

Dipartimento di / Department of
Giurisprudenza – School of Law

Dottorato di Ricerca in / PhD program Scienze Giuridiche Ciclo / Cycle XXXV

Curriculum in (se presente / if it is) Diritto pubblico, diritto pubblico dell'economia e filosofia del diritto

**LA SANITÀ TRA STATO,
REGIONI ED ENTI LOCALI.
PROFILI COSTITUZIONALI, ORGANIZZATIVI
ED ECONOMICO-FINANZIARI
DELLA RIPARTIZIONE DI COMPETENZE
TRA LIVELLI DI GOVERNO
IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE,
ALLA LUCE DELL'EMERGENZA COVID-19.**

Cognome / Surname Calabria

Nome / Name Daniele

Matricola / Registration number **790730**

Tutore / Tutor: **Prof. Giulio Enea Vigevani**

Cotutore / Co-tutor:
(se presente / if there is one)

Supervisor:
(se presente / if there is one)

Coordinatore / Coordinator: **Prof. Antonello Tancredi**

ANNO ACCADEMICO / ACADEMIC YEAR 2021/22

SOMMARIO

SOMMARIO	2
INTRODUZIONE	8
Capitolo I. DALLA “SANITÀ” LIBERALE ALLA “SALUTE” COSTITUZIONALE	13
1. L'utilità di una riflessione storica	13
2. La concezione liberale di tutela della salute; la nascita del sistema mutualistico (1881-1922)	14
3. La tutela della salute durante il fascismo	19
4. La tutela della salute nella Costituzione del 1948	21
4.1. La discussione in Costituente e la genesi dell'art. 32	22
4.2. Una prima analisi dell'articolo 32 Cost., alla luce del contesto sociale del Dopoguerra	27
4.3. L'interpretazione “sistematica” dell'art. 32 Cost. con le altre disposizioni costituzionali	35
4.4. La suddivisione delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria nella Costituzione del 1948	38
5. Le difficoltà di attuazione dell'art. 32 Cost., tra resistenze sociali ed economiche	46
Capitolo II. L'EVOLUZIONE DELLA TUTELA DELLA SALUTE DAL DOPOGUERRA AD OGGI, TRA UNIVERSALISMO, REGIONALISMO E SCELTE FINANZIARIE	55
1. L'evoluzione del concetto di diritto alla salute nel nuovo stato costituzionale	55

2.	Il superamento del sistema delle mutue, attraverso l'attuazione del regionalismo e della competenza in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera	65
3.	La nascita del sistema sanitario nazionale (l. 833/1978)	69
4.	La faticosa attuazione del SSN	78
5.	L'aziendalizzazione del SSN attraverso la riforma-bis	82
6.	I riflessi della riforma-bis e la riforma Bindi	93
7.	La suddivisione delle competenze sanitarie con la riforma del Titolo V del 2001	103
8.	I livelli essenziali di assistenza	108
8.1.	La costituzionalizzazione dei LEA con la Riforma del Titolo V	108
8.2.	La "svolta cooperativa" in sede di attuazione dei LEA: i D.P.C.M. del 2001 e del 2017	114
8.3.	I LEA nella giurisprudenza della Corte costituzionale	119
9.	La tutela della salute nel nuovo millennio	123
10.	Il SSN alla prova delle difficoltà economiche	128
10.1.	I piani di rientro dal disavanzo	130
10.2.	Il federalismo fiscale in materia sanitaria	141
10.3.	La giurisprudenza costituzionale come chiave per una riconciliazione tra salute ed esigenze di bilancio	147
11.	Conclusioni: la ricerca di soluzioni per una salute "sostenibile"	157
Capitolo III. LA DIFFERENZIAZIONE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI: UN'ANALISI COMPARATIVA		165
1.	Introduzione	165

2.	I diversi modelli di SSR tra evoluzione storica e classificazioni dottrinali	167
2.1.	Il rapporto tra modello sanitario nazionale e modelli regionali in una prospettiva storica	168
2.2.	I modelli di SSR: alcune classificazioni	174
3.	La differenziazione dei SSR: modelli a confronto	182
3.1.	Il modello “competitivo” del SSR Lombardo	184
3.1.1.	Il SSR lombardo dal 1995 alla l.r. 33/2009	185
3.1.2.	Il modello di SSR nella l.r. 23/2015	189
3.1.3.	Il rapporto AGENAS	194
3.1.3.1.	Le criticità emerse a seguito del monitoraggio	195
3.1.3.2.	L’impatto della pandemia sul SSR lombardo	198
3.1.3.3.	Le soluzioni proposte da AGENAS	201
3.1.4.	La riforma del SSR con l.r. 22/2021	206
3.1.4.1.	Le novità della riforma Moratti: le previsioni pandemiche	209
3.1.4.2.	La riorganizzazione istituzionale e la riallocazione delle funzioni fondamentali degli enti del SSR	212
3.1.4.3.	Le novità in materia di rafforzamento della rete territoriale	219
3.1.4.4.	Integrazione sociosanitaria nei percorsi di cura e multidisciplinarietà	223
3.1.4.5.	Previsioni in materia di controllo e vigilanza	226
3.1.4.6.	Attività di prevenzione	227
3.1.4.7.	Coinvolgimento degli enti locali	230
3.1.4.8.	Rapporti tra SSR e Università, terzo settore e ordini professionali	230

3.1.5. Conclusioni: la continuità del modello sanitario lombardo, tra eccellenze e criticità	234
3.2. Il SSR dell'Emilia-Romagna: tra modello integrativo e slanci concorrenziali	240
3.2.1. La l.r. 29/2004	242
3.2.1.1. I principi del SSR Emiliano-Romagnolo	243
3.2.1.2. Assetto organizzativo del SSR	244
3.2.1.3. Personale	248
3.2.1.4. Controlli	250
3.2.1.5. Autonomia privata	251
3.2.1.6. Coinvolgimento degli enti locali	251
3.2.1.7. Rapporti con le Università	253
3.2.2. Le altre fonti normative del SSR dell'Emilia-Romagna	255
3.2.2.1. La l.r. 19/1982	256
3.2.2.2. La l.r. 12 maggio 1994, n. 19	257
3.2.2.3. La l.r. 5 dicembre 2018, n. 19	261
3.2.3. Conclusioni: il SSR emiliano-romagnolo come paradigma dell'equilibrio tra concorrenza e integrazione	266
3.3. Il SSR pugliese tra tentativi di riforma e piani di rientro	268
3.3.1. Breve storia dell'evoluzione del sistema sanitario pugliese (1992 – oggi)	269
3.3.2. La l.r. 25/2006	273
3.3.2.1. I principi del SSR	274
3.3.1.2. Programmazione regionale	275
3.3.1.3. Gli organi sanitari regionali	276

3.3.1.4. Accreditamento istituzionale	277
3.3.1.5. Prevenzione	278
3.3.1.6. L'integrazione socio-sanitaria	279
3.3.1.7. I controlli	280
3.3.1.8. I rapporti con le Università	280
3.3.3. Conclusioni: la sanità pugliese tra tentativi di riforma e necessità finanziarie	281
4. La sanità differenziata: le richieste delle Regioni Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna in materia sanitaria all'interno delle pre-intese e delle bozze d'intesa <i>ex art. 116 co. 3 Cost.</i>	284
4.1. L'opportunità di una differenziazione in materia di tutela della salute	286
4.2. Le previsioni delle pre-intese in materia di tutela della salute	289
4.3. Il riavvio dei negoziati e le bozze di intesa	291
5. Conclusioni: la differenziazione nei SSR fra slanci autonomistici ed esigenze di uniformità	294
Capitolo IV. LA TUTELA "MULTILIVELLO" DELLA SALUTE NEI PERIODI EMERGENZIALI: LA PANDEMIA COVID-19	303
1. Introduzione: il diritto dell'emergenza sanitaria come paradigma	303
2. La ricostruzione storica della pandemia in Italia	307
2.1. Lo scoppio dell'epidemia a Wuhan e le prime misure di profilassi internazionale	308
2.2. Dalla dichiarazione dello stato di emergenza alle prime ordinanze regionali	311
2.3. Il diffondersi dell'epidemia e le prime misure legislative nazionali	314

2.4.	Lo scoppio della pandemia nel nord Italia	318
2.5.	L'esplosione della pandemia a livello nazionale	322
2.6.	La fine della prima ondata e l'attenuazione delle misure restrittive	325
2.7.	La seconda ondata: la divisione tra zone regionali di rischio	328
2.8.	La campagna vaccinale e l'introduzione del <i>green pass</i>	333
3.	La gestione dell'emergenza COVID-19 alla prova della giurisprudenza costituzionale, tra sistema delle fonti e livelli di governo	335
3.1.	La competenza ad adottare le misure emergenziali, tra profilassi internazionale e leale collaborazione	337
3.2.	Le decisioni della Corte sulla congruità delle fonti utilizzate per la normativa emergenziale	351
4.	Conclusioni: verso un nuovo "diritto dell'emergenza", in una logica di leale collaborazione tra livelli di governo	359
CONCLUSIONI. LA SANITÀ IN ITALIA ALLA PROVA DELLE EVOLUZIONI SOCIALI, TRA SPINTE DISGREGATRICI E ANELITI COLLABORATIVI		371
1.	L'evoluzione futura della tutela della salute, oltre le esigenze finanziarie ed erogative	371
2.	Il delicato equilibrio Stato-Regioni in materia sanitaria, tra spinte centrifughe e leale collaborazione	375
BIBLIOGRAFIA		384
ABBREVIAZIONI NORMATIVE		403

INTRODUZIONE

Il diritto alla salute, riconosciuto nell'articolo 32 della Costituzione italiana come diritto esplicitamente "fondamentale", ricopre nella società italiana contemporanea un ruolo di primo piano, sia perché contraddistinto da un contenuto complesso e in continua evoluzione, sia perché, tra i diritti sociali, è quello che costituisce la più cospicua voce di spesa nei bilanci delle amministrazioni pubbliche¹.

Il contenuto complesso di questo diritto deriva, in particolare, dalla caratteristica intrinseca dello stesso ad adeguarsi a seconda dell'evoluzione tecnologica, sociale, culturale ed economica del Paese; la stessa definizione di "salute" – oggi intesa nell'amplessima accezione di stato di completo benessere fisico, mentale e sociale – ha subito nel tempo interpretazioni continue, a tal punto da rendere completamente obsoleta la sua storica definizione di "assenza di malattia"².

Importante in questo continuo aggiornamento è stato anche l'apporto degli indirizzi riformatori dell'organizzazione sanitaria nazionale, portati avanti per affrontare le esigenze di volta in volta emerse dalla situazione socio-economica del Paese: la Riforma del 1978, che istituendo il Sistema sanitario nazionale ha attuato il concetto di un diritto alla salute "universale e globale" come concepito dall'art. 32 Cost.; le Riforme del 1992 e del 1999, che hanno portato

¹ Cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, in ID. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, pp. V ss.

² Il punto di riferimento storico-normativo in tal senso è lo statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1946, che definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018, pp. 2 ss.; CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni: ritorno al coordinamento tecnico*, in *Le Regioni*, 4/2020, p. 739; CILIONE G., *Diritto sanitario / Profili costituzionali, legislativi ed amministrativi - ripartizione delle competenze istituzionali - Organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico - ruolo dei soggetti sanitari privati - disciplina delle professioni e sistema delle responsabilità / Con i contributi per l'aggiornamento di Giulia Gasparro, Enrico Guarnieri, Maria Letizia Giannella*, Santarcangelo di Romagna 2019, p. 16.

all'aziendalizzazione e alla regionalizzazione del SSN, oltretutto al maggiore coinvolgimento dei privati nelle attività erogative; la Riforma del Titolo V nel 2001, che ha sancito definitivamente il dualismo tra Stato e Regioni in materia di *"tutela della salute"*, attraverso la sua collocazione tra le materie di competenza concorrente ex art. 117 co. 3 Cost.

L'attuale sistema sanitario, eredità soprattutto delle riforme susseguite dai primi anni '90 ad oggi – le quali nascevano da esigenze di razionalizzazione della spesa e di ricerca di una maggiore efficienza – ha però mostrato nel tempo alcune criticità, legate soprattutto alle difficoltà economiche incontrate dal sistema Paese e sfociate in riduzioni e razionalizzazioni della spesa che hanno messo in difficoltà numerosi comparti del settore; oltre a ciò, negli ultimi anni si è consolidato – e sotto certi aspetti acuito – il grande divario tra i diversi sistemi sanitari regionali – nonché, all'interno dello stesso SSR, tra i diversi territori – in termini di erogazione delle prestazioni e di efficienza di spesa.

Tali criticità si sono peraltro acuite in occasione della attuale emergenza pandemica da COVID-19, durante la quale il sistema sanitario nazionale si è ritrovato a fronteggiare tale situazione inedita, sotto molteplici punti di vista.

Innanzitutto, nella prima fase dell'emergenza è emersa a livello mediatico una certa frizione tra i livelli di governo nazionale e regionale rispetto alla competenza ad adottare le misure emergenziali e al merito delle stesse – dettato dalle opposte esigenze di tutela della salute e del tessuto socio-economico; il rischio – poi gestito attraverso la concertazione in varie sedi delle misure di contrasto alla pandemia – era che diversi livelli di governo adottassero atti e comportamenti emergenziali diversi e talvolta contrastanti tra loro.

L'emergenza pandemica ha perciò rinfocolato la discussione sulla natura stessa del riparto di competenze tra Stato, Regioni ed Enti locali in materia di tutela della salute: il forte ruolo acquisito dalle Regioni ha subito un arresto di fronte a una crisi di portata addirittura trans-nazionale; è stato riportato, altresì, al centro

dell'attenzione un ambito materiale come quello della "profilassi internazionale" mai giunto prima, almeno in tempi recenti, agli onori delle cronache; e ancora, la necessità di una risposta coordinata all'emergenza ha costretto i livelli di governo a nuovi e più profondi sforzi di leale collaborazione.

Il verificarsi della pandemia non ha, peraltro, sollevato criticità solamente sotto il profilo istituzionale: numerosi rilievi sono stati effettuati, come anticipato, anche sul merito delle scelte emergenziali, che necessariamente sono andate a comprimere esigenze e bisogni che trovano di norma una copertura costituzionale amplissima; la domanda di base che ci si è posti, dunque, è quanto ci si possa spingere, nel nostro sistema costituzionale, per tutelare la salute in termini di bilanciamento con altri diritti. Anche dalla risposta, politica e giuridica, a un simile quesito dipende il futuro assetto della materia sanitaria in Italia.

Ci si è posti dunque, con questo scritto, l'obiettivo di comprendere in definitiva quali siano le prospettive presenti e future del diritto alla salute in Italia, in particolare sotto il profilo dell'assetto organizzativo del nostro sistema sanitario.

Per arrivare a questo risultato, tuttavia, non si può che partire da un'analisi ricostruttiva della suddivisione delle competenze in materia sanitaria tra livelli di governo statale, regionale e degli Enti locali, come desunta dalle disposizioni costituzionali in materia, dai numerosi interventi di riforma portati avanti in materia sanitaria e dalla lettura del diritto alla salute da parte della giurisprudenza nel tempo; si tratta, in sostanza, di una ricostruzione storica della tutela della salute in Italia, fino a descrivere l'attuale assetto della normativa nazionale in materia.

