data dalla legge 11 agosto 2014 n. 114, in tema di produttività del lavoro pubblico e di performance delle P.A., sono state attribuite al Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri l'attività di indirizzo, coordinamento e promozione della misurazione e valutazione delle performance e le iniziative per il rafforzamento delle capacità amministrative. Senza pretesa di esaustività, sul tema dell'evoluzione dei controlli interni, v. E. D'ALTERIO, *Il lungo cammino della valutazione nelle pubbliche amministrazioni*, in *Giorn. dir. amm.*, 2017, 570 ss.; R. URSI, *Le stagioni dell'efficienza*, cit., 299 ss.; M. SAVINO, *Le riforme amministrative: la parabola della modernizzazione dello Stato*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2015, 641 ss.; R. LOMBARDI, *Contributo allo studio della funzione di controllo*, Milano, 2003; S. CASSESE, *Lo stato dell'amministrazione pubblica a vent'anni dal rapporto Giannini*, in *Giorn. dir. amm.*, 2000, 99 ss.; ID., *I moscerini e gli avvoltoi. Sistema dei controlli e riforma della Costituzione*, in *Corr. Giur.*, 1993, 217 ss.; ID., a cura di, *I controlli nella Pubblica Amministrazione*, Bologna, 1993; R. PEREZ, I. BORRELLO, *La nuova disciplina dei controlli interni nelle pubbliche amministrazioni: d. lgs. 30 luglio 1999, n. 286*, in *Giorn. dir. amm.*, 2000, 28 ss.; F. BATTINI, *Il controllo gestionale in Italia*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1998, 447 ss.; U. POTOTSCHNIG, *Controlli e principi costituzionali sulla pubblica amministrazione*, in *Quaderni regionali*, 1984, 1247 ss.; M. S. GIANNINI, *Prefazione al "Rapporto sui principali problemi dell'Amministrazione dello Stato"*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1982, 715 ss.; ID., *Controllo: nozioni e problemi*, ivi, 1974, 1263 ss.

Sul piano della buona amministrazione, gli effetti negativi sono evidenti: quello di rendere disomogeneo l'esercizio dei controlli interni e, con esso, la trama degli indicatori, dei pesi, dei premi e degli incentivi correlati alla valutazione del conseguimento degli obiettivi assegnati (ed anche dei Lea erogati); quello di disperdere la preziosa funzionalità della valutazione dei risultati e dei controlli interni al fine di orientare l'organizzazione sanitaria e le prestazioni verso l'allineamento omogeneo della produttività sanitaria alla garanzia dei Lea e, comunque, al miglioramento continuo del servizio.

Infatti, nella fenomenologia dell'organizzazione in sanità, alla differenziazione del sistema dei controlli interni corrisponde una diversa ed incomparabile incidenza del medesimo sulla produttività sanitaria e sulla garanzia dei Lea, che non appare compensata dalle ultime attività promosse da Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) per la realizzazione di un unico Sistema di Monitoraggio delle performance, finalizzato ad integrare i contenuti del Programma Nazionale Esiti con indicatori economico-gestionali, organizzativi, di appropriatezza, di trasparenza e di equità⁴⁶.

Allo stato, il Dipartimento della Funzione pubblica ha introdotto linee guida per la valutazione delle performance relative al comparto ministeriale⁴⁷, ma si attende ancora un intervento regolatorio o comunque, l'introduzione di regole standardizzate per distinti comparti d'azione della pubblica amministrazione, compresa la sanità, in modo da omogeneizzare le regole della valutazione delle performance in base alla specificità dei servizi e delle prestazioni pubbliche rese dalle amministrazioni.

In questi termini, dunque, emerge la gestione ancora non compiutamente adeguata degli spazi di flessibilità e di differenziazione discendenti dalla dimensione regionale e dalle scelte aziendali, che dovrebbero essere indirizzati a coniugare i LEA con il "realismo" della mappatura del bisogno di salute dell'utenza e del territorio di riferimento: come si è evidenziato, le evidenze empiriche richiamate sembrano dimostrare che, in modo disomogeneo, gli spazi regionali e aziendali di partecipazione al processo attuativo dei LEA non sembrano sempre funzionare in modo efficiente nel risultato atteso di garantire l'erogazione dei LEA, nel prevedere attività e prestazioni aggiuntive e/o integrative, in chiave interpretativa dei bisogni di salute delle collettività di riferimento, nel definire un sistema adeguato di controlli interni di efficienza.⁴⁸

Gli attuali divari regionali del sistema sanitario⁴⁹ radicano il convincimento che la scommessa di questi decenni sulle autonomie regionali e sull'aziendalizzazione - al fine di far avanzare la