Un capitolo dello scritto è invece dedicato alla differenziazione dei sistemi sanitari regionali: in esso è contenuta un'analisi comparativa dei sistemi sanitari di alcune Regioni a statuto ordinario, condotta con un taglio che metta in luce le

differenze in merito all'interpretazione delle competenze concesse alle Regioni stesse³; segue poi – sempre per valorizzare il profilo evolutivo della tutela della salute – un'analisi delle proposte in materia sanitaria portate avanti dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto durante le trattative con lo Stato per la concessione dell'autonomia differenziata ex art. 116 co. 3 Cost.

Segue poi il capitolo dedicato all'analisi del *corpus* normativo emergenziale adottato dai diversi livelli di governo tra il gennaio 2020 e oggi: questo lavoro mira non solo a illustrare gli effetti delle previsioni emergenziali sulla tutela dei diritti individuali e sul godimento delle libertà costituzionali, ma anche e soprattutto – grazie al contributo fornito dalle pronunce della Corte costituzionale – a fornire una ricostruzione del rapporto tra Stato e Regioni nella gestione dell'emergenza, con effetti innovativi anche sul sistema delle fonti.

Con le conclusioni dell'elaborato, infine, l'intento è di raccogliere i diversi spunti esposti nei capitoli precedenti per ricavare alcune indicazioni sui profili evolutivi concernenti la tutela della salute nel nostro Paese, con particolare riguardo al rapporto tra Stato e le Regioni e al futuro del Sistema sanitario nazionale.

La trattazione avrà particolare cura di soffermarsi per ciascun capitolo sull'aspetto della suddivisione delle competenze in materia tra i diversi livelli di governo; per questo motivo, per esempio, non si andrà indietro nella trattazione storica – se non attraverso brevi cenni – oltre il periodo di entrata in vigore della Costituzione, essendo lo stato regionale previsto con essa e attuato a tutti gli effetti solo dalla fine degli anni '70 in avanti.

Occorre infine ricordare che l'attuazione del diritto alla salute in Italia ha attraversato una evoluzione storica molto vivace, tanto dal punto di vista sostanziale, quanto da quello relativo alla suddivisione delle competenze in

³ In particolare, grande attenzione è posta sul tipo di assetto organizzativo scelto per il SSR e sulla compartecipazione del settore privato nel soddisfacimento del fabbisogno sanitario.

materia sanitaria tra enti della Repubblica; per questo motivo sarebbe estremamente riduttivo delinearne un contenuto statico, relativo alla sola attualità o ad altro momento storico specifico. Semmai, l'interesse di questa trattazione è cogliere gli aspetti dinamici di questo diritto, privilegiando dunque una narrativa che renda ben conto dell'evoluzione storica, piuttosto che focalizzata al mero dato riepilogativo di uno *status quo*.

Capitolo I

DALLA “SANITÀ” LIBERALE

ALLA “SALUTE” COSTITUZIONALE

1. L'utilità di una riflessione storica

Si è scelto di dedicare la prima parte di questo lavoro a una retrospettiva storica della tutela della salute in Italia: come si vedrà, infatti, il concetto stesso di salute, il contenuto del relativo diritto e tutto ciò che vi si collega non hanno mai avuto, se non per breve tempo, un significato statico¹.

Sviluppare un resoconto storico, pur arricchito da riflessioni giuridiche, sulla storia del comparto sanitario in Italia aiuta senza dubbio a coglierne invece la sua intrinseca natura dinamica ed aiuterà, più avanti, anche a comprendere quali sono le prospettive di sviluppo di questo tema in futuro.

Ciò vale, a maggior ragione, per il tema centrale di questo scritto, ossia la ripartizione di competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria: se infatti la Costituzione ha sempre previsto in astratto che almeno una parte della materia sanitaria fosse demandata al livello regionale, è pur vero che questa previsione è rimasta a lungo inattuata – in linea con lo sviluppo tardivo del regionalismo; anche successivamente, inoltre, l'assetto regionale del comparto ha incontrato periodi di trasformazione importanti, mutando di volta in volta la propria fisionomia.

¹ Cfr. GROSSI P., *Attuazione ed inattuazione della costituzione*, Milano 2002, p. 3; MARONGIU G., *La prestazione dell'attività sanitaria*, in GIANNINI M.S. (a cura di), *Lineamenti di organizzazione sanitaria*, Milano, 1991, pp. 389 s.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002, p. 87.

Quest'ultima considerazione permette infine di rendere conto della trattazione separata – nel prossimo capitolo – del periodo successivo alla costituzione del Sistema sanitario nazionale. È sì possibile rinvenire un *fil rouge* che collega l'intero percorso storico della tutela della salute in Italia, almeno dal periodo post unitario ai giorni nostri; tuttavia, l'avvento del sistema universalistico inaugurato dalla Legge 23 dicembre 1978, n. 833² non solo ha inaugurato un nuovo modello strutturale di erogazione delle prestazioni sanitarie nel nostro Paese, ma è stato anche il risultato di un processo che ha portato a un cambiamento di paradigma nella nozione di diritto alla salute. Processo di cui si renderà qui conto, essendo determinante ai fini della trattazione del regionalismo sanitario.

2. La concezione liberale di tutela della salute; la nascita del sistema mutualistico (1881-1922)

L'attuale assetto del Sistema sanitario nazionale³ non è che una conquista recente all'interno delle politiche di *welfare* dello Stato italiano: dall'Unità ad oggi, infatti, si sono susseguiti diversi modelli di tutela della salute; questi, a loro volta, sono stati lo specchio della concezione sociale, culturale, economica che istituzioni e cittadini conferivano al bene-salute in un determinato periodo storico.

Così si verificò nel periodo post-unitario. Nella concezione, tipica del modello liberale, dello "Stato minimo", la sanità pubblica era finalizzata principalmente alla prevenzione dei rischi per la collettività – in particolare sul fronte della prevenzione e del trattamento delle epidemie – e al perseguimento di un livello minimo di igiene e sanità nella popolazione; la tutela della salute individuale era invece affare quasi esclusivo dei singoli – attraverso l'ausilio dei medici, i quali erano professionisti privati – con la sola eccezione della cura degli indigenti da

² Da qui in avanti l. 833/78.

³ Da qui in avanti SSN.

parte degli istituti privati di carità, allora monopolisti dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai non abbienti⁴.

In sostanza, dunque, quasi ogni problematica connessa alla tutela della salute rientrava nel più ampio concetto di tutela dell'ordine pubblico, tanto più tutelato quanto meno proliferasse la diffusione di patologie su larga scala⁵; vi era inoltre l'interesse delle istituzioni pubbliche – e del capitale privato che ne orientava le scelte amministrative – affinché la popolazione fosse sana e sempre più numerosa non tanto in ottica individualistica, ma in previsione dell'aumento dei volumi economici del neonato stato italiano⁶.

È evidente qui l'influenza, nelle scelte statali, delle problematiche nascenti dalla conversione industriale – pur lenta – del Paese e alla correlata esigenza di tutela delle nascenti masse lavoratrici, le quali chiedevano – attraverso i sindacati e i nascenti partiti di massa – tutele crescenti avverso condizioni di lavoro spesso insalubri.

⁴ Per una ricostruzione della normativa adottata nel periodo successivo all'unificazione, dalla legge sulla sanità pubblica del 1865 (l. 2248, allegato C) alla legge crispina sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica (l. 5849 del 1888), si v. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, II ed., Roma/Bari, 2021, 630 pp.; MICCOLI E., *L'assistenza sanitaria*, in ALESSI R. (a cura di), *Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica. L'ordinamento sanitario. 1, l'amministrazione sanitaria*, Vicenza 1967, pp. 119 ss.

⁵ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 3; FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, in BIFULCO R., CELOTTO A., OLIVETTI M., *Digesto delle discipline pubblicistiche: diritto costituzionale, diritto amministrativo, diritto regionale, diritto internazionale, diritto comunitario, diritto ecclesiastico, diritto canonico, diritto pubblico comparato*, Vol. XIII (Reg-Sc), Milano, 1997, p. 515; ID., *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, pp. 41 ss.

⁶ Sul punto cfr. CAMMEO F., *Sanità pubblica, parte I, Principi generali, fonti ed organi dell'amministrazione sanitaria*, in ORLANDO V.E., (a cura di), *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, Vol. IV, Milano, 1905, pp. 213 s., il quale però sottolinea che gli interventi statali in questa direzione non andavano mai ad intaccare, comunque, l'intangibilità delle scelte di cura del singolo individuo propria della concezione liberale. Come si vedrà, col tempo l'intervento statale si fece più cospicuo, soprattutto sul fronte assistenziale, cfr. LABRANCA A., *Sanità pubblica*, in D'AMELIO M. (a cura di), *Nuovo digesto italiano*, Vol. XI, Torino, 1939, p. 1044 ss.; LESSONA S., *Trattato di diritto sanitario*, Vol. I, Milano/Torino/Roma, 1914, pp. 13 ss. e 335 ss.; VITTA C., *Sanità pubblica, Parte II, I singoli obiettivi dell'amministrazione sanitaria*, in ORLANDO V.E. (a cura di), *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, Vol. IV, cit., pp. 395 ss.

Di fronte a queste istanze, si concretizzò a partire dalla fine del XIX secolo l'assunzione graduale da parte dello Stato di compiti di erogazione di prestazioni per la tutela della salute dei lavoratori, per il tramite dei c.d. enti mutualistici, enti associativi di diritto pubblico⁷ il cui scopo sociale era la copertura dei rischi infortunistico-sanitari delle classi lavoratrici⁸.

Il sistema delle mutue si sviluppò gradualmente, in parallelo col lento sviluppo industriale del Paese. Si cominciò con previsioni base come l'obbligo di assicurazione contro il rischio infortunistico, limitato peraltro ad alcuni settori lavorativi come l'industria e il settore agricolo⁹.

Si trattava dunque non di un intervento di finanziamento di un sistema sanitario di base, ma di una tutela specifica legata al contratto di lavoro e alla retribuzione; in sostanza, era un aggravio burocratico nei confronti del datore di lavoro e una garanzia in più per il lavoratore. Con essa però non veniva direttamente coperto il rischio legato alla generica malattia del lavoratore o dei suoi familiari – si sarebbe trattato, in tal caso, di un vero e proprio benefit ricompreso nel salario inteso in senso ampio – bensì quello legato unicamente allo svolgimento delle mansioni lavorative.

Questa previsione inaugurò l'epoca delle mutue assicuratrici, ossia le società ed altri enti collettivi che si occupavano della contrattazione in massa della copertura prima del rischio infortunistico, e poi – come si vedrà più avanti – delle malattie professionali, fino alla copertura anche delle patologie non correlate alle mansioni e agli ambienti di lavoro.

⁷L'espressione è mutuata da CAPUTI CAMBRENGHI V., *I servizi sociali*, in MAZZAROLLI L., *Diritto amministrativo*, I, II ed., Bologna 1998, p. 1018.

⁸ Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 12 s.

⁹ Più precisamente, la prima normativa in materia fu emanata con l. 17 marzo 1898, n. 80, che istituiva l'obbligo di avere una assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile del datore di lavoro riguardo gli infortuni professionali.

L'inaugurazione della legislazione mutualistica costituì un passaggio importante nell'ampliamento della funzione sanitaria pubblica, non più circoscritta ad interventi di ordine prettamente pubblico-sanitario¹⁰, pur muovendosi sempre nella cornice di un approccio produttivistico, in cui vi era una connessione diretta tra idoneità fisica (quindi assenza di malattia) e produttività della popolazione¹¹.

Anche la struttura organizzativa pubblica che si occupava di tutela della salute rifletteva l'aderenza al modello liberale-mutualistico, rispecchiando invece la scarsa priorità di valorizzare l'ambito sanitario sotto profili diversi.

Depositario delle competenze – perlopiù di controllo – in materia di salute e igiene pubblica fu, fino al 1902, l'Ispettorato di Sanità; da quella data¹², invece, su proposta dell'allora ministro dell'interno Giolitti l'Ispettorato venne sostituito dalla neonata Direzione Generale della Sanità Pubblica all'interno del ministero stesso; questo organismo rimase operativo fino al 1945¹³. Da questa scelta si evince, come anticipato *supra*, il carattere subordinato della materia sanitaria al tema generale tutela dell'ordine pubblico, a tal punto da non necessitare un organo indipendente – se non addirittura una struttura ministeriale– creato *ad hoc* per la sua gestione.

L'impostazione mutualistica non si attenuò nemmeno dopo la parentesi sanguinosa della Grande Guerra, durante la quale i servizi sanitari attivi in Italia si modellarono sull'emergenza del conflitto: la Direzione Generale si occupò principalmente di gestione delle condizioni igienico-sanitarie nelle zone di guerra, in particolare con misure atte ad arginare i focolai delle malattie da

¹⁰ Cfr. ALESSI R., *L'amministrazione sanitaria*, in ID. (a cura di), *Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica*, cit., p. 12.

¹¹ Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 14 s.; ZANELLA M., *L'assistenza sanitaria direttamente erogata dagli enti mutualistici attraverso propri ospedali ed ambulatori*, in ALESSI R., (a cura di), *Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica*, cit., pp. 120 ss.

¹² Con R.D. 28 dicembre 1902, n. 588.

¹³ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, Milano, 2022, p. 87.

contagio che si diffondevano rapidamente per via delle condizioni in cui vivevano i soldati e la cittadinanza stessa¹⁴; al fronte, accanto alla Sanità Militare, operava invece la Croce Rossa Italiana¹⁵.

Una volta terminato il conflitto, però, le forti rivendicazioni sociali – culminate nel periodo del biennio rosso, delle serrate e del malcontento sociale, oltre che delle crisi di governo anticipatrici del fascismo – portate avanti dalle masse lavoratrici decimate e impoverite investirono anche il tema della salute: in particolare, la richiesta – avanzata già prima della guerra in considerazione della profonda crisi economico-finanziaria in cui vessavano gli ospedali che prestavano le cure gratuite ai non abbienti – era di donare una struttura organica e definitiva al sistema normativo delle assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

Sul punto si concentrò anche parte dei lavori parlamentari dell'epoca¹⁶: ne nacque l'idea di spostare le competenze in materia di sanità e igiene in capo a un ente autonomo di livello nazionale; questo organismo doveva fungere anche da gestore dei finanziamenti alla spesa sanitaria istituiti *ad hoc* dai comuni e dallo stato, su base capitaria; era prevista, inoltre, l'estensione della tutela oltre le sole malattie da infortunio, fino ad abbracciare l'intero rischio medico gravante sul lavoratore¹⁷; chiudeva il sistema l'istituzione di una rete ospedaliera nazionale e di medici condotti per l'erogazione delle prestazioni domiciliari.

¹⁴ Il biennio 1918-19 viene ricordato per il verificarsi dell'epidemia del virus H1N1 (poi denominato dagli storici "influenza spagnola"), la maggiore pandemia dell'epoca contemporanea fino all'avvento di Covid-19.

¹⁵ Coadiuvata, dopo Caporetto, dalla Croce Rossa americana, con la quale prestò servizio Ernst Hemingway e la cui attività viene raccontata dallo stesso autore in *Addio alle armi*.

¹⁶ Furono addirittura due le commissioni che si occuparono del tema, cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia*, cit., p. 89.

¹⁷ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 90.

Questo tentativo si scontrò però con gli interessi delle mutue e si arenò definitivamente con l'avvento del fascismo¹⁸.

3. La tutela della salute durante il fascismo

Alla luce della concezione sociale tipica del regime fascista, il sistema dei servizi sociali e sanitari non poteva che assumere un'attitudine statalista e indirizzata a condurre nelle mani del potere centrale il coordinamento delle iniziative mutualistiche e confessionali che aveva fino a quel momento caratterizzato il settore della protezione socio-sanitaria italiana.

In questa direzione si mosse dunque il regime, introducendo l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali¹⁹, poi unificata con l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, già operativa²⁰. Con l'inevitabile aumento della domanda assicurativa si moltiplicarono anche le mutue; tra di esse vi era anche l'Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori, nato nel 1943 e ridenominato, dal 1947 e fino al 1977 – anno della sua soppressione e cessione di mansioni all'INPS – Istituto nazionale per l'assicurazione contro le Malattie, o INAM.

L'intento del legislatore fascista in materia sanitaria era però di più ampio respiro rispetto alla mera tutela dei lavoratori dal rischio professionale: l'obiettivo era ricondurre a un sistema organico – sulla scia della formazione di un testo unico, tecnica normativa particolarmente apprezzata dal regime – la legislazione dell'epoca nei vari settori della sanità, allora frammentata e nemmeno lontanamente pensata come unitaria.

Questo indirizzo si manifestò anzitutto con provvedimenti mirati in materia di protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia – pur nell'ottica

¹⁸ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 88 ss.

¹⁹ R.D. 13 maggio 1929, n. 928, entrato in vigore nel 1934.

²⁰ R.D. 17 agosto 1935, n. 1765.

tipicamente totalitaria di creare generazioni fisicamente e moralmente forti²¹, nell'interesse della patria²². Successivamente, nel 1934²³ venne approvato il Testo unico delle Leggi Sanitarie, che riorganizzava integralmente la normativa sulla sanità pubblica; in particolare, la nuova normativa regolava l'esercizio delle professioni sanitarie e si occupava dei provvedimenti contro le malattie infettive e sociali; veniva anche prevista l'attribuzione della competenza in materia²⁴ al Ministero dell'interno e alle sue estensioni territoriali (prefetti e podestà).

L'art. 4 scendeva ulteriormente nel dettaglio, con l'attribuzione delle funzioni amministrative di base: i comuni dovevano provvedere all'assistenza medico-chirurgica e ostetrica gratuita e alla somministrazione gratuita dei medicinali ai poveri²⁵ – col divieto però di *“istituire condotte sanitarie per la generalità degli abitanti”*; per i non aventi diritto all'assistenza gratuita, invece, vennero predisposte delle *“speciali tariffe [...] all'uopo proposte”*²⁶.

L'obiettivo, con l'attuazione completa di queste misure, era con ogni probabilità ridimensionare in maniera consistente il sistema delle mutue e delle opere di carità; finalità in linea con l'atteggiamento di generale diffidenza, da parte del regime, verso i corpi sociali intermedi. È persino possibile che il governo fascista – in linea con la discussione portata avanti dagli esperti di servizi sanitari e sociali

²¹ Tra le tante si ricordano la l. 3 aprile 1926, n. 2237 per l'educazione fisica e morale della gioventù; nonché la l. 10 dicembre 1925, n. 2277 per la protezione della maternità e dell'infanzia. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 92.

²² La salute del singolo, infatti, era perseguita nell'ottica del ristabilimento della sua capacità lavorativa per aumentare la produttività dello stato; così SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 94.

²³ R.D. 27 luglio 1934, n. 1265.

²⁴ Art. 1 T.U. leggi sanitarie.

²⁵ Le specificazioni erano contenute nell'art. 55 del testo unico, nel quale si specificava che i comuni fossero tenuti ad avere almeno un medico chirurgo condotto e una levatrice condotta residenti nel comune e stipendiati per la cura gratuita dei poveri; laddove vi fossero opere pie o fondazioni che provvedevano all'assistenza gratuita dei poveri, i comuni erano obbligati unicamente a completarla, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale. I comuni avevano infine l'obbligo di compilare e tenere aggiornato l'elenco degli aventi diritto all'assistenza gratuita.

²⁶ L'uso della terminologia è molto simile a quello utilizzato nella Riforma Crispi del 1881. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 93.

internazionali dell'epoca²⁷ – nutrisse il proposito di superare il sistema contributivo in vigore, pervenendo viceversa a un sistema definito di finanziamento a carico della fiscalità generale²⁸.

Questo proposito, però, non si realizzerà mai: lo stesso Testo Unico rimase inattuato in buona parte delle sue previsioni, osteggiato dalle pressioni delle mutue sulla politica di regime e affossato dalla insanabile carenza di medici e operatori sanitari in larghe parti del Paese. Di fatto, perciò, il periodo fascista si caratterizzò per l'ampia proliferazione degli enti con funzioni di carattere sanitario-assistenziale, senza che vi sia stata però una discontinuità qualitativa rispetto alla concezione di tutela della salute di stampo liberale²⁹.

4. La tutela della salute nella Costituzione del 1948

Al termine della Seconda Guerra Mondiale l'Italia era al collasso economico e sociale. Sul fronte sanitario, gli addetti si erano prodigati, soprattutto nella fase della Guerra di liberazione, nell'assistenza ai feriti di guerra, civili e militari; molti dei maggiori ospedali del Paese erano stati danneggiati dai bombardamenti e dai conflitti di terra. La priorità, prima ancora del cambio di paradigma del sistema delle mutue, era la ricostruzione del sistema di infrastrutture e servizi minimi già esistenti.

Ciò non significò, peraltro, che la parte della popolazione maggiormente messa in ginocchio dalla guerra non desiderasse, una volta tornata alla vita lavorativa, riprendere le rivendicazioni sociali proposte nel primo Dopoguerra e

²⁷ Si ricorda in particolare il c.d. *Rapporto Beveridge*, pubblicato all'esito del lavoro della Commissione interministeriale per le assicurazioni sociali e servizi assistenziali, costituita dal governo di emergenza nazionale di Churchill nel 1943. Cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 94 ss.

²⁸ Attraverso un'imposta generale sostitutiva dei contributi malattia, cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 107.

²⁹ Cfr. sul punto COCCONI M., *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, 1998, pp. 13 s.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 7.

timidamente assecondate dal Fascismo, in termini di ampliamento delle prestazioni socio-assistenziali anche al di fuori dell'ambito lavorativo.

4.1. La discussione in Costituente e la genesi dell'art. 32

In questo quadro storico complesso dovette operare il legislatore del Dopoguerra: da un lato vi fu l'esigenza di far ripartire presto la macchina statale per assicurare nuovamente almeno un minimo di prestazioni essenziali in campo sociale; dall'altro una parte cospicua del Paese – spalleggiata anche da parte della politica coinvolta nella ricostruzione – desiderava il superamento del sistema previgente.

La discussione sul tema del diritto alla salute nella neonata repubblica passò, ancora prima che in Costituente, dai lavori dei governi di transizione, in particolare attraverso l'opera della Commissione per studi attinenti alla riorganizzazione dello Stato³⁰, più specificamente nella sottocommissione dedicata all'organizzazione sanitaria³¹. Tra i temi trattati spiccavano il possibile contenuto delle future norme costituzionali in materia di sanità pubblica e i principi generali con cui strutturare l'organizzazione sanitaria italiana del dopoguerra – specialmente rispetto ai rapporti tra pubblico e privato, alla funzione sanitaria e socio-assistenziale e ai rapporti tra organi politici e amministrazione sanitaria³².

Il dibattito sull'assetto da dare in generale alla tutela dei diritti sociali – e nello specifico a quella del diritto alla salute – si manifestò con forza anche in

³⁰ Istituita dall'allora presidente del consiglio e ministro dell'interno Parri il 21 novembre 1945 e chiamata anche *Commissione Forti*, dal nome del giurista amministrativista che la presiedeva; i suoi report confluirono nella *Relazione all'Assemblea costituente* del 30 maggio 1946. Cfr. sul punto: https://www.senato.it/3182?newsletter_item=1404&newsletter_numero=132.

³¹ Istituita il 26 febbraio 1946, con presidente l'On. Perotti.

³² SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 115

Costituente, dove si fronteggiarono concezioni politico-istituzionali profondamente diverse.

Le forze liberali e quelle di ispirazione cattolica spingevano verso la continuità – invero mai interrotta nemmeno con il fascismo – dello “stato minimo”, in cui il diritto alla salute si riduceva all’assistenza caritatevole degli indigenti e al sistema delle mutue per gli altri cittadini; in altre parole, dunque, si voleva conservare il quasi monopolio delle realtà private – soprattutto di ispirazione cattolica³³ – sui servizi ospedalieri e sugli enti privati di beneficenza in generale, mentre per i lavoratori si sarebbe mantenuto il sistema delle trattenute assicurative all’interno della retribuzione e della medicina del lavoro ad esso collegate.

Molti erano invece coloro i quali – *in primis* i rappresentanti dei partiti di sinistra e centrosinistra, socialisti e comunisti in testa – rivendicavano un cambio di paradigma deciso, in cui lo Stato si facesse garante in positivo del godimento dei diritti sociali con risorse proprie e una vocazione universalistica³⁴. Erano portatori, in sostanza, di quella corrente di pensiero già tradotta in fatti in alcune realtà straniere, per la quale dei diritti sociali si dovesse riconoscere anche il lato attivo; altrimenti questi stessi diritti si sarebbero risolti in mera enunciazione di principio, con poche applicazioni pratiche come il diritto negativo a non subire comportamenti altrui lesivi dell’integrità psico-fisica³⁵.

³³ L’influenza della dottrina sociale della Chiesa era molto forte, non solo tra i rappresentanti della DC; si confronti l’intervento dell’On. Martino in Costituente nella seduta del 24 aprile 1947, *resoconto stenografico*, p. 9 (3303). Preme tuttavia precisare che una parte cospicua di popolari riteneva il superamento del sistema mutualistico e delle opere pie l’unico modo di ottemperare in campo sanitario alle indicazioni fornite a suo tempo dall’esempio di don Sturzo.

³⁴ Una critica al sistema delle mutue e delle opere pie venne avanzata dall’On. Cavallotti nella seduta pomeridiana della Costituente del 22 aprile 1947, *resoconto stenografico* p. 16 (3212); ad esso contrapponeva l’istituzione un sistema solidaristico in cui fosse lo Stato a gravarsi delle spese sanitarie della popolazione. Si veda anche l’intervento dell’On. Maffi (membro del Gruppo parlamentare Comunista e medico di professione), seduta del 24 aprile 1947, *resoconto*, pp. 6 ss. (3300 ss.).

³⁵ Nessun accenno al diritto al rifiuto delle cure, ai tempi nemmeno concepito nel suo nucleo essenziale.

In generale, dalla lettura delle discussioni della Costituente si comprende come molti tra i padri fondatori³⁶ possedessero un concetto di tutela della salute molto moderno, influenzato anche dalle teorie provenienti dall'estero³⁷ sulla cura del paziente e sull'assetto del sistema sanitario di base³⁸: alcuni ben sapevano che *“certi mezzi di prevenzione e di cura sono così complessi e costosi da poter riuscire difficile procurarseli anche al cittadino più facoltoso con le sue sole disponibilità. L'organizzazione sanitaria deve essere tale, che a tutti deve essere data la possibilità di usufruirne”*³⁹; che vi era *“grande confusione nel campo sanitario per dispersione di mezzi, costose interferenze ed inevitabili deficienze”*⁴⁰; che dovessero essere garantiti *“i rapporti di fiducia tra medico e ammalato”*⁴¹, *“la volontà di scelta da parte dell'ammalato”* e il *“segreto professionale”*⁴²; che fondamentale sarebbe stato predisporre un sistema di medicina preventiva che anticipasse i bisogni del cittadino, invece di inseguirli una volta effettuata la diagnosi – come avveniva appunto nel sistema vigente.

³⁶ Sul tema si pronunciarono soprattutto coloro i quali erano medici di professione, spesso grandi esperti nelle loro materie di elezione e considerati luminari della medicina dell'epoca anche a livello internazionale. All'interno della Costituente, peraltro, i membri di professione medico avevano costituito un soggetto autonomo, il Gruppo medico parlamentare, il quale si fece promotore di diversi spunti nella redazione e modifica dell'art. 32 e in generale delle disposizioni dedicate al tema della salute.

³⁷ Il modello estero più citato era quello del *National Health System* del Regno Unito, che stava trovando attuazione proprio in quel periodo dopo una fase di studio sui servizi sanitari avviata già in periodo bellico. Cfr. l'intervento in Costituente dell'On. Cavallotti del 22 aprile, *resoconto*, p. 17 (3213).

³⁸ Si veda sul punto il primo intervento in assemblea plenaria sul tema della salute, pronunciato dall'On. Spallicci, *resoconto stenografico* del 21 aprile 1947, pp. 21 ss. (3161), il quale peraltro lamentò – probabilmente a ragione, dato che nei lavori della Commissione per la Costituzione il tema era stato solo sfiorato senza pretesa di approfondimento – la scarsa attenzione per la tutela della salute nella discussione.

³⁹ Parole dell'On. Caronia, *resoconto* della seduta del 24 aprile 1947, p. 3 (3297).

⁴⁰ Sempre l'On. Caronia, *resoconto* del 24 aprile 1947, p.3 *cit.* Similmente l'intervento dell'On. Maffi poco più avanti, p. 6 (3300) e quello dell'On. Merighi, p. 8 (3302). Ancora più nello specifico l'On. Cavallotti nella seduta pomeridiana del 22 aprile, corredata da alcuni dati statistici (aggiunta per l'epoca piuttosto significativa): *“vi è una carenza di letti ospedalieri, per cui siamo scesi, in alcune Regioni italiane, al mezzo per mille, quando la media delle nazioni civili è del sei per mille”*.

⁴¹ Su cui si sofferma diffusamente l'On. Cavallotti nella seduta del 22 aprile, p. 17 (3213).

⁴² Diffusamente sempre l'On. Caronia, *resoconto* del 24 aprile 1947, p. 4 (3298) *cit.*

Dopo un dibattito piuttosto scarno sul tema in commissione⁴³, finalmente nella seduta del 24 aprile 1947 l'Assemblea plenaria passò alla discussione del diritto alla salute, enunciato nell'articolo 26 del Progetto di Costituzione restituito dai lavori preliminari⁴⁴.