⁴⁶ Cfr. l'ultima relazione semestrale 2017 di AGENAS, consultabile in www.agenas.it. Sul tema della debolezza dei controlli di qualità in materia sanitaria, C. Marzuoli, *Uniformità e differenziazione*, cit., 5, il quale, sul problema di carattere generale della valutazione dei risultati in termini qualitativi, evidenzia: « Quando si tratta di servizi alla persona, la possibilità di misurare gli aspetti qualitativi è complicata e in parte opinabile (perché esigerebbe di fare di ogni persona un protagonista di procedure e di processi di controllo), dunque impossibile da soddisfare in termini assoluti, ma ciò non può giustificare che sia troppo trascurata. Ho la sensazione che la debolezza dei controlli di qualità relativi al risultato sia il contrappeso dell'inadeguata rilevanza attribuita, in sede di determinazione dei contenuti e di organizzazione del servizio, a certi interessi che collegati alla salute costituiscono il contenuto di veri e propri diritti. E' un campo che deve essere particolarmente approfondito»

⁴⁷ Cfr. Linee guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione pubblica, consultabili in www.performance.gov.it.

⁴⁸ Cfr. i dati *infra* riportati nelle note nn. 24 - 29.

⁴⁹ Vengono in rilievo i dati del Rapporto BES (Il benessere equo e sostenibile in Italia) 2018 dell'ISTAT (consultabile in www.istat.it), nel quale il *focus* sulla Sanità evidenzia che: « Nel 2017 si ferma la crescita dell'indice composito per il dominio Salute, che si attesta a 105,8 (era 106,0 nel 2016), interrompendo il *trend* positivo che aveva caratterizzato il periodo 2010-2016. La dinamica territoriale mostra un peggioramento nell'ultimo anno sia nel Nord sia nel Mezzogiorno mentre nel Centro si registra un lieve progresso. Considerando l'intero periodo in tutte le aree del Paese, l'indice mostra un miglioramento, ma rimane invariato il divario tra Nord e Mezzogiorno, mentre si riduce la distanza tra Nord e Centro. (...) Permangono forti differenze territoriali. Nel 2017, per la speranza di vita aumenta il divario tra Nord e Mezzogiorno con una distanza di 1,3 anni a favore

tutela sanitaria - sia sta parzialmente non vinta⁵⁰ proprio a causa della differenziazione dei modelli organizzativi regionali ed imprenditoriali che, nell'autonomia riconosciuta, non hanno saputo trovare un'unificazione concreta e costantemente orientata all'efficienza ed alla valorizzazione del cittadino e della qualità percepita dei servizi.

Su questo versante, è merito di attenta dottrina avere identificato una proporzionalità diretta tra il riconoscimento dell'autonomia aziendale negli spazi lasciati liberi dal potere organizzativo pubblico statale o regionale e le migliori performance dei sistemi regionali, evidenziando l'esistenza di distinte visioni dell'autonomia aziendale da parte delle Regioni ed il miglioramento dei servizi sanitari in quelle visioni che hanno puntato sulla flessibilità organizzativa e sulla differenziazione-capacità manageriale della direzione aziendale, allentando la rigidità regionale del controllo politico-burocratico sugli apparati di erogazione dei servizi.⁵¹

Anche il sistema di finanziamento della spesa sanitaria costituisce un ulteriore fattore di differenziazione regionale ed, a cascata, elemento condizionante il finanziamento del budget assegnato a ciascuna azienda del SSR.

3.2 Regole di finanziamento e uniformità territoriale. Fabbisogni e costi standard in sanità: la stagione attuativa inaugurata dal d. lgs. 6 maggio 2011 n. 68.

Nell'evoluzione del regionalismo sanitario, più voci osservano che il settore della sanità pubblica è l'ambito che ha tradotto l'esperimento generale più complesso del federalismo, nel quale sono mancate forme effettive di autonomia regionale e aziendale poiché, da un lato, il mantenimento di un forte accentramento statale nelle scelte relative alla devoluzione delle risorse e, dall'altro, il commissariamento delle regioni inosservanti dei costi standard ammissibili, hanno determinato una sorte di inedito federalismo differenziato⁵² sul versante dei costi e del controllo della spesa sanitaria⁵³.

del Nord, la più alta dal 2005. Nel 2015 il lieve aumento della mortalità infantile è stato prevalentemente determinato dalle regioni del Centro dove il tasso ha raggiunto 2,9 per 1.000 nati vivi (era 2,4 l'anno precedente). Nel Nord e nel Mezzogiorno del Paese, invece, il livello della mortalità infantile resta costante (rispettivamente 2,5 e 3,4 per 1.000 nati vivi), confermando l'evidente svantaggio del Mezzogiorno. Considerando la cittadinanza dei genitori⁸, si evidenzia una significativa differenza tra stranieri e italiani, accentuatasi nel 2015 quando il tasso di mortalità infantile per gli stranieri ha raggiunto il 4,5 per 1.000 nati vivi (era 3,8 l'anno precedente) mentre per gli italiani si mantiene stabile (2,6 per 1.000 nati vivi). Il contributo all'incremento della mortalità infantile nel 2015 è pertanto attribuibile quasi esclusivamente ai bambini residenti nati da genitori stranieri. Anche per quanto riguarda la mortalità per tumori il Mezzogiorno presenta un quadro più sfavorevole rispetto alle altre ripartizioni. Il fenomeno è da attribuire all'evoluzione registrata per gli uomini mentre per le donne la distanza tra regioni meridionali e centrali si è ridotta. Il valore più elevato di questo indicatore si riscontra per gli uomini in Sardegna, dove nel 2015 si ha una mortalità per tumori maligni pari a 12,3 per 10.000 abitanti; la Campania si conferma invece la regione con il livello di mortalità maggiore per le donne. La mortalità degli anziani per demenze e malattie del sistema nervoso presenta una diversa geografia, con i livelli più elevati nelle regioni del Nord e quelli più bassi in alcune regioni meridionali, come la Calabria e la Campania.»