In via generale, sull'elaborazione del testo definitivo si scontrarono i diversi punti di vista – già sottolineati *supra* – espressi dalle forze politiche rispetto alla portata dei diritti sociali e all'estensione del diritto alla salute nello specifico.⁴⁵

Chi portava avanti un'idea dei diritti sociali limitata allo *status quo* non vedeva di buon occhio l'inserimento nell'articolo di eccessive specificazioni, temendo che ciò avrebbe favorito la lettura precettiva delle relative disposizioni; anche i più progressisti, però, erano restii verso una formulazione eccessivamente lunga e dettagliata, per evitare che vi confluissero argomenti troppo tecnici e che vincolassero irrimediabilmente l'assetto futuro dell'organizzazione statale in materia di tutela della salute. Su questo aspetto vi fu dunque una convergenza di

⁴³ Come già accennato, non si rinvengono discussioni corpose sul tema né nei resoconti della Commissione per la Costituzione in plenaria, né in quelli delle sottocommissioni; probabilmente l'argomento rimase assorbito dalla discussione generale sul tema dei diritti sociali, nei termini già precisati *supra*, oppure provvisoriamente accantonato in favore di temi su cui la discussione era ancora più polarizzante come organizzazione scolastica e diritti dei lavoratori. L'unico accenno si rinviene nella seduta del 25 gennaio 1947 (*resoconto*, p. 8 (180)) della Commissione plenaria, in cui viene proposto di inserire, a cura dell'On. Ambrosini, i seguenti tre articoli: "1. Lo stato tutela la salute come un diritto essenziale e fondamentale di ogni essere umano e come interesse della collettività; promuove lo sviluppo della coscienza igienica; assicura le condizioni necessarie perché l'assistenza sanitaria si effettui in modo adeguato per tutti. 2. Lo stato assolve a tali compiti per mezzo dei sanitari, mediante appositi istituti di previdenza facenti capo ad un unico organo centrale tecnico-sanitario, distinto dagli altri organi del potere esecutivo. 3. Nessun cittadino può essere sottoposto a pratiche sanitarie non autorizzate dalla legge; la quale non potrà mai consentire che le pratiche sanitarie siano esplicate oltre i limiti imposti dal rispetto della personalità umana". È una formulazione coraggiosa, la cui discussione verrà però rinviata all'esame del Comitato di redazione.

⁴⁴ Qui il testo base: "1. La Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti. 2. Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge. Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana". Si tratta di una formulazione che si discosta poco da quello che sarà il testo definitivo; tuttavia, se ne respira, soprattutto nel primo comma, il respiro liberale, in cui la salute, lungi da essere diritto fondamentale, si identifica al più come igiene pubblica e cura gratuita ai non abbienti. Più moderno il secondo comma, figlio del ripudio del fascismo e delle pratiche mediche di stampo eugenetico.

⁴⁵ Cfr. SIMONCINI A., LONGO E., *Art. 32*, in BIFULCO A., CELOTTO M., OLIVETTI M. (a cura di), *Commentario alla Costituzione, Vol. I: artt. 1-54*, Torino, 2006, pp. 664 ss.

massima delle forze politiche, che respinsero tentativi isolati di specificazione del precetto: ciò risulterà decisivo, nei decenni successivi, per giustificare la lettura meramente programmatica delle disposizioni sulla tutela della salute; col tempo, però, questo assetto permise anche di adottare una grande varietà di soluzioni normative ed amministrative per la sua attuazione.

La disposizione era stata inserita nella parte del progetto di Costituzione dedicato ai rapporti etico-sociali, come scelta precisa in virtù del suo contenuto, assimilabile a quanto previsto per l'istruzione; come già accennato, però, si discusse in plenaria tanto sulla congruità di tale collocazione e sulle ripercussioni del riconoscimento generalizzato di tale diritto⁴⁶, quanto più in generale

⁴⁶ Come si legge diffusamente nel resoconto stenografico della seduta del 24 aprile 1947 della plenaria. L'On. Sullo (Gruppo DC) fu firmatario di un emendamento soppressivo dell'articolo 26, in quanto (pp. 1-2 *resoconto*) “[...] In questa prima parte del progetto [...] vi s[ono] due categorie di diritti: i diritti di libertà e i diritti sociali [...] I diritti sociali [...] costituiscono delle innovazioni e dei germi che potranno avere uno sviluppo nella legislazione ordinaria. Ma questo articolo 26 non afferma in realtà né diritti di libertà, né diritti sociali. [...] Non si parla, nell'articolo 26, di diritti sociali nuovi. In realtà, in Italia, nei limiti dei bilanci e degli accorgimenti della tecnica amministrativa, è stata sempre tutelata la salute ed è sempre stata promossa l'igiene. Si vedrà in concreto se questi mezzi ci saranno; ma non mi pare si possa far luogo ad alcuna affermazione di principio sotto questo riguardo. Se, pertanto, questo articolo non deve contemplare che interessi di qualche classe, io ed i miei colleghi pensiamo che sia bene sopprimerlo [...]”.

Dalla lettura di questo intervento si deducono alcuni spunti: a) diversi membri della Costituente avevano intuito il potenziale (in termini soprattutto di spesa pubblica) delle enunciazioni relative ai diritti sociali, legando il loro sviluppo all'implementazione legislativa (valorizzando dunque il contenuto attivo del diritto, cui si lega necessariamente l'attribuzione di diritti alla prestazione verso lo Stato); b) salute ed igiene pubblica venivano ancora considerate dai più, se non sinonimi, strettamente dipendenti, cosicché la salute pubblica era prima di tutto difesa dalla malattia e dalla mala igiene collettiva; c) alcuni in Costituente – soprattutto liberali e DC – ritenevano di potersi appoggiare al sistema di tutela della salute esistente, senza rinnegarne le premesse e senza stravolgimenti strutturali; d) Il riconoscimento del diritto alla salute veniva osteggiato perché interesse “di qualche classe”.

La spiegazione dell'uso di quest'ultimo termine si ritrova poco più avanti, a cura dell'On. Merighi (Socialista), che contestò l'affermazione negando che l'inserimento della tutela della salute in Costituzione fosse strumentale agli interessi della classe medica; riconduceva piuttosto lo spirito dell'articolo agli “*interessi delle classi lavoratrici*”, *resoconto* del 2 aprile 1947, p. 7 (3301); inoltre Merighi, da socialista, rivendicava come necessario l'inquadramento del diritto alla salute tra i diritti di stampo sociale. Dello stesso avviso anche l'On. Cavallotti (Comunista), *resoconto stenografico* del 22 aprile 1947 (seduta pomeridiana), p. 15 (3211).

Le posizioni conservatrici sopra esposte avevano echi lontani. Le medesime obiezioni, infatti, erano state avanzate da Einaudi nel 1944 (nelle sue *lezioni di politica sociale*): in sostanza, si riteneva che il finanziamento pubblico della sanità (teorizzato nel rapporto Beveridge citato poco *supra*)

sull'opportunità di inserire esplicitamente questo ed altri diritti sociali all'interno dello stesso dettato costituzionale⁴⁷. Si trattava, come detto, di obiezioni che nascevano da una concezione diametralmente opposta dello Stato rispetto a quella propria del *welfare* sociale che ispirava questa parte del progetto; vi era il rischio, per alcuni, che il riconoscimento di tali diritti avesse ripercussioni difficilmente gestibili in termini di bilancio, già messo a dura prova durante i primi anni del Dopoguerra.

Con queste premesse si sviluppò la discussione sulle modifiche al testo dell'art. 26; il risultato fu un ragionevole compromesso tra le istanze di chi desiderava un articolato breve e non eccessivamente tecnico, e chi si era fermamente battuto a difesa della vocazione universalistica del diritto alla salute. Il testo definitivo dell'art. 26 (poi divenuto art. 32 a seguito delle operazioni di coordinamento del dettato costituzionale) divenne: *"1. La Repubblica tutela la salute come un fondamentale diritto dell'individuo e come un generale interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. 2. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, la quale, però, non può violare i limiti imposti dal rispetto della personalità umana"*.

4.2. Una prima analisi dell'articolo 32 Cost., alla luce del contesto sociale del Dopoguerra

Come anticipato, è impossibile dare una interpretazione statica del contenuto del diritto alla salute licenziato dall'art. 32: come ogni disposizione costituzionale, è

avrebbe inaridito le fonti della carità privata tradizionalmente legate a quelle prestazioni, oltre a minare il rapporto medico-paziente per la progressiva trasformazione del primo in un medico "fiscale" non interessato all'effettiva valutazione del secondo. Si contestava altresì la misura in termini economici, ritenendola eccessivamente dispendiosa.

⁴⁷ In generale, come si evince dalla proposta di Ordine del Giorno dell'On. Orlando (seduta del 23 aprile 1947, *resoconto stenografico*, p. 3/3239), forti erano le pressioni per l'eliminazione totale del titolo dedicato ai diritti sociali, *"sia perché mancano di un effettivo contenuto normativo [...] sia perché invadono campi riservati alla competenza legislativa [...]"*.

stato infatti oggetto di molteplici interpretazioni, a seconda del periodo storico e delle chiavi di lettura che l'interprete di volta in volta ha utilizzato; da questa varietà di letture è scaturita un'attuazione – pur necessaria, data la sua natura di diritto sociale – lenta, contraddittoria e disomogenea da parte dei legislatori susseguitisi nella storia repubblicana.

Questo “polimorfismo” del diritto alla salute è acuito altresì dalla sua riconosciuta forza espansiva, che ha permesso di ancorare costituzionalmente, di volta in volta, le nuove pretese correlate alle trasformazioni economiche, sociali e tecnologiche; questo grazie al concetto stesso di salute, che si pone come dinamico e soggetto al progresso scientifico e al sentire sociale⁴⁸.

Si può al massimo individuare, come si vedrà più avanti, un nucleo duro del diritto alla salute, composto di precetti condivisi dalla stragrande maggioranza degli interpreti e riconosciuti in maniera lineare durante gli anni.

Quel che interessa in questo paragrafo è offrirne piuttosto una lettura coerente non solo con le – come si è appena visto, multiformi – intenzioni dei costituenti, ma anche con il contesto in cui questa disposizione entrava in vigore, ben diversa da quella attuale.

Si può osservare anzitutto che la costituzionalizzazione espressa del diritto alla salute operata in Italia è stata per diverso tempo un *unicum* nel panorama internazionale: solo con l'emanazione di costituzioni posteriori e più recenti – quali quelle di Grecia, Spagna e Portogallo – questa unicità è venuta meno,

⁴⁸ Cfr. BIN R., DONATI D., PITRUZZELLA G., *Lineamenti di diritto pubblico per i servizi sociali e sanitari*, IV ed., Torino, 2021, p. 206. Dello stesso avviso anche CILIONE G., *Diritto sanitario*, cit., p. 17, il quale sottolinea che l'evoluzione del concetto di tutela della salute è consistito a livello pratico nell'avanzata sperimentazione di modelli pubblicistici a tal punto rivelatisi funzionali da venir estesi anche ad altri campi del diritto amministrativo.

quando ormai in diversi paesi del mondo occidentale l'assistenza sanitaria statale diffusa si era imposta come modello di riferimento⁴⁹.

Si noti, inoltre, che la formula promossa fu quella in cui vi era l'esplicita affermazione del carattere "*fondamentale*" del diritto alla salute: si tratta dell'unico, tra i diritti richiamati in Costituzione, a cui sia esplicitamente attribuito questo aggettivo.

Con una rilettura a posteriori⁵⁰ diversi autori hanno affermato la natura intenzionale di questa scelta, al fine di attribuire a questo diritto il rango di "*nucleo fondativo di tutti gli altri diritti costituzionali e presupposto irrinunciabile per la piena realizzazione della persona umana*"⁵¹.

Per quanto concerne la sua collocazione – tanto nella Costituzione quanto nella sistematica dei diritti fondamentali - il diritto alla salute si colloca all'interno del Capo dedicato ai rapporti etico-sociali; anche per questo è stato correttamente

⁴⁹ Anche la CEE prima e l'UE poi, inizialmente restie a inserire nei trattati riferimenti ai diritti fondamentali – in particolare quelli di contenuto sociale – si sono adeguate, a partire dal Trattato di Maastricht fino ad arrivare ad oggi con la previsione nel TFUE del Titolo XIII dedicato alla sanità pubblica. In questo ambito, l'Unione ha competenze di completamento e cooperazione con l'azione delle politiche nazionali. Il diritto alla salute viene riconosciuto anche nella Carta di Nizza, nell'art. 3 – che stabilisce il principio del consenso libero e informato, il divieto di pratiche eugenetiche, di disporre delle parti del corpo e di clonazione riproduttiva – e nell'art. 35, che disciplina il diritto di ogni individuo di accedere alla prevenzione sanitaria e ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Cfr. BIN R., DONATI D., PITRUZZELLA G., *Lineamenti*, cit., pp. 205-206.

⁵⁰ Suffragata però anche da alcuni accenni all'interno della discussione in Costituente sulla formula prescelta.

⁵¹ CILIONE G., *Diritto sanitario*, cit., p. 16. Cfr. sul punto anche TRIPODINA C., *Art. 32*, in BARTOLE S., BIN R. (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, II ed., Padova 2008, p. 321. Cfr. anche BIN R., DONATI D., PITRUZZELLA G., *Lineamenti*, cit., pp. 205-206; BUSICO L., CASTIELLO F., TENORE V., *Manuale di diritto sanitario: struttura e funzioni dell'amministrazione sanitaria; dirigenza e gestione del personale; responsabilità dei sanitari dopo la legge Gelli; gestione finanziaria; assicurazione per rischi sanitari; contenziosi civili, amministrativi e lavoristici; accesso ad atti privacy nell'amministrazione sanitaria; gare e appalti*, II ed., Milano, 2018, p. 1. Si confronti anche la giurisprudenza della Corte di Giustizia UE, secondo la quale la salute e la vita delle persone occupano "*il primo posto*", nella scala dei diritti (Corte di Giustizia, sent. 8 aprile 1982, causa n. C-62/90).

inquadrato⁵² tra i c.d. diritti sociali⁵³, con i quali condivide la sua struttura complessa - tra cui, imprescindibile, è l'aspetto riconducibile alla pretesa di prestazioni attive da parte dei pubblici poteri⁵⁴.

La natura complessa del diritto alla salute trova corrispondenza nella struttura stessa dell'art. 32⁵⁵. La prima parte concerne la salute come libertà ed è considerata immediatamente precettiva e produttiva di effetti; la seconda, quella dedicata al diritto a prestazioni, possiede un contenuto programmatico piuttosto accentuato che non lo renderebbe capace di produrre effetti giuridici diretti ma idoneo a essere attuato attraverso interventi dei pubblici poteri⁵⁶. Questa seconda parte può ulteriormente essere divisa in due, la prima - dedotta dal dettato costituzionale - riguardante la vocazione universalistica del diritto alle prestazioni sanitarie e la seconda consistente nella esplicita previsione delle cure gratuite agli indigenti⁵⁷.

⁵² Questo già da ben prima che vi fosse la svolta etico-sociale nell'interpretazione della tutela della salute, come si racconterà *infra*. Cfr. sul punto PERGOLESI F., *Alcuni lineamenti dei "diritti sociali"*, Milano, 1953, p. 38.

⁵³ La stessa nozione di diritto sociale, tuttavia, è stata variamente interpretata, in ragione anche del contenuto elastico dei singoli diritti sociali stessi; tantoché, per alcuni autori, sarebbe difficile effettuare una trattazione congiunta (cfr. PACE A., *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, I ed., Padova, 1990, p. 60) oppure sarebbe bene limitare al minimo il catalogo di tali diritti (cfr. PALADIN L., *Diritto costituzionale*, III ed., Padova, 1998, p. 654).