⁵⁰ La riflessione sull'evoluzione dei divari regionali è condotta nell'ottica della costante tensione storica tra spinte all'uniformità - legate alla tutela di un diritto fondamentale - e livelli di differenziazione, ma rilevando il carattere non oppositivo e centrifugo del sistema sanitario ad eccezione parziale del modello lombardo in R. Balduzzi, *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali*, cit., 159 ss.

⁵¹ L'approfondimento della flessibilità organizzativa e dell'efficienza delle aziende sanitarie nella relazione tra atto aziendale e linee guida regionali, nella ricerca coordinata da A. PIOGGIA ed illustrata nei risultati anche in *La gestione della sanità tra pubblico e privato*, cit., 68.

⁵² Sul punto, senza pretesa di esaustività, v. L. ANTONINI, *Il federalismo fiscale tra questione meridionale e questione settentrionale*, in *Verso il decentramento delle politiche di Welfare*, cit., 297 ss.; A. CROSETTI, *Il servizio sanitario. Profili organizzativi*, cit., 217 ss.; F. PAMMOLLI, N. SALERNO, *La sanità in Italia, federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche*, Bologna, 2008; B. CARAVITA DI TORITTO, *Salute e federalismo fiscale*, cit., 75 ss.; A. PETRETTO, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit.,

Sotto tale profilo, appaiono di estrema attualità le riflessioni e gli argomenti che correlano l'uniformità e la garanzia dei Lea con le criticità riscontrate sul tema (emergenziale) del finanziamento della spesa sanitaria nei rapporti Stato-Regioni e della complessa disciplina dei procedimenti e dei parametri applicati per la ripartizione dei flussi finanziari dedicati.

In ordine alla sostenibilità sanitaria del federalismo fiscale ed al sistema di finanziamento dei Servizi sanitari Regionali⁵⁴, emerge la parziale attuazione della legge 5 maggio 2009 n. 42 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. 119 della Costituzione) sotto il profilo del mancato superamento della fase transitoria e della messa a pieno regime dei costi e dei fabbisogni sanitari standard definiti dal d. lgs. 6 maggio 2011 n. 68⁵⁵, con la conseguenza che non appare ancora attuata la doverosa delimitazione e separazione del "fabbisogno Lea" dagli oneri degli altri servizi sanitari e l'integrale applicazione degli strumenti di finanziamento delle funzioni regionali previste dall'art. 119 Cost.⁵⁶ In particolare, vengono presi in considerazione alcuni contenuti critici dei processi applicativi dei fabbisogni e dei costi standard⁵⁷ nel sistema del finanziamento della sanità regionale, che si aggiungono agli effetti negativi delle politiche nazionali di contenimento e di razionalizzazione della spesa che, come noto, hanno inciso a loro volta sul livello di

83 ss., N. Viceconte, *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. BALDUZZI, G. CARPANI, Bologna, 2013, 371 ss.; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2018, 131 ss.

⁵³ I dati aggregati riferiti all'ultimo triennio 2015/2018 in ordine al livello decrescente del finanziamento della spesa sanitaria sono contenuti nel documento "Il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale", elaborato dal Servizio Studi della Camera dei Deputati (6 luglio 2018), consultabile su www.camera.it: « Il Fondo sanitario nazionale nel 2018 risulta pari a 113.396 milioni di euro (anziché a 114.000 milioni come previsto dalla legge 232/2016 - Legge di Bilancio 2017), ai quali bisogna aggiungere 30 milioni di euro, che la legge di bilancio 2018 ha destinato ai Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria.

Il livello di finanziamento del SSN per il 2018 è il risultato di procedure pattizie, iniziate con la stipula dell'Intesa sul Patto della salute 2014-2016 che ha fissato, per il triennio di riferimento, il perimetro del concorso finanziario dello Stato al sistema salute.

A causa del contributo aggiuntivo che le regioni hanno dovuto assicurare alla finanza pubblica per ciascuno degli anni dal 2015 al 2018, con una serie di atti concordati a livello di Conferenza Stato-regioni, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è stato poi rideterminato in riduzione.

L'ammontare del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018, come stabilito nell'Intesa dell'11 febbraio 2016, è stato così determinato in 113.063 milioni di euro per il 2017 e 114.998 milioni di euro per il 2018.

Successivamente, la legge di bilancio 2017 ha rideterminato, ancora in diminuzione, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, portandolo a 113.000 milioni di euro per il 2017 e a 114.000 milioni di euro per il 2018. Per il 2019 il livello del finanziamento è stato fissato in 115.000 milioni di euro.

In ultimo, il decreto 5 giugno 2017, a causa del mancato contributo delle autonomie speciali agli obiettivi di finanza pubblica, ha nuovamente rideterminato il livello del fabbisogno sanitario nazionale, stabilendo ulteriori riduzioni: 423 milioni di euro per il 2017 e 604 milioni di euro per il 2018.»

⁵⁴ Sul punto, R. BALDUZZI, *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali*, in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., 162 ss., approfondisce la sostenibilità sanitaria del federalismo fiscale evidenziando che l'interrelazione tra valutazione sull'individuazione e sull'effettività dei livelli essenziali e valutazioni sull'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle risorse è consegnata all'attuazione operativa e alle relazioni tra i diversi livelli di governo, fermi i vincoli macroeconomici delle decisioni di finanza pubblica.

⁵⁵ In argomento, G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in www.rivistaaic.it, 3/2016.

⁵⁶ Tale profilo d'indagine è approfondito anche nell'analisi di L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria*, cit., 6 ss., nella quale si esamina il contenuto della sentenza n. 169/2017 della Corte costituzionale quale tappa fondamentale per la garanzia dei Lea, atteso che ammonisce rispetto al perdurante uso di criteri convenzionali di riparto, in attesa di acquisire dati analitici idonei a determinare costi e fabbisogni in modo conforme all'art. 8 della L. n. 42/2009, con l'effetto denunciato che non è possibile assicurare una precisa delimitazione finanziaria – e salvaguardia – dei Lea rispetto alle altre spese sanitarie.

⁵⁷ In generale, sulla collocazione del fabbisogno e del costo standard in sanità nella cornice dell'art. 119 Cost., e sull'analisi della disciplina segnata dai contenuti del d. lgs. n. 68/2011, emanato in attuazione della delega contenuta nella l. n. 42/2009, v. G. CRISAFI, cit. 4 ss.; inoltre, si veda la riflessione di L. ANTONINI, cit., 6 ss.

finanziamento dei sistemi sanitari regionali e, a cascata, sulla distribuzione delle risorse disponibili nella negoziazione tra il livello regionale e l'azienda sanitaria, con ricadute in termini di nuovi processi di riorganizzazione del SSR⁵⁸.

Nel settore della Sanità, l'effettività del diritto alla salute risulta condizionato anche dal peculiare sistema di finanziamento dei servizi sanitari delle venti regioni d'Italia, imperniato sui parametri del "fabbisogno" e del "costo standard" introdotti a far data dal d. lgs. n. 68/2011, da considerare tra gli strumenti stabiliti al servizio del superamento delle differenze regionali, per cui l'analisi di tale modello può considerarsi senz'altro utile al fine di individuare ulteriori elementi di riflessione sugli attuali processi di superamento delle disuguaglianze⁵⁹.

E' noto che il riparto delle disponibilità finanziarie per il Sistema Sanitario Nazionale dell'anno 2012 è stato l'ultimo predisposto ai sensi dell'art.1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), che ha segnato l'avvio del nuovo riparto del finanziamento tra le regioni, superando l'applicazione del criterio della spesa storica e prevedendo l'applicazione di nuovi parametri di riferimento: la frequenza dei consumi sanitari per età e sesso; i tassi di mortalità della popolazione; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni, indicatori epidemiologici territoriali.

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione regionale delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo della spesa, basate sull'utilizzo di indicatori economici e su parametri di riferimento per grandi aggregati, allo scopo di rendere possibile anche l'accertamento del grado di scostamento della singola regione da un valore predeterminato⁶⁰.

In tale contesto, il capo IV (artt. 25-32) del d. lgs. n. 68/2011 - dedicato ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario - ha introdotto una diversa articolazione del processo di ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria.