⁵⁴ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 49 ss. Non manca però chi rigetta questa logica per cui tra diritti sociali e diritti di libertà intercorrerebbe una diversità strutturale evidente, cfr. LUCIANI M., *Sui diritti sociali*, in PACE A. (a cura di), *Studi in onore di Manlio Mazziotti di Celso*, Vol. II, Padova, 1995, p. 121, che sottolinea come anche i diritti di libertà necessitino di un intervento pubblico per assicurarne la protezione, prima di tutto attraverso la loro esperibilità in giudizio; sullo stesso piano anche BALDASSARRE A., *Diritti sociali*, in *Enciclopedia giuridica*, Vol. XI, Roma 1989, p. 29, che sottolinea come alcune funzioni dello stato, come la tutela dei diritti, siano apprestate in favore di ogni posizione giuridica soggettiva, la cui esistenza stessa passa dall'azionabilità in giudizio; non se ne potrebbe dunque ricavare un discrimine tra categorie di diritti.

⁵⁵ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 63.

⁵⁶ Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 64; D'ATENA A., *Lezioni di diritto costituzionale*, IV ed., Torino, 2018, p. 11. Non è dunque solo lo Stato ad essere destinatario dell'onere di attuazione, ma la Repubblica nel suo complesso, e non solo con atti normativi, cfr. sul punto CRISAFULLI V., *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Milano, 1952, p. 72.

⁵⁷ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 69. Contrario a riconoscere natura prettamente programmatica al diritto alle cure gratuite per gli indigenti CARLASSARE L., *L'art.*

Altro interessante profilo concerne il contenuto del termine “tutela”, riferito alla salute, cangiante a seconda di quale accezione del diritto alla salute si assuma come premessa. In una prospettiva libertaria – quindi riferita alla prima parte dell’art. 32 – il termine può indicare primariamente il dovere di non mettere a rischio il bene della salute altrui, oltre al dovere della Repubblica di vigilare su questa astensione generale⁵⁸; se riferito invece al profilo del diritto a prestazioni, il termine assume invece una forma diretta, consistente in un dovere attivo di intervento per la preservazione del bene salute⁵⁹.

Questa natura composita dell’art. 32 era ben presente agli stessi costituenti, pur attribuendo alle diverse accezioni ivi insite natura ed effetti differenti.

Vi era sicuramente un generale riconoscimento del primo profilo richiamato, quello della tutela della salute come diritto all’integrità psico-fisica del singolo, inteso come diritto a non subire, tanto da soggetti privati quanto da quelli pubblici⁶⁰, comportamenti e atti lesivi della propria sfera fisica o psichica. In quest’ottica, il diritto alla salute si poneva in continuità con la tradizione giuridica liberale, in quanto corollario ed estensione della libertà personale, assoluto e inviolabile⁶¹.

32 della Costituzione e il suo significato, in ALESSI R. (a cura di), *Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione sotto l’alto patronato del Presidente della Repubblica*, cit., p. 116.

⁵⁸ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 70; PACE A., *Problematica delle libertà costituzionali*, cit., pp. 20 s.

⁵⁹ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 71.

⁶⁰ CILIONE G., *Diritto sanitario*, cit., p. 18.

⁶¹ Questa accezione del diritto alla salute è stata poi specificata ulteriormente a seconda delle casistiche concrete presentatesi nella prassi e davanti alla giurisprudenza. Nella relativa casistica sono confluite, ad esempio:

- le richieste risarcitorie nei confronti delle compagnie assicurative per danno da lesione stradale;
- la cessazione di comportamenti o l’interruzione di opere da parte di autorità pubbliche per la compressione inammissibile dello stato di salute dell’individuo;
- l’incostituzionalità di leggi che impedivano ai singoli un’adeguata difesa dello stesso, sotto il profilo risarcitorio o indennitario, in caso di lesione.

Corollario di questa concezione è poi il diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari – fatti salvi quelli obbligatori per legge e comunque soggetti al limite del “rispetto della personalità umana”⁶² – all’epoca però limitato nelle sue implicazioni: era, infatti, ben presente nei giuristi dell’epoca il richiamo al divieto di effettuare pratiche eugenetiche – quali quelle teorizzate durante il Ventennio; solo con l’evoluzione storica, sociale e giuridica, come si vedrà più avanti, questa parte della disposizione servì da base per l’allargamento del perimetro dei trattamenti sanitari vietati – per esempio quelli richiamati dalle riforme in tema di salute mentale, di profilassi dei vaccini e di testamento biologico⁶³.

Diversa invece era la situazione per quanto concerne il lato “sociale” dell’art. 32, dai contenuti sicuramente più sfumati.

Anzitutto, l’articolo prevedeva esplicitamente cure gratuite solo per gli indigenti⁶⁴: disposizione di cui è stata riconosciuta già nell’immediato Dopoguerra la portata immediatamente precettiva; tale principio era del resto già largamente invalso da tempo nella normativa sanitaria italiana al momento dell’entrata in vigore della Costituzione, con il sistema di assistenza socio-sanitaria per i non abbienti – a cura perlopiù delle opere di carità e dei pochi servizi erogati dai Comuni – ben oliato e funzionante.

Tutt’al più, era già presente il dibattito su cosa si potesse intendere per “indigenti”: oggi la visione prevalente è quella “relativa”, in cui la nozione di indigenza deve tener conto della capacità del singolo a sostenere le spese per le prestazioni sanitarie in relazione al diverso costo delle singole terapie, all’importanza della cura, e ad ogni altro aspetto economicamente rilevante della

⁶² Formula più ampia di quella proposta nel progetto di Costituzione licenziato dalla Commissione, che parlava di “dignità umana”.

⁶³ Il pieno riconoscimento di questo ultimo diritto è relativamente recente: con l. 22 dicembre 2017, n. 219 il legislatore ha introdotto nel nostro ordinamento la disciplina delle disposizioni anticipate di trattamento. Cfr. sul punto BARTOLE S., BIN R., *Commentario*, cit., p. 322; BUSICO L., CASTIELLO F., TENORE V., *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 2.

⁶⁴ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana.*, cit., 72 ss.

prestazione. Tuttavia, questa accezione è il frutto di una riflessione giurisprudenziale durata diversi decenni dopo l’emanazione della Costituzione⁶⁵; tale riflessione, all’epoca, era molto più acerba e la nozione di indigente corrispondeva piuttosto a quella di soggetti completamente privi di mezzi economici⁶⁶.

Nei confronti di tutti gli altri soggetti, viceversa, l’art. 32 Cost. prevede che le prestazioni debbano sì anche essere assicurate dai poteri pubblici, ma non necessariamente in forma gratuita⁶⁷; una differenza non da poco, se non altro perché – a differenza della norma sugli indigenti che vincola il legislatore quantomeno sulla natura gratuita della prestazione – prescrive agli organi statali un certo fine più o meno specifico da raggiungere con assoluta libertà di mezzi⁶⁸.

È forse proprio questo l’aspetto più importante – e discusso – che emerge dalla lettera dell’art. 32: la Repubblica gode di uno spazio di discrezionalità molto ampio nel determinare strumenti, tempi e modi della tutela della salute, in particolare per quanto concerne la scelta dell’assetto organizzativo, il livello di impegno finanziario per coprire i costi delle prestazioni e tutti gli altri aspetti di natura procedurale⁶⁹.

⁶⁵ Influenzata anche dal progresso scientifico, sempre più orientato verso soluzioni terapeutiche innovative, dunque sempre più costose ed irraggiungibili per fette sempre più ampie della popolazione.

⁶⁶ Cfr. LUCIANI M., *Salute, I) Diritto alla salute*, in PARADISI B., *Enciclopedia giuridica*, Vol. XXXII (*Rivalutazione-Servitù*), Roma, 1994, p. 80 s.; PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1/1983, pp. 26 s. Così sembra corretto anche rispetto ad altre disposizioni costituzionali che utilizzano termini diversi (come ad es. “privo di mezzi”), cfr. sul punto BALOCCHI E., *La qualificazione di povertà nel diritto amministrativo*, Milano, 1967.

Tra gli altri aspetti che sono stati approfonditi nel tempo in merito alla gratuità delle cure agli indigenti, è opportuno citare la sent. 309/1999 della Corte costituzionale, che ha esteso, dichiarando parzialmente illegittimi l’art. 37 l. 833/78 e gli artt. 1 e 2 del D.P.R. 618/1980, tale diritto ai cittadini italiani indigenti temporaneamente all’estero per motivi diversi da quelli di lavoro o di studio, cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana.*, cit., p. 83.

⁶⁷ Cfr. LUCIANI M., *Salute*, cit., p. 8.

⁶⁸ Cfr. CRISAFULLI V., *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, cit., p. 66; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana.*, cit., p. 82.

⁶⁹ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana.*, cit., 72 ss.

Si tratta di un aspetto inscindibile dall'interpretazione del diritto alla salute come pretesa positiva del singolo a ricevere da parte dello Stato assistenza attraverso professionisti del settore e pratiche mediche adeguate alla propria condizione⁷⁰; nel suo insieme, questo aspetto della tutela della salute rappresentava il vero punto di discontinuità con quanto previsto in passato, il lascito della svolta demo-sociale posta alla base della nuova Italia repubblicana; senza di essa, non si sarebbe potuto parlare di tutela effettiva della salute nella propria dimensione sociale.

Proprio su questo profilo si concentrava, come si vedrà ampiamente più avanti, la resistenza a interpretare l'art. 32 in una prospettiva estensiva.

Anzitutto, ci si interrogava sulla sua portata precettiva o programmatica e sulle eventuali implicazioni di questa scelta⁷¹; questione rilevante anzitutto per capire se esistesse un effettivo obbligo di garanzia dell'erogazione di prestazioni in capo ai pubblici poteri⁷². La questione era già presente in Assemblea costituente⁷³ e fu

⁷⁰ BUSICO L., CASTIELLO F., TENORE V., *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 2; CILIONE G., *Diritto sanitario*, cit., p. 18; TRIPODINA C., *Art. 32*, cit., p. 322, il quale sottolinea peraltro che la formulazione unitaria dell'art. 32 sia indice che l'aspetto negativo e quello positivo del diritto alla salute siano profondamente interconnessi ed entrambi essenziali nell'equilibrio dei diritti costituzionali.

⁷¹ Cfr. BALDUZZI R., SERVETTI D., *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R., CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 23 ss.; FERRARA R., *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in FERRARA R. (a cura di), *Salute e sanità*, in RODOTÀ S., ZATTI P. (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Vol. V, Milano, 2010, pp. 22 ss.

⁷² Cfr. CARLASSARE L., *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, cit., pp. 103 ss.; MONTUSCHI L., *Art. 32, comma 1*, in BRANCA G., *Commentario della Costituzione. Artt. 29-34, Rapporti etico-sociali*, Bologna-Roma, 1976, p. 147; MORTATI C., *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 1/1961, pp. 1 ss.

⁷³ Emblematica era la posizione di Piero Calamandrei, che propose di spostare una parte dei rapporti etico sociali nel preambolo alla costituzione, in vista dell'impossibilità per l'Italia uscita dalla guerra di garantire l'effettività dei diritti sociali, cfr. l'intervento in Assemblea plenaria del 19 aprile 1947. Sul punto cfr. anche RUOTOLO M., *A mo' di introduzione*, in *costituzionalismo.it*, 2/2008.

Contra, invece, l'intervento dell'On. Gullo del 18 aprile 1947 – seduta pomeridiana, che riteneva la parte sui rapporti etico-sociali di vitale importanza e complementari ai diritti di libertà degli artt. 13 ss.

Per una sintesi complessiva del dibattito in costituente cfr. BALDUZZI R., CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 21-23.

necessario adottare una soluzione di compromesso – per l'appunto l'attuale formulazione dell'art. 32 Cost. – per ricomporre l'Assemblea su un testo unitario⁷⁴.

Questa scelta, pur lungimirante, ha avuto anche il risultato di spostare il dibattito in sede di attuazione della Costituzione per almeno i vent'anni successivi.

All'inizio, complice una ancora forte influenza della concezione liberale⁷⁵ dei diritti, prevalse nettamente chi⁷⁶ vedeva nell'art. 32 una norma programmatica, soprattutto per via del suo contenuto ampio e polivalente; la disposizione riportava, in sostanza, degli obiettivi di massima individuati dalla Costituzione per orientare l'ordinamento del futuro, chiamando il legislatore a tendere a quel risultato⁷⁷. Conseguenza di questa lettura, ovviamente, era l'affievolimento della sua tutela giurisdizionale tanto verso i poteri pubblici quanto verso i terzi⁷⁸.

4.3. L'interpretazione "sistematica" dell'art. 32 Cost. con le altre disposizioni costituzionali

La continua riflessione sull'articolo 32 Cost. nel corso del tempo è andata di pari passo con una sua rilettura sistematica con altre disposizioni costituzionali, alle quali è legato da un rapporto di interdipendenza.

È pacifico che vi sia un legame stretto anzitutto tra articolo 32 e articolo 3: la tutela della salute, infatti, si colloca come ambito d'elezione in cui realizzare quegli interventi per *"rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale"* che la Repubblica

⁷⁴ BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 11 ss.

⁷⁵ Cfr. RABAGLIETTI G., *Trattato di diritto sanitario*, Empoli, 1965, p. 4.

⁷⁶ Cfr. CARLASSARE A., *L'art. 32 della costituzione*, cit., pp. 103 ss.; GIANNINI A., *La tutela della salute come principio costituzionale*, in *L'INADEL*, 1960, pp. 813 ss.

⁷⁷ Cfr. CRISAFULLI V., *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, cit., p. 36.

⁷⁸ Cfr. sul punto la Corte Cost. sent. n. 112 del 1975 (rel. Crisafulli), in tema di rimborso spese per la degenza degli alienati: la Corte sostenne che l'art. 32 fosse prima di tutto *"norma di legislazione, che prefissa alla legge futura l'obiettivo di soddisfare certi bisogni"*.

è chiamata a mettere in atto per la piena realizzazione dell'uguaglianza sostanziale dei cittadini.

È anche sulla base di questo assunto che si sarebbe sviluppato il pensiero per cui la carenza di assistenza sanitaria da parte dello Stato costituisca un limite per il godimento delle altre libertà costituzionali – come si è accennato parlando del carattere fondamentale del diritto alla salute – nonché un elemento di *stress* del principio di uguaglianza, dato il costo spesso elevato e accessibile a pochi delle cure mediche⁷⁹; da questo collegamento trarrà spinta la rivoluzione socio-culturale che porterà negli anni '70 alla rivoluzione del comparto sanitario, fino alla costituzione del SSN.

L'art. 32 ha dimostrato nel tempo anche un legame stretto con l'art. 9 Cost., nella parte riguardante tutela e promozione della scienza; questo in quanto la promozione della ricerca scientifica, lo si vedrà più avanti, ha dei riflessi decisivi sul progresso del comparto sanitario; ciò, a sua volta, costituisce uno degli elementi con cui vengono orientate le scelte politiche e amministrative in materia di tutela della salute⁸⁰. Con la modifica, avvenuta con l. cost. 11 febbraio 2022, n. 1, dell'art. 9 – e la relativa codificazione della tutela dell'ambiente come principio fondamentale dell'ordinamento costituzionale – questo legame dovrebbe farsi ancora più stretto, in considerazione delle importanti ricadute della legislazione di protezione ambientale in ambito sanitario.

Si è poi già accennato *supra* del legame tra art. 32 e art. 13: la tutela della salute, nella sua accezione negativa di diritto a non subire comportamenti lesivi, costituisce un ampliamento della sfera di tutela della libertà personale; i due diritti si sovrappongono quando il rifiuto del trattamento sanitario non viene

⁷⁹ Cfr. CILIONE G., *Diritto sanitario*, cit., p. 15.