In termini generali, la disciplina ribadisce il principio, già enunciato nel Patto per la Salute 2010-2012, secondo cui il finanziamento della sanità rappresenta una scelta di politica e di programmazione della politica economica, che ricompone gli obiettivi di assistenza sanitaria con i vincoli di finanza pubblica; il fabbisogno sanitario nazionale deve anche corrispondere all'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA), erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza sulla base degli

⁵⁸ *Ex multis*, nella dimensione del SSR della Regione siciliana, a far data dalla legge regionale 14 aprile 2009 n. 5 (Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale), è stato avviato un intenso processo di razionalizzazione organizzativa ed economico-finanziaria delle strutture sanitarie e dei costi, prevedendo l'accorpamento delle aziende sanitarie, mediante l'istituzione delle Aziende Sanitarie Provinciali; contestualmente, si è avviato un percorso di riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera e della rete dei servizi territoriali, che ha condotto ad una nuova mappatura dell'organizzazione sanitaria identificata nell'approvazione dei nuovi atti aziendali. Inoltre, per un'analisi dei modelli sanitari della regione Lazio, Liguria, Lombardia e Toscana, v. rispettivamente i contributi di I. COIRO, G. CONZI, M. DE SCALZI, G. SASSOLI, W. LOCATELLI, tutti in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., 113 ss.

⁵⁹ Per un approfondimento dell'attuazione del federalismo fiscale nel settore della sanità e delle critiche sollevate ai contenuti del d.lgs. n. 68/2011, si v. G. CRISAFI, cit. 6 ss.; G. FARES, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Napoli, 2013; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, e N. VICECONTE, *Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale*, entrambi in *Manuale di diritto sanitario*, cit.; R. BALDUZZI, a cura di, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012; C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, 2011.

⁶⁰ Anche per i riferimenti bibliografici, v. M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del Servizio Sanitario in Italia*, cit., 185 ss.

indicatori già individuati dagli allegati 1, 2 e 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. Tali indicatori, in particolare, si distinguono in indicatori del rispetto della programmazione nazionale e sui costi medi; standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.

Ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni regionali, l'art. 27, novellato più volte⁶¹, conferma l'utilizzo dello strumento pattizio, ossia l'intesa, ma, a differenza di quanto avvenuto con la programmazione triennale prevista dagli ultimi Patti della salute, l'indicazione dell'ammontare del finanziamento da destinare alla sanità, e il relativo riparto fra le regioni, è affidata alla determinazione annuale del Ministro della salute, di concerto con il MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentita la Struttura tecnica di supporto della stessa Conferenza (comma 1)⁶².

Il processo per la determinazione dei migliori valori di costo delle prestazioni sanitarie ha previsto, ai fini della determinazione dei costi standard, anche l'individuazione di tre regioni di riferimento (regioni *benchmark*) per le determinazioni dei migliori valori di costo delle prestazioni sanitarie (art. 27, comma 5 d. lgs. n. 68/2011)⁶³.

In base alla nuova procedura, l'importo spettante a ciascuna regione dipende dai costi registrati nel *set* delle tre regioni *benchmark* selezionate, in quanto in grado di assicurare l'erogazione dell'assistenza sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

Segnatamente, le regioni di riferimento sono «le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico,

⁶¹ L'art. 27 del d. lgs. n. 68/2011, dedicato alla disciplina della determinazione dei fabbisogni e dei costi standard regionali è stato modificato più volte: la L. 23 dicembre 2014, n. 190 ha disposto (con l'art. 1, comma 601) la modifica dell'art. 27, comma 7; il decreto legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito con modificazioni dalla l. 25 febbraio 2016, n. 21, ha disposto (con l'art. 6, comma 4-*bis*) l'introduzione del comma 7 *bis*; in ultimo, il decreto legge 24 giugno 2016, n. 113, convertito con modificazioni dalla l. 7 agosto 2016, n. 160, ha disposto (con l'art. 20, comma 1, lettera a) l'introduzione del comma 1-*bis* all'art. 27; (con l'art. 20, comma 1, lettera b) l'introduzione del comma 5-*bis* all'art. 27; (con l'art. 20, comma 1, lettera c) la modifica dell'art. 27, comma 7.

⁶² Ai sensi dell'art. 27 del d. lgs. n. 68/2011, a decorrere dal 2017, se non è raggiunta l'intesa entro il 15 febbraio di ciascun anno «con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 15 marzo dell'anno di riferimento, si provvede alla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard in via provvisoria, facendosi riferimento alla proposta di riparto del Ministero della salute presentata in Conferenza Stato - regioni, ed assegnando alle singole regioni il valore regionale individuato nella medesima proposta, al netto dello 0,5 per cento. Con il medesimo decreto si provvede all'assegnazione alle regioni del 95 per cento del finanziamento degli obiettivi di piano sanitario nazionale (comma 1 *bis*, lett. b)»; inoltre, è stabilito che «qualora non venga raggiunta l'intesa di cui al comma 1 entro il 30 settembre dell'anno di riferimento, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e' adottata la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard in via definitiva; e) la determinazione definitiva dei costi e dei fabbisogni standard non puo' comportare per la singola regione un livello del finanziamento inferiore al livello individuato in via provvisoria con il richiamato decreto interministeriale, ferma restando la rideterminazione dei costi e dei fabbisogni standard, e delle relative erogazioni in termini di cassa, eventualmente dovuta ad aggiornamento del livello complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale.» (comma 1 *bis*, lett. d) ed e)).

⁶³ In ultimo, si veda il Documento della Conferenza permanente dei rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 16 dicembre 2015 avente ad oggetto l'individuazione delle regioni di riferimento per la determinazione del fabbisogno sanitario standard di cui all'art. 27, comma 5, del d. lgs. n. 68/2011, nel quale le regioni eleggibili a regioni *benchmark* risultano le Marche, l'Emilia Romagna, l'Umbria, la Lombardia, e il Veneto sulla base dei valori della Griglia Lea, dell'equilibrio economico dei risultati d'esercizio, e del calcolo dell'IQE sulla base di 19 indicatori (tra cui la degenza media pre-operatoria, la percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza, la spesa farmaceutica pro-capite).

comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti [...] sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza [...]»⁶⁴.

Il decreto considera in equilibrio economico le regioni che «garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive». Le regioni in equilibrio economico vengono individuate in base ai risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento⁶⁵.

Nell'individuazione delle regioni *benchmark* occorre, inoltre, garantire una rappresentatività territoriale in termini di appartenenza al Nord, al Centro ed al Sud, considerando almeno una regione di piccole dimensioni⁶⁶.

I costi standard vengono, così, computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) sulla base della media pro capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento⁶⁷ e le cifre così individuate vengono applicate alla popolazione regionale pesata per classi di età⁶⁸.

A decorrere dall'anno 2015, è stabilito che i pesi siano definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base degli ulteriori criteri previsti dall'articolo 1, comma 34, della l. n. 662/1996 (art. 27, comma 7, d. lgs. n. 68/2011, modificato dall'art. 1, comma 601, della l. n. 190/2014)

Si deve osservare che, per l'anno 2016, è stata prorogata l'individuazione, come regioni di riferimento, di quelle stabilite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nel dicembre 2015 e, per la determinazione dei fabbisogni standard regionali in materia di sanità, sono stati confermati i costi pro-capite per livelli assistenziali delle regioni di riferimento rilevati dai modelli LA 2013 (ovvero i modelli di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere), nonché i medesimi pesi per classi di età adottati in sede di determinazione dei fabbisogni standard regionali per l'anno 2015 (ai sensi del comma 7 *bis* dell'art. 27 - introdotto dall'art. 6, comma 4 *bis*, del d.l. n. 210/2015, convertito con modificazioni in l. n. 21/2016).

In ultimo, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, l'Intesa del 2 febbraio 2017 ha individuato Marche, Umbria e Veneto quali regioni di riferimento per applicare i costi medi rilevati a tutte le altre regioni.⁶⁹

Sull'impianto complessivo di tale sistema di finanziamento, una riflessione di carattere generale conduce ad evidenziare la connotazione *top down* dell'intera procedura, la quale si sostanzia ben lontana dal determinare i bisogni di salute della popolazione per definire, conseguentemente, le prestazioni ed i relativi costi.

⁶⁴ Cfr. art. 27, comma 5, d. lgs. n. 68/2011.

⁶⁵ Cfr. art. 27, comma 7, d. lgs. n. 68/2011.

⁶⁶ Sul carattere macchinoso del procedimento di individuazione ed in senso critico sui parametri di scelta anche geografici che escludono che le tre regioni prescelte siano le migliori G. FARES, cit., 214.

⁶⁷ Cfr. art. 27, comma 6, d. lgs. n. 68/2011.

⁶⁸ Cfr. art. 27, comma 7, d. lgs. n. 68/2011.

⁶⁹ Cfr. Intesa 2 febbraio 2017 ed, in particolare, la metodologia applicativa del costo standard di cui all'Allegato A.

Invero, il metodo del costo standard non appare funzionale a determinare - per somma - il livello complessivo della spesa sanitaria, bensì funziona da mero criterio di riparto delle risorse disponibili - stabilite *ex ante* - tra le regioni, in base al quale, in estrema sintesi, la quota di spesa di ciascuna regione è corrispondente alla quota pesata di popolazione regionale rispetto alla popolazione pesata nazionale ed agli indici di costo delle tre regioni di riferimento⁷⁰.

Infatti, l'applicazione di tale metodologia non attribuisce primario rilievo al bisogno di salute dei singoli contesti regionali, rilevando il principio generale secondo il quale il fabbisogno sanitario nazionale standard è stabilito "in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria"⁷¹ e, di conseguenza, si comprende che la nozione di fabbisogno è riferita al reperimento delle risorse necessarie a remunerare le prestazioni rientranti nei livelli essenziali⁷².

Quindi, anche in tale disciplina positiva del rapporto tra diritto alla salute e risorse finanziarie emerge un meccanismo distributivo che anticipa il rilievo della disponibilità di cassa rispetto alla dimensione della programmazione delle prestazioni, a sua volta condizionata anche dalla variabilità dell'efficienza gestionale dell'organizzazione sanitaria, dalla libertà prescrittiva dei medici, dalla prevalenza patologica correlata anche ai contesti territoriali.