⁸⁰ Cfr. MERUSI F., *Art. 9*, in BRANCA G. (a cura di), *Commentario della Costituzione. Art. 1-12: Principi fondamentali*, Bologna-Roma, 1975, p. 437; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 71; VOLPE G., *Gli enti ospedalieri e l'interesse alla ricerca scientifica*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1974, pp. 3358 ss.

rispettato attraverso l'uso della coercizione fisica, nonché quando il trattamento sanitario obbligatorio viene imposto con l'uso della forza e in qualsiasi altra maniera lesiva della personalità del paziente coatto.

L'art. 32 entra in contatto, poi, anche con altri articoli dedicati ai rapporti civili, in particolare con l'art. 27, co. 3, Cost., disciplinante il divieto di irrogare pene consistenti in trattamenti inumani: il discorso si è sviluppato sul punto sia in senso negativo – si pensi alla castrazione chimica praticata in alcuni paesi occidentali come specie di pena prevista per i reati sessuali e radicalmente rigettata in Italia – sia in positivo – sottoforma di diritto alla salute dei detenuti sottoposti a regimi particolari come il carcere duro o l'ergastolo ostativo.

Proficuo è anche il rapporto con gli articoli 33 e 34: sulla combinazione tra essi e l'art. 32 si è predisposta tutta la disciplina dell'insegnamento medico, dall'istruzione universitaria fino alle scuole di specializzazione, con soluzioni anche profondamente diverse rispetto ad altre facoltà di insegnamento, in ragione delle peculiarità della professione.

Fitto è, infine, anche il rapporto con le norme della costituzione economica: assieme agli articoli 35 e seguenti sulla tutela del lavoro l'articolo 32 ha posto le basi per il trattamento del personale sanitario; con l'articolo 38 costituisce la fonte per la normativa in materia di assistenza socio-sanitaria ai fragili e per la copertura assicurativa – invero già ben sviluppata al momento dell'emanazione della Costituzione – per i lavoratori; l'articolo 41 (in combinato disposto con l'art. 118 co. 2) costituisce la base normativa per l'intervento del privato nell'organizzazione sanitaria, anche con fini di lucro – ma nel rispetto dell'utilità sociale e senza recare danno a salute, ambiente⁸¹, sicurezza, libertà, dignità umana.

⁸¹ Aggiunto, come anticipato *supra*, con l. Cost. 11 febbraio 2022, n. 1, che ha inserito in diversi articoli della Costituzione il riferimento alla tutela dell'ambiente.

4.4. La suddivisione delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria nella Costituzione del 1948

L'art. 32 Cost. subisce necessariamente l'influenza delle disposizioni costituzionali che disciplinano l'assetto di competenze tra Stato e Regioni; in particolare questo vale per l'art. 117 Cost., che distribuisce tra i due livelli le funzioni legislative sulla base di elencazioni materiali.

L'art. 117 Cost. è stato completamente rivoluzionato, come si vedrà nel prossimo capitolo, dalla riforma costituzionale del 2001 (l. cost. n. 3/2001), che ha ridisegnato in gran parte il Titolo V della Costituzione riguardante l'assetto delle autonomie; tuttavia, già nel testo originale del 1948 negli elenchi di materie figuravano diversi riferimenti, diretti e indiretti, alla materia sanitaria.

È infatti evidente che, una volta superate le obiezioni nostalgiche di chi reputava inopportune le proclamazioni dei diritti sociali e affermato a larga maggioranza il principio di dovere della Repubblica di tutelare la salute, i Costituenti dovevano poi specificare come questa tutela si sarebbe concretamente attuata a livello politico, normativo ed amministrativo, in particolare sotto il profilo della suddivisione delle competenze in ambito sanitario tra gli enti che avrebbero composto la Repubblica.

La discussione sul tema risentì, sin dai lavori della Commissione per la Costituzione, del più generale dibattito sull'assetto politico-amministrativo di cui dotare la Repubblica: da una parte vi era chi riteneva necessario un ente intermedio tra lo Stato e gli enti locali⁸², dall'altra chi invece si opponeva alla

⁸² Il dibattito fu grande sin dalle prime sedute della sottocommissione seconda all'interno della Commissione per la Costituzione: si partì dalla seduta del 27 luglio 1946, in cui si iniziò a discutere delle *autonomie locali*. L'On. Ambrosini, convinto regionalista e relatore designato, pose l'accento sulle problematiche dell'assetto statalista proprio del Regno d'Italia (*resoconto sommario*, p. 1(5)), proponendo come soluzione non un mero decentramento burocratico o autarchico, ma

nascita delle Regioni⁸³. Le motivazioni non erano solo giuridico-storico-culturali, ma soprattutto politiche: il fascismo aveva esasperato le politiche centraliste, lasciando ai territori un cattivo ricordo dello stretto controllo effettuato dallo stato centrale attraverso i podestà, i prefetti e gli altri ufficiali governativi distaccati; era necessario, per molti⁸⁴, un segno di discontinuità anche rispetto alle istanze autonomiste provenienti non solo dalle future Regioni a statuto speciale, ma in generale da tutti i territori⁸⁵.

un sistema in cui vi fosse una vera e propria *“autonomia politica regionale”* (Resoconto, p. 2 (6)), con poteri anche legislativi. Ambrosini opera anche *in nuce* una distinzione tra materie, riconoscendo che per alcune la dimensione statale fosse imprescindibile (ad es. in materia di politica internazionale) e altre che si prestassero per la loro stessa natura a *“esser considerate e trattate con maggior comprensione e rendimento dagli organi locali”* (ad es. l'agricoltura); per queste ultime Ambrosini avrebbe voluto l'attribuzione di una competenza regionale esclusiva. Finiva l'elenco un terzo gruppo di materie in cui vi era un interesse all'uniformità, ma solo in via di principio, mentre la regione avrebbe potuto *“dettare le norme di esecuzione”*, una *“competenza cosiddetta concorrente”*; dal proseguito dell'intervento si comprende però che Ambrosini intendesse questa competenza *“alla tedesca”*, nel senso che le Regioni avrebbero potuto legiferare finché lo Stato non avesse posto le proprie norme di dettaglio (resoconto, p. 3(7)).

Sulla stessa linea si collocava l'intervento dell'On. Perassi (resoconto, p. 6(10)), che specificò le questioni relative alla scelta tra competenza regionale esclusiva o concorrente.

Einaudi poi (resoconto 27 luglio, p. 8 (12)) si occupò del tema di quale ente tra Regioni e Stato dovesse avere competenza residuale, suggerendo di scegliere il secondo; ciò sulla base dell'argomento storico-comparatistico per cui non ci si trovava in un contesto federativo ma in uno stato unitario, per cui la Costituzione avrebbe dovuto attribuire determinate competenze alle Regioni e lasciare le restanti allo Stato. Sulla stessa lunghezza d'onda l'On. Fabbri, resoconto, p. 13 (17).

⁸³ Contrari all'assetto regionalista – ma non al decentramento in senso lato – erano, ovviamente, i sostenitori del modello federale, Lussu e Finocchiaro Aprile su tutti; così come contrari erano gli unitaristi più accaniti, che avrebbero preferito un modello basato sul decentramento amministrativo rafforzato, come gli onorevoli P. Rossi e Nobile.

⁸⁴ Cfr. l'intervento dell'On. Conti nella seduta della sottocommissione seconda del 29 luglio 1946, resoconto, p. 8 (26).

⁸⁵ La discussione in sottocommissione si orientò ben presto verso il regionalismo, decisamente maggioritario tra i commissari; così già nella seduta del 30 luglio 1946 Ambrosini (resoconto, p. 5 (43)) passò a individuare le materie di competenza regionale: *“si tratta di quel gruppo di materie che interessano principalmente gli affari locali”*, da suddividersi secondo due ordini di competenze, *“materie di competenza legislativa primaria, e materie di competenza legislativa secondaria o integrativa”*. Passò poi ad elencare le materie, con *“igiene e assistenza sanitaria”* collocate nelle competenze secondarie.

La discussione su questa proposta arriverà alcuni mesi dopo (seduta del 16 novembre 1946), su una bozza di articolato redatta da un comitato interno e relatore l'On Ambrosini. Il testo prevedeva una formulazione simile a quella poi adottata definitivamente, con la previsione di una competenza legislativa regionale *“in armonia con la costituzione e coi principi fondamentali*

Rispetto invece alla compatibilità tra dimensione autonomistica e tutela sanitaria, nonostante la prevalenza nel dibattito dei profili sostanziali del diritto alla salute, in Assemblea costituente non si registrò da parte di nessuna forza politica una pregiudiziale convinzione sull'incompatibilità tra diritti sociali e dimensione autonomistica. Tutt'al più vi erano delle parti politiche perplesse sul punto perché ben consapevoli del divario allora già esistente e ben marcato tra Regioni; nel fronte regionalista, viceversa, era emerso con nettezza il convincimento dell'indispensabilità di forti autonomie regionali, reputate indispensabili per un potenziamento della tutela sanitaria⁸⁶.

Pur in presenza, dunque, di chi sottolineava come sussistessero in materia delle problematiche di sistema – soprattutto legate alle criticità del modello mutualistico e alle differenze socio-economiche a livello territoriale⁸⁷ - che avrebbero dovuto far virare verso un assetto più unitario, si decise infine per un assetto multilivello della tutela della salute⁸⁸.

Questa scelta sembrò la più sensata anche rispetto a quanto previsto nell'art. 32 Cost., che demanda l'onere di tutela della salute alla "Repubblica" nel suo complesso; l'espressione, come chiarito successivamente, è da intendersi in senso

dell'ordinamento giuridico dello Stato e nel rispetto degli interessi nazionali" (art. 3) e una competenza "integrativa" (art. 4); all'interno di esse non figurava però l'assistenza sanitaria, probabilmente lasciata alla discussione in sottocommissione plenaria perché argomento dibattuto.

⁸⁶ Cfr. interventi del relatore Ambrosini, ma anche alcune appassionate prese di posizione di singoli deputati come Macrelli, difensore della collocazione dell'assistenza sanitaria e ospedaliera tra le materie concorrenti. Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit. pp. 149 s.

⁸⁷ Cfr. intervento dell'On. Di Vittorio, seduta di Assemblea plenaria dell'8 luglio 1947.

⁸⁸ Alle previsioni di cui si parlerà tra poco si aggiunsero poi anche quelle contenute negli statuti speciali, che oscillavano tra il riconoscimento dell'autonomia regionale della sola assistenza sanitaria ed ospedaliera – lasciando allo Stato la tutela dell'igiene – e l'attrazione nelle competenze regionali dell'intera materia sanitaria. Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 150.

onnicomprensivo, come complesso dei pubblici poteri (normativo, amministrativo, giudiziario e via discorrendo)⁸⁹.

L'originario art. 117, dunque, elencava le materie in cui le Regioni ordinarie avrebbero potuto, una volta attuate, emanare norme legislative, sia pure nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e purché non in contrasto con l'interesse nazionale⁹⁰ e quello delle altre Regioni. Si parlò, sin dai primi commenti, di potestà concorrente e una tra le materie più importanti affidate alla potestà regionale di attuare i principi fissati dallo Stato fu, senza dubbio, quella della *"beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera"*⁹¹.

⁸⁹ CRISAFULLI V., *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, cit., p. 70; GIANNINI M.S., *Repubblica (diritto costituzionale)*, in *Enciclopedia del diritto*, Vol. XXXIX, Milano, 1988, p. 893; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana.*, cit., pp. 95 ss.

⁹⁰ Questa formulazione costituirà poi l'antecedente storico dell'intervento in sussidiarietà.

⁹¹ Come anticipato in una nota *supra*, nella prima bozza del comitato interno alla sottocommissione seconda non era ricompreso il riferimento all'assistenza sanitaria ed ospedaliera. Fu l'On. Vanoni (*resoconto* della seduta del 19 novembre 1946, p. 6 (528)) a sottolinearne la mancanza *"nelle materie citate nell'articolo 3"*, riferito alle competenze primarie o esclusive; si tentò di porvi rimedio con un emendamento a firma dell'On. Mortati (*resoconto* della seduta del 20 novembre 1946, p. 4 (538)), nel quale tra le materie figuravano anche *"organizzazione sanitaria, ospedaliera ed igienica"*; la proposta fu però bocciata. Nella seduta successiva (22 novembre) con un emendamento venne finalmente introdotta tra le competenze integrative *"l'assistenza ospedaliera"* (emendamento dell'On. Bulloni, *resoconto*, pp. 9-10 (567-568)), mentre la proposta di inserimento della *"organizzazione sanitaria"* (emendamento dell'On. Mannironi, *resoconto*, p. 10) non arrivò nemmeno ad essere discussa perché ritirata. Finalmente, dopo il riordino delle competenze legislative individuate in origine – fu attuata una revisione dell'art. 4, ora istitutivo della competenza *"suppletiva o concorrente"* – la *"igiene e sanità pubblica"* fu inserita nell'elenco delle materie – art. 4-bis – in cui le Regioni avrebbero potuto esercitare un *"potere legislativo di integrazione"* (Seduta della Commissione plenaria del 17 gennaio 1947, *resoconto*, p. 1 (117)). Questo fu il testo presentato in commissione plenaria, dove però (seduta del 17 gennaio 1947, *cit.*) incontrerà diverse resistenze (da parte degli On. Togliatti, Colitto e più in generale i commissari comunisti) nella sua impostazione generale; nonostante ciò, il testo rimase invariato. Si passò dunque all'esame in Assemblea plenaria (a partire dalla seduta pomeridiana del 1° luglio 1947); gli articoli del progetto di Ambrosini erano divenuti gli articoli 109, 110 e 111 del testo presentato dal Comitato di coordinamento. In essi si era mantenuta la tripartizione delle competenze legislative (esclusiva, concorrente, integrativa), con l'igiene e la sanità pubblica ricomprese nella terza. Il comitato di coordinamento però, a seguito dei rilievi sull'inopportunità di una tripartizione di competenze normative, propose un nuovo testo: la distribuzione delle competenze legislative confluisce in un unico articolo che prevedeva la sola potestà concorrente *"nei limiti delle direttive o dei principi generali stabiliti con leggi della Repubblica"*; tra di esse, anche la *"beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera"*.

Residuavano poi le competenze attuative – tramite non meglio precisate “norme” regionali – per l’attuazione di leggi nazionali, in materie non ricomprese nelle competenze concorrenti e a fronte di una esplicita delega con legge nazionale.

In questo assetto si nota, anzitutto, che non vi è traccia alcuna del riferimento ai c.d. livelli essenziali di assistenza, concetto che si svilupperà solo con l’avvicinarsi al nuovo secolo e che verrà codificato in Costituzione solo nel 2001.