In particolare, nell'attuale modello, appare ininfluenza il c.d. indice di deprivazione socioeconomica, ossia l'impatto che le condizioni socio-economiche (correlate alla dimensione dell'appartenenza territoriale) producono sulle possibilità di accesso ai servizi sanitari e sugli esiti sanitari che, come già descritto, in base a studi pacifici, incidono fortemente sui bisogni di salute⁷³.

In tale cornice, dunque, il processo di standardizzazione dei costi, pur nella sua problematicità, potrebbe essere migliorato arricchendo la formula "capitaria" di ulteriori pesi ed obiettivi correlati al calcolo delle quote regionali: in particolare, appare inadeguata la previsione - quale unico elemento di correzione - del peso per classe di età della popolazione di cui all'art. 27, comma 7 *bis* del d. lgs. 68/2011⁷⁴.

Le analisi confermano il territorio nel quale si risiede quale fattore di disuguaglianza nella salute, al quale si sommano le variabili già descritte della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione del servizio sanitario nonché le altre variabili - le differenze socio-

⁷⁰ Sul punto, G. CRISAFI, cit., 8 ss.; G. FARES, cit., 196 ss.; C. CISLAGHI, F. GIULIANI, *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, in *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, cit., 63 ss.

⁷¹ Cfr. art. 26, comma 1, d. lgs. n. 68/2011.

⁷² Come evidenzia G. FARES, cit., 200 ss., l'impianto del d. lgs. n. 68/2011 esclude dalla somma che corrisponde al fabbisogno sanitario nazionale standard le risorse incompatibili con i vincoli di finanza pubblica e in contrasto con gli obblighi assunti in sede comunitaria, le risorse volte a finanziare le prestazioni eccedenti i livelli essenziali, le risorse dirette a remunerare prestazioni non efficaci e non appropriate.

⁷³ Sul punto, una posizione in senso contrario all'introduzione di correttivi volti alla "territorializzazione" del costo standard, B. CARAVITA DI TORITTO, *Salute e federalismo fiscale*, cit., 79. Sul tema, anche per i riferimenti bibliografici, si veda il documento *L'impatto delle disuguaglianze socio-economiche sul diritto ad avere eguali opportunità di salute in Italia*, Quaderno della Fondazione Umberto Veronesi - Per il progresso delle scienze, 2016, in www.fondazioneveronesi.it. Si veda anche l'ultimo *Rapporto BES 208. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, a cura dell'Istat, consultabile in www.istat.it; anche le tavole statistiche ed i dati della rilevazione su 120.000 rispondenti condotta dall'Istat, in *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 2014, consultabile in www.istat.it; inoltre, la *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013*, a cura del Ministero della Salute, in www.rssp.salute.gov.it.

⁷⁴ Cfr. G. CRISAFI, cit., 13. Nella prospettiva secondo la quale popolazioni con bisogni di salute differenti rispecchiano costi differenti in base ad un equo bilanciamento tra politiche di efficienza e tutela dei bisogni di salute v. C. ABBAFATI, F. SPANDONARO, *Costi standard e finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale*, in *Pol. san.*, 2011, 1 ss.

economiche, di genere, culturali - che hanno l'effetto di acuire le disuguaglianze che hanno un'origine territoriale e si manifestano anche nelle modalità di accesso e di contribuzione/pagamento della prestazione sanitaria⁷⁵.

In questi termini, la mappatura conoscitiva dei SSR dovrebbe orientare e dare contenuto ad una immediata revisione dei criteri di pesatura delle quote regionali di finanziamento, nella quale prevedere anche l'inserimento dell'indice di deprivazione socioeconomica al fine di dare rilievo al peso delle disuguaglianze sociali ed economiche sui livelli di salute.

In tale contesto, l'allineamento annuale del processo di programmazione e distribuzione della spesa sanitaria ai reali bisogni di salute (variabili nelle realtà territoriali) dovrebbe essere supportato ed orientato da un'azione amministrativa di monitoraggio ed analisi delle disuguaglianze di salute presenti nei territori, attraverso un'indagine delle caratteristiche del servizio reso e dei consumi sanitari, in grado di far emergere le criticità territoriali, individuandone cause ed interventi correttivi.

3.3 Differenze territoriali e disuguaglianze di salute. Conclusioni.

Affrontare il tema delle disuguaglianze nelle opportunità di salute - ossia nell'esercizio del diritto alla prevenzione, al trattamento ed al controllo delle malattie, all'accesso eguale e tempestivo alle medicine essenziali ed ai servizi sanitari - pone al centro del dibattito la parziale adeguatezza della regionalizzazione e del processo di aziendalizzazione del servizio sanitario, che si confrontano con gli studi e le indagini relative alle disuguaglianze che esistono in Italia rispetto alla salute ed all'incremento dei divari regionali per effetto della crisi economica e della progressiva riduzione della spesa pubblica.

Gli interventi correttivi dovrebbero investire il piano della distribuzione dei finanziamenti quanto l'organizzazione sanitaria nel suo complesso.

Infatti, la descritta revisione del modello di finanziamento della spesa sanitaria mediante l'introduzione dell'indice di deprivazione socio-economica quale parametro distributivo delle risorse economiche tra le regioni dovrebbe, altresì, essere accompagnata da politiche di rilancio dell'aziendalizzazione e dell'autonomia imprenditoriale dell'azienda sanitaria, quale livello di governo più vicino all'utente e, pertanto, capace di incidere sull'effettività del diritto alla salute.

In particolare, nei rapporti tra le regioni e le aziende del SSR, dovrebbe essere corretta la rigidità del percorso *top down* di definizione annuale degli obiettivi di salute al fine di dare spazio, con la garanzia della copertura finanziaria, a nuovi processi di autovalutazione che conducano - nell'ambito delle singole aziende sanitarie - all'identificazione di ulteriori obiettivi annuali di performance organizzativa dei centri di responsabilità e di performance individuale, funzionali ad assicurare una progressiva "specificazione territoriale" degli obiettivi di salute (anche oltre i LEA), quale risposta concreta all'urgenza di una più equa e mirata organizzazione dei servizi e delle prestazioni, aderenti a scopi di riduzione delle disuguaglianze di salute nel territorio nazionale.

In tale contesto, dovrebbe orientarsi anche un eventuale processo di ristrutturazione/rilancio dell'aziendalizzazione del sistema sanitario, nel senso che

⁷⁵ E' noto che le differenze territoriali permangono anche nei dati relativi alle modalità di accesso e contribuzione alla prestazione sanitaria che mostrano ulteriori difficoltà e disuguaglianze crescenti, con forme di razionamento più o meno implicito dell'offerta, trasferimento sui cittadini di una parte dei costi delle prestazioni (attraverso ticket, intramoenia e delisting), peso della spesa *out of pocket* delle famiglie, mobilità territoriale alla ricerca delle prestazioni necessarie e di qualità adeguata, rinuncia a prestazioni anche essenziali per motivi economici e di accesso, allungamento dei tempi di attesa.

l'organizzazione del sistema dei servizi offerti dovrebbe essere costruito in modo uniforme sulla domanda di salute del paziente e sulla rilevazione della qualità percepita, purtroppo mai introdotta in molte realtà sanitarie, con una valorizzazione dell'atto aziendale (sull'aspetto organizzativo), dei piani attuativi e del Piano triennale della Performance (sull'identificazione degli obiettivi generali e specifici) quali strumenti fondamentali dell'azienda sanitaria per identificare la migliore e funzionale organizzazione amministrativa in corrispondenza degli obiettivi da conseguire e per distribuire in modo correlato le responsabilità dirigenziali e le risorse.

Inoltre, anche al fine di orientare le prestazioni verso il miglioramento continuo dei servizi e la cultura del risultato, occorrerebbe intensificare l'uniformità amministrativa dei controlli di efficienza (la c.d. valutazione delle performance), attraverso condivisi modelli di misurazione delle performance individuali e delle strutture organizzative: ciò al fine di rendere possibile una maggiore trasparenza e comparabilità dei risultati delle attività e dei servizi sanitari, garantendo l'equa uniformità anche del riconoscimento distributivo della premialità tra il personale, che dovrebbe essere sempre agganciato anche alle soglie di qualità percepita dal paziente, costantemente monitorata e rilevata in sede aziendale.

In conclusione, sotto il profilo dell'organizzazione, le disuguaglianze trovano una buona medicina nell'antico antidoto del buon andamento: soltanto l'applicazione lineare ed uniforme del processo obiettivi - risorse - monitoraggio - rendicontazione costituisce la precondizione che consente di rilevare, correggere e superare, anche in un'ottica comparata, le inefficienze e le differenziazioni territoriali.

Abstract

Organization and right to health, to the test of regionalization and corporateization of health systems.

by Caterina Ventimiglia

The contribution proposes an analysis of the effectiveness of the right to health, deepening the evolution of "regionalization" and "privatization of a state-owned company" of the National Health Service, in comparison with the marked regional differences (gaps) in the provision of Essential Levels of Assistance. The author researches the profile of the organization and of the financing of health services which take on a peculiar complexity in the health sector, in which there is the most complex experience of decentralization and also the introduction of fiscal federalism through the application of the requirement and the standard cost.

For the purposes of overcoming health inequalities, the analysis proposes the territorialization of the standard cost through the introduction of the socio-economic deprivation index and considers fundamental the development of the health care company by enhancing the organizational autonomy and the introduction of an uniform system of internal controls on health services, including the detection of the quality perceived by the user, adequate to support the improvement of services and the uniform fulfillment of Essential Levels of Assistance.