Per quanto, poi, concerne specificamente la tutela della salute, la relativa competenza viene presentata come “assistenza sanitaria ed ospedaliera”⁹². Questa

Fu questo poi nella sostanza il testo definitivo (salvo la modifica del primo periodo, su emendamento dell’On. Tosato, *resoconto* della seduta pomeridiana del 2 luglio 1947, p. 13 (5375); nonché quella a cura dell’On. Mortati, seduta del 3 luglio 1947, *resoconto*, pp. 22-23 (5404-5405), “la Regione emana norme legislative”), decisamente più sintetico e meno frammentato di quelli precedenti; venne dunque eliminata la potestà esclusiva (sicuramente la più contestata delle tre forme di competenza anche in sottocommissione) e vennero riunite le potestà concorrente e quella integrativa. Cfr. l’intervento dell’On. Ruini (presidente della Commissione dei 75; *resoconto* della seduta pomeridiana del 1° luglio 1947, pp. 13 ss. (5233 ss.)).

⁹² In Assemblea plenaria vi furono numerosi tentativi di sopprimere il riferimento all’assistenza sanitaria ed ospedaliera (emendamento degli onorevoli Fornara e Merighi, *resoconto* della seduta pomeridiana del 4 luglio 1947, pp. 10-11 (5434-5435)), perlopiù basate su rilievi maturati da esperienze particolari di governo locale mal gestite; così come proposte di ampliamento della formula (emendamento dell’On. Colitto, *resoconto* del 4 luglio, cit., pp. 13-14 (5437-5438)), che però vennero rigettate per distinguere l’assistenza sanitaria ed ospedaliera da igiene e sanità, considerate “*questione proprio di salute pubblica, e di precetti e prescrizioni, ad esempio contro le infezioni, che deve essere regolato esclusivamente dallo Stato*” (On. Ruini, *resoconto* della seduta dell’8 luglio 1947, p. 5514).

Fondamentale per il mantenimento della formula poi definitiva fu l’intervento di Ruini (seduta dell’8 luglio 1947, *resoconto*, pp. 5509 ss.), in cui rispose ad alcuni colleghi che volevano una assistenza sanitaria ed ospedaliera centralizzata in virtù del parallelismo con il tema della previdenza sociale: “*la previdenza sociale, più recentemente nata ed ancora in sviluppo, si basa sopra altri criteri, ed ha un profilo a sé, diverso da quello della tradizionale assistenza ospedaliera, che è esercitata in forme ed istituti locali. Lo sviluppo della previdenza sociale potrà ridurre questo mondo antico, che resterà tuttavia sempre, almeno in parte, in vigore; e nulla vieta che sia regolato dalla legislazione regionale, sempre entro i limiti dei principi posti con leggi dello Stato. Invece per la previdenza sociale, che s’ispira a criteri essenzialmente nazionali, l’unico legislatore e regolatore sarà lo Stato*”. Si segnò così una distinzione, finalmente di sostanza, tra previdenza e assistenza sanitaria/ospedaliera, la cui interconnessione stretta era – e rimase per lungo tempo ancora nelle more dell’attuazione dell’art. 32 – uno dei problemi congeniti del sistema delle mutue.

Interessante fu anche lo spunto dell’On. Micheli a difesa della formulazione (*resoconto* dell’8 luglio, cit., pp. 5512 ss.): “*gli ospedali da chi dipendono ora? Dallo Stato? Niente affatto. Allo Stato ricorrono qualche volta per la integrazione dei loro bilanci, ma gli ospedali non hanno nessuna dipendenza dallo Stato. Quindi, effettivamente, o formano enti particolari, o dipendono dai comuni, qualcuno anche dalle provincie. Questo oggi; domani i rapporti con lo Stato passeranno alla Regione. Sarà una specie di*

endiadi venne scelta con cognizione di causa, dato che ai tempi l'assistenza ospedaliera era, perlopiù, erogata in strutture di proprietà privata e quella sanitaria "territoriale" era delegata ai comuni attraverso i medici e le ostetriche condotti dal Testo unico; quest'ultima previsione, però, non era sempre attuata, in virtù della carenza di professionisti condotti, tantoché – anche per esplicita previsione normativa, come accennato *supra* – a farsi carico delle prestazioni erano medici e istituti privati.

Su questa definizione è opportuno fare due considerazioni, che portano a sottolineare altrettanti problemi che sorgeranno in fase di attuazione della Costituzione e che ne stresseranno la portata effettiva.

Anzitutto, nelle intenzioni dei Costituenti, la scelta delle parole utilizzate per definire la competenza sanitaria regionale doveva essere funzionale ad escludere le funzioni di "igiene e sanità pubblica" per riservarle allo Stato⁹³; in sostanza, dunque, la materia "assistenza sanitaria ed ospedaliera" era inizialmente solo come uno dei diversi ambiti riconducibili alla tutela della salute ex art. 32⁹⁴. Tuttavia, come si vedrà *amplius* più avanti, gli interventi successivi di conferimento delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed

amministrazione superiore. Quindi nessuna particolare modificazione che venga a turbare la situazione attuale. Solamente noi organizzeremo localmente quello che adesso dipende dall'alto: allora si avrà un maggiore controllo dei cittadini e non dovremo per ogni piccola questione venire qui ad inchinarci a queste formazioni centralistiche nelle quali, molti o pochi, medici o professori, comandano e dettano norme a tutta Italia".

⁹³ Sulla distinzione tra tutela dell'igiene – intesa come complesso degli interventi sanitari indipendenti dalle richieste autonome di privati interessati, attraverso cui si provvede alla funzione di salvaguardia di interessi collettivi prioritari – e assistenza sanitaria ed ospedaliera – intesa come insieme delle prestazioni di servizi sanitari la cui erogazione postula comunque una domanda autonoma di un privato – cfr. IANNOTTA R., *Assistenza sanitaria ed ospedaliera*, in *Enciclopedia giuridica*, Vol. III, Roma, 1988, p. 2. La distinzione era già consolidata, peraltro, nel Testo unico delle leggi sanitarie, l. 27 luglio 1934 n. 1265 e presente anche nelle prime versioni degli statuti speciali (si veda ad es. lo Statuto della regione Sicilia, che menziona distintamente igiene e sanità pubblica e assistenza sanitaria separatamente).

⁹⁴ Cfr. BOTTARI C., *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano, 1991, p. 28 s.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 97.

ospedaliera alle Regioni ricondussero ad unità le funzioni di igiene e quelle assistenziali⁹⁵.

La seconda problematica concerneva, invece, la natura concorrente della competenza in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera: se, infatti, come noto lo Stato avrebbe dovuto dettare le norme di principio, mentre le Regioni si sarebbero limitate all'attuazione mediante normativa di dettaglio, col tempo però in materia sanitaria come negli altri ambiti di potestà concorrente si verificò – anche per il ritardo nella costituzione dell'ente regionale – una progressiva appropriazione da parte dello Stato dello spazio di normazione regionale, attraverso una legislazione di principio ipertrofica e tendente a scendere nel dettaglio. Questa distorsione perdurò ben oltre l'entrata in funzione dell'ente regionale, venendo limitata solo a partire dalla fine del secolo scorso dalla giurisprudenza costituzionale e trovando, infine, un argine più consistente solo con la Riforma del Titolo V e la sua interpretazione stringente da parte della Consulta.

La suddivisione delle competenze nel Titolo V originario non si limitava solo al lato normativo. In materia di competenze amministrative⁹⁶, l'originario art. 118 prevedeva un sistema basato sul parallelismo tra funzioni legislative ed amministrative: sicché, per logica, in materia di assistenza ospedaliera e sanitaria le Regioni avrebbero dovuto avere competenza amministrativa piena.

⁹⁵ Cfr. SANDULLI A. M., *Manuale di diritto amministrativo*, Vol. II, XIV ed., Napoli, 1984, p. 108, che ravvisa questa tensione all'unità anche nella l. 833/1978; cfr. anche BOTTARI C., *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, cit. pp. 28 ss.

⁹⁶ Ambrosini nel suo intervento del 27 luglio 1946 (*resoconto*, cit., p. 3(7)) propose per l'appunto che la regione avesse competenza amministrativa nelle materie di legislazione esclusiva “e per tutte le altre che vengono a trovare la loro esplicazione nella regione”, con l'aggiunta inoltre di ipotesi di delega legislativa del potere amministrativo che spetterebbe allo Stato alle Regioni. Molti, come l'On. Mortati (*resoconto* del 29 luglio 1946, p. 12 (30)), sottolineavano però la necessità di evitare che l'attribuzione eccessiva di competenze amministrative alla regione si trasformasse in un “accentramento regionale”, sicché “alla regione compet[ono] prevalentemente le funzioni direttive, normative, mentre il compito dell'esecuzione dovrebbe essere lasciato agli enti locali minori, cioè ai comuni”.

Tuttavia, lo Stato poteva delegare con legge le funzioni *“di interesse esclusivamente locale”* agli enti locali; accadde proprio questo, in materia di tutela della salute, almeno fino alle riforme degli anni '90. Era del resto la stessa Costituzione a prevedere (art. 118 ult. comma) che la regione *“esercita[ss]e normalmente le sue funzioni amministrative delegandole alle Province, ai Comuni o ad altri enti locali, o valendosi dei loro uffici”*; questo perché la concezione dell'ente regionale che era prevalsa in Costituente era quella di intermediario politico e normativo tra Stato ed enti locali, che trattenesse in proprio pochissime competenze gestorie.

Questo fu sulla carta quanto previsto dalla Costituzione; in realtà, l'evoluzione attuativa del regionalismo trasformò le Regioni nell'esatto contrario, rendendole degli enti di gestione amministrativa connotati da una guida politica debole.

Infine, sul fronte delle competenze tributarie⁹⁷, l'art. 119 permetteva una limitata autonomia finanziaria: le Regioni potevano esercitarla *“nelle forme e nei limiti stabiliti da leggi della repubblica”*, nonché in coordinamento con la finanza dello Stato, delle Province e dei Comuni. Ad esse avrebbero dovuto essere attribuiti tributi propri e quote di tributi erariali, al fine di assolvere le loro *funzioni normali*. Nulla, dunque, era previsto di specifico, per esempio, sull'istituzione di fondi

⁹⁷ Sul punto illuminante l'intervento di Einaudi (*resoconto sommario* del 27 aprile 1946, *cit.*, pp. 8 ss. (12 ss.)), in cui il futuro Presidente della Repubblica scartò l'ipotesi di un'autonomia tributaria larga delle Regioni; anche se, in un intervento successivo (*resoconto* del 31 luglio 1946, p. 4 (56)) si disse contrario anche a un sistema di contributi provenienti unicamente dallo Stato. Egli auspicava l'adozione di un modello intermedio, basato sulla compartecipazione alle imposte sui redditi, mentre era da escludersi categoricamente un ancoraggio della finanza regionale alla creazione di autonome imposte sui consumi. Similmente si espresse anche l'On. Uberti nella seduta del 29 aprile (*resoconto*, p. 7 (25)), il quale suggerì un sistema in cui una percentuale del gettito fiscale generale venisse devoluta alla regione; ciò per evitare di *“moltiplicare gli organi, col pericolo non solo della doppia imposizione, ma della sperequazione tra le imposte”*.

Favorevoli, invece, a un'autonomia finanziaria marcata delle Regioni gli onorevoli Bulloni (*resoconto* del 31 luglio 1947, p. 9(61)) e Mannironi (*resoconto* del 29 luglio 1946, p. 15 (33)), il quale sottolineò che altrimenti *“si ridurrebbe ad una forma di decentramento che [...] non farebbe altro che trasformare il centralismo dello Stato[...] non dando alcun sviluppo e respiro alle energie regionali”*; Mannironi fu, peraltro, tra i primi a parlare di solidarietà tra Regioni ricche e povere, nonché di *“piano di solidarietà fra le Regioni, perché è giusto che le Regioni ricche contribuiscano ad integrare i bilanci insufficienti delle Regioni povere”*. Si trattò di una proposta che anticipò quanto poi effettivamente accaduto con l'istituzione dei fondi perequativi.

vincolati, come poi fu previsto in materia sanitaria con l'istituzione del fondo sanitario regionale.

5. Le difficoltà di attuazione dell'art. 32 Cost., tra resistenze sociali ed economiche

Le disposizioni concernenti la tutela della salute, come già accennato, avevano trovato larga condivisione in Assemblea costituente soprattutto per lo sforzo, portato avanti durante i lavori preparatori, di predisporre un testo che incontrasse l'approvazione – o perlomeno la non contrarietà – anche dei membri dell'Assemblea che per motivi diversi non vedevano di buon occhio il principio universalistico del diritto, nonché la sua attuazione con la partecipazione, più o meno invasiva, del neonato ente regionale. Vi era, riassumendo, chi temeva che l'universalismo avrebbe portato un aggravio di spesa insostenibile nel bilancio dello Stato e ancor di più per le Regioni; vi era poi chi temeva che le già marcate differenze territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari si acuissero; vi era chi, ancora, riteneva l'ente regionale inadeguato per la gestione di una materia così ampia e delicata.

Tutte queste obiezioni pesarono, poi, sulla formulazione finale delle disposizioni in esame, le quali, pur enunciando principi fondamentali all'avanguardia per l'epoca – salute come diritto fondamentale, universalismo, estensione del diritto anche ai non cittadini – erano altresì ammantati di una veste programmatica piuttosto spiccata.

Queste caratteristiche non aiutarono nei decenni successivi a far emergere, dunque, la portata precettiva dell'articolo 32 Cost.; così fu almeno per 30 anni, fino all'istituzione del SSN – se non oltre.

Su questa mancata attuazione pesò anche la difficile situazione economico-finanziaria dell'Italia del dopoguerra, che non permise di elaborare una vera e propria politica sanitaria universalistica, molto dispendiosa in termini economici.

Queste condizioni sfavorevoli, però, non furono le sole responsabili, pesando ancor di più il contesto socio-culturale in cui tale disposizione doveva essere attuata: al momento dell'entrata in vigore della Carta, infatti, era ancora largamente prevalente l'idea di stampo liberale della tutela della salute come obiettivo strumentale rispetto alla più generale tutela dell'ordine pubblico⁹⁸, pur essendo questo approccio fortemente in contrasto con quanto dettato dalla nuova Costituzione.

Alla base delle resistenze sull'attuazione dell'art. 32 pesavano dunque delle concezioni che negavano il riconoscimento di alcuni dei suoi aspetti più innovativi – *in primis* quello del diritto alle prestazioni (per via della portata programmatica dell'art. 32) – e persino alcuni tratti di quello più tradizionale del diritto di libertà, considerato di ostacolo alle iniziative igienico-sanitarie dei pubblici poteri⁹⁹.

Ad esse si accompagnavano poi le impostazioni dottrinali anacronistiche, emerse come visto anche in Costituente, che negavano la portata originale dell'art. 32 cpv.¹⁰⁰ o ne denunciavano la stravaganza o la portata demagogica¹⁰¹. Tutti

⁹⁸ Cfr. FERRARA R., *Salute, (diritto alla salute)*, cit., pp. 514-516; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana.*, cit., p. 6.

⁹⁹ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 7 ss.

¹⁰⁰ Cfr. CROSA E., *Diritto costituzionale*, IV ed., Torino, 1955, p. 146, che lo considerava, nella sua accezione di integrità psico-fisica, un doppione inutile già coperto dalle disposizioni sulla libertà personale.

¹⁰¹ Cfr. LUCIFREDI R., *La nuova costituzione italiana raffrontata con lo Statuto albertino e vista nel primo triennio di sua applicazione*, Milano, 1952, pp. 271 e 275-276.

insieme, questi orientamenti testimoniavano una resistenza culturale alla lettura evolutiva della tutela della salute¹⁰².

In parallelo si mosse anche la politica. L'attuazione delle disposizioni costituzionali in materia di tutela della salute costituì così una posizione politica ben definita delle maggioranze parlamentari del secondo Dopoguerra, molto restie a riconoscere all'art. 32 una portata precettiva: sin dal primo governo De Gasperi – dunque addirittura prima dell'entrata in vigore della Costituzione – una parte consistente del sistema politico tributava ancora grandi ossequi al sistema mutualistico e a quello della sanità appannaggio delle istituzioni private; addirittura, una corrente di pensiero riteneva che l'Italia, in questo, potesse fare scuola ai paesi esteri, in forza delle sue posizioni all'avanguardia sul tema, ponendosi dunque come alternativa al sistema inaugurato dal NHS inglese e in via di diffusione anche nell'Europa continentale¹⁰³.

Erano peraltro le mutue stesse – attraverso un consistente potere economico derivante dal crescente volume di affari che gestivano – a essere interessate al mantenimento dello *status quo* ed a influenzare conseguentemente le istituzioni e la politica; lo stesso dicasi anche, pur in misura minore, per le opere di carità per il lato ospedaliero.

Questo ancoraggio al sistema mutualistico ha giovato anche di un filone dottrinale che ancorava l'art. 32 all'art. 38 Cost., secondo la c.d. concezione assicurativo-corporativa¹⁰⁴ del diritto alla salute, per cui a goderne dovevano essere primariamente i lavoratori. In questa prospettiva, la malattia costituiva il

¹⁰² Ampiamente testimoniata dalla manualistica degli anni Cinquanta e Sessanta, cfr. CERETI C., *Diritto costituzionale italiano*, VI ed., Torino, 1963, p. 213; MORTATI C., *Istituzioni di diritto pubblico*, III ed., Padova, 1955, p. 566 e similmente nelle edizioni successive fino almeno alla VII (Padova, 1967, p. 848). Per una ricostruzione più approfondita di questi orientamenti cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 7 ss.

¹⁰³ Muovendosi, viceversa, più verso il modello americano.

¹⁰⁴ Espressione coniata da AMATO G., *Regioni e assistenza sanitaria: aspetti costituzionali*, in TURCHETTI P. (diretto da), *Problemi della sicurezza sociale*, settembre-ottobre 1969, p. 551.

presupposto dell'intervento statale per garantire alcune prestazioni, secondo lo schema previsto nell'art. 38 co. 1 Cost. per le condizioni di indigenza e inabilità dei lavoratori¹⁰⁵.

Dietro questo approccio vi era, ancora una volta, la non sopita forza culturale del principio per cui la salute si configurava come assenza di malattia strumentale a rendere l'individuo idoneo al lavoro, portatore di produttività e per questo capace di provvedere alla propria sussistenza¹⁰⁶.

Fu così che negli anni Cinquanta, con il differimento dell'attuazione dell'articolo 32, il sistema mutualistico rimase il principale fornitore di prestazioni assistenziali dei cittadini; la fiducia – e l'interesse economico – nei suoi confronti da parte del sistema politico porterà addirittura ad un suo progressivo potenziamento, nell'ottica di raggiungere l'universalismo della tutela della salute attraverso l'estensione della copertura mutualistica a tutta la popolazione.

Il sistema rimase dunque per lungo tempo diviso secondo la tripartizione già in auge, tra assistenza mutualistica, assistenza caritatevole per i poveri – appannaggio dei Comuni e delle opere di carità – e assistenza di Stato in ambiti limitatissimi.

Questa impostazione, da alcuni salutata come coerente coi valori costituzionali, valorizzò in realtà solo uno degli obiettivi identificati dall'art. 32, ossia il raggiungimento delle prestazioni medico-assistenziali da parte di ogni cittadino, o quasi.

¹⁰⁵ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana.*, cit., p. 11.

¹⁰⁶ Cfr. CARAVITA DI TORITTO B., *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e Società*, 1/1984, p. 31; MONTUSCHI L., *Art. 32, comma 1*, cit., pp. 146 ss. Questa impostazione è stata a lungo condivisa anche dalla giurisprudenza costituzionale, cfr. sent. 116/1967, in cui si afferma che "la Costituzione impone di [...] assicurare a ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere l'assistenza sociale (art. 38), che, in questa sede, comprende, com'è ovvio, l'assistenza ospedaliera".

Secondo una parte della dottrina essa tradì, invece, il senso universalistico della disposizione, che non poteva considerarsi soddisfatto con l'implementazione di un sistema, come quello delle mutue, intriso dal particolarismo e dalla differenziazione tra i diversi gruppi di lavoratori a seconda delle mansioni svolte, delle tutele contrattuali strappate, delle politiche adottate dalle singole mutue; in altre parole, si legò ancor di più l'erogazione della prestazione sanitaria a quella del rapporto di lavoro, basandosi su un unico presupposto, che ogni categoria di lavoratori dovesse trovare specifica ed autonoma copertura assicurativa¹⁰⁷.

Vi era tuttavia un problema più pressante, rispetto a questo, insito nel perseguimento esasperato nel sistema mutualistico: la sua comprovata inefficienza nella pratica.

Anzitutto, il passaggio attraverso la denuncia di malattia inibiva totalmente l'operatività di qualsivoglia meccanismo di medicina preventiva, dato che la tutela assistenziale si innescava solo dopo la richiesta da parte del lavoratore e la successiva convalida da parte del medico all'esito degli accertamenti; di conseguenza, i costi del sistema assistenziale salivano alle stelle, soprattutto in termini di consumo di farmaci, ospedalizzazione, utilizzo delle apparecchiature, etc.; il sistema scoraggiava, poi, il coordinamento tra enti – tanto che il fenomeno illegale delle doppie assicurazioni raggiunse in poco tempo numeri enormi – con la conseguenza di un ulteriore incremento della spesa; infine, residuava comunque una fascia ridotta di cittadini, pur bisognosi di assistenza, a cui era impossibile accedervi perché non lavoratori o comunque non beneficiari della copertura assicurativa.

Il sistema, pur in perdita, era però anche molto redditizio per chi aveva interesse nell'attività delle mutue, ormai diventate veri e propri centri di potere economico

¹⁰⁷ Tale impostazione portò alla nascita di una moltitudine di enti particolari (ad esempio, l'INADEL per i dipendenti degli enti locali, l'ENPALS per i lavoratori dello spettacolo, e poi ancora le mutue dei coltivatori diretti, degli artigiani etc., cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 123-124.

e politico. Per questo motivo, si fece in modo di ritardare anche il primo e necessario passo per la “statalizzazione” del sistema sanitario, ossia la nascita del Ministero della Salute¹⁰⁸.

Sin dal 1945¹⁰⁹ era stato infatti istituito l’Alto commissariato per l’igiene e la sanità pubblica, posto alle dirette dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Questo nuovo ufficio si sostituiva nelle funzioni alla soppressa Direzione generale della sanità pubblica del Ministero dell’Interno, divenendo dunque l’organo tecnico centrale cui spettava la tutela della salute pubblica in via generale, sottoforma di attività di coordinamento degli uffici statali in materia di igiene e sanità, nonché la vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti sorti al fine di combattere le malattie sociali¹¹⁰.

Restavano in capo al Ministero dell’interno i poteri di vigilanza e tutela su tutti gli enti che svolgevano prevalentemente compiti di assistenza sanitaria, in particolare sulle istituzioni ospedaliere, le quali erano soggette alla disciplina delle leggi sulla pubblica beneficenza¹¹¹ in virtù della loro natura di opere pie; era titolare, inoltre, delle decisioni definitive sull’approvazione dei progetti per la costruzione di ospedali, istituti di cura in genere e altre opere igieniche da parte delle pubbliche amministrazioni¹¹².

¹⁰⁸ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 125

¹⁰⁹ D.Lgt. 12 lug. 1945, n. 417, poi integrato con D.Lgt. 31 luglio 1945, n. 446, modificato poi con D.Lgt. 8 mag. 1948, n. 1204 e infine con D.P.R. 4 ottobre 1949, n. 695. Cfr. sul punto MARONGIU G., *L’istituzione del ministero della sanità*, in *Rivista Trimestrale di diritto pubblico*, 1/1958, pp. 29 ss.

¹¹⁰ Oltre ad essere titolare di poteri di vigilanza e tutela su Croce Rossa italiana e altre istituzioni private.

¹¹¹ Si ricorda che nell’art. 117 co. 2 lett. m) la pubblica beneficenza era affiancata all’assistenza ospedaliera; sicché nacquero difficoltà interpretative su quali aspetti della materia ospedaliera fossero ricompresi nell’una, oppure nell’altra definizione.

¹¹² Di concerto col ministero dei lavori pubblici e il Consiglio superiore di sanità, Art. 2 l. 296/1958. Per una panoramica completa delle competenze assegnate dalla legge al Ministero cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 126-127.

Al Ministero del lavoro e della previdenza sociale, invece, rimasero i poteri sugli enti mutualistici e più in generale su tutti gli enti aventi carattere previdenziale, la cui attività sanitaria però poteva essere oggetto di controllo da parte dell'Alto commissariato¹¹³.

A livello locale, invece, nelle more dell'attuazione del regionalismo, l'autorità sanitaria provinciale rimase il prefetto che, pur dipendendo gerarchicamente dal Ministero dell'interno, continuava ad esercitare le funzioni attribuitegli dal T.U. del 1934, essendo tenuto ad eseguire le disposizioni impartite dall'Alto commissariato; a fianco del prefetto fu istituito per ogni prefettura l'ufficio del medico provinciale, affiancato da un consiglio provinciale di sanità; presso i comuni, l'autorità sanitaria era il sindaco, affiancato dall'ufficiale sanitario.

Il quadro delle istituzioni statali mancava, poi, di organismi tecnici che coadiuvassero nel proprio lavoro di gestione e controllo l'Alto commissariato: a ciò si ovviò prima il 13 luglio 1950, con l'insediamento del nuovo Consiglio superiore di sanità¹¹⁴; successivamente, venne creato anche l'Istituto superiore di Sanità¹¹⁵.

Il sistema, così strutturato, lasciava però pressoché inalterato l'equilibrio tra Stato ed enti particolari erogatori delle prestazioni; questo perché si trattava di scelte conservative, frutto di resistenze politiche ed economiche alla statalizzazione dell'assistenza sanitaria.

¹¹³ Le attività delle mutue, come si è detto, costituivano la stragrande maggioranza delle prestazioni sanitarie erogate; questo, unito al potere di controllo dell'Alto commissariato, scatenò delle dispute di attribuzione molto accese; si trattò, di fatto, di una vera e propria "guerra" tra ministeri che ebbe il misero risultato di produrre il malfunzionamento del sistema dei controlli in capo all'Alto commissariato stesso.

¹¹⁴ Ricostituito con l. 21 marzo 1949, n.101; verrà successivamente rivisto nelle sue mansioni, dopo la soppressione dell'Alto commissariato, con l. 19 ottobre 1960, n. 1236, nonché con i D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 257 e n. 264; in seguito verrà riorganizzato nella propria composizione e nel proprio ordinamento dalla l. 14 marzo 1968, n. 203.

¹¹⁵ D'ora in avanti nella trattazione ISS.

Anzitutto, l'assenza di un ministero specifico, unita come anticipato alla frammentazione delle competenze tra Ministero dell'interno e del lavoro, favorì l'inefficienza dell'Alto commissariato nello svolgimento dei propri compiti per la carenza dei poteri attribuitigli a tal fine; a ciò si aggiunsero le numerose clausole di limitazione delle competenze rispetto all'attività delle mutue assicuratrici, tanto estese da porre nel nulla, di fatto, il sistema dei controlli in vigore.

La scarsa utilità del lavoro dell'Alto commissariato divenne così palese che già a fine decennio si pensò concretamente di sopprimerlo, concentrando le competenze, finalmente, su un unico soggetto.

Un ulteriore elemento di ritardo nell'attuazione dell'assetto della tutela della salute previsto dalla Carta fondamentale era rappresentato poi dalla mancata attuazione del regionalismo. Non è possibile soffermarsi qui sulle ragioni di tale ritardo, di cui si è scritto molto in dottrina, se non in estrema sintesi. Preme infatti sottolineare, più di tutto, che le motivazioni politiche dietro alla mancata creazione dell'ente regionale non siano poi così estranee rispetto a quelle che ostavano a una attuazione piena ed effettiva dell'art. 32 Cost.

Come sottolineato, infatti, sulla scelta di mantenere inalterato il sistema mutualistico ereditato dal periodo precedente pesavano, oltre a fattori di ordine sociale, anche ingenti pressioni – economiche e politiche – delle mutue stesse, che facevano leva sulle forze al governo nei primi anni del Dopoguerra per conservare la propria sfera di interessi.

Quelle stesse forze politiche, invero, furono le prime a procrastinare – quando non ad ostacolare – i passaggi necessari per la formazione degli enti regionali, che avrebbero rappresentato un autonomo livello di potere che poteva mettersi in contraltare con quello dei organi statali¹¹⁶; motivazione ancor più forte, se si

¹¹⁶ In particolare, come sottolineato anche *supra* quando si è discusso dei lavori in Costituente, a spingere per il mantenimento dello *status quo* erano liberali, democrazia cristiana e altri partiti

ragiona su quanto pesante potesse rivelarsi l'esercizio delle competenze regionali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera in termini politici ed economico-finanziari.

politici i cui esponenti avevano quasi tutti espresso apprezzamento per il sistema mutualistico e avevano spinto per una enunciazione blanda della tutela della salute; viceversa, sul tema del regionalismo si erano sempre professati piuttosto scettici, non solo per ragioni prettamente giuridiche ma anche perché la moltiplicazione dei centri di potere normativo ed amministrativo avrebbe potuto creare difficoltà nel governo di un Paese la cui maggioranza elettorale era saldamente spostata a destra ma con grandi differenze tra i vari territori. Viceversa, forze politiche escluse dalle maggioranze negli anni '40 e '50 come i socialisti e i comunisti, pur partendo da posizioni differenti sul regionalismo, alla fine vi conversero perché vi intravedevano la possibilità, soprattutto in alcuni territori regionali, di insediare un governo regionale di colore diverso rispetto a quello nazionale; queste stesse forze erano state (soprattutto i socialisti, tra le cui fila vi erano diversi medici illustri) le maggiori sostenitrici dell'inclusione nell'art. 32 Cost. della dimensione positiva della tutela della salute.

Capitolo II
L'EVOLUZIONE
DELLA TUTELA DELLA SALUTE
DAL DOPOGUERRA AD OGGI,
TRA UNIVERSALISMO, REGIONALISMO
E SCELTE FINANZIARIE

1. L'evoluzione del concetto di diritto alla salute nel nuovo stato costituzionale

Il capitolo precedente si è concluso con la constatazione di come all'entrata in vigore della Carta costituzionale non corrispose l'immediata imposizione di un nuovo paradigma di tutela della salute dei cittadini, che superasse le impostazioni del passato e portasse al suo riconoscimento in una nuova prospettiva sociale.

In verità, ciò non dovrebbe stupire. L'art. 32 Cost. costituiva una novità significativa nel panorama italiano – per non dire europeo, come anticipato nel precedente capitolo – forse anche troppo rispetto al sentire sociale del tempo e soprattutto rispetto a quanto poteva esprimere in termini di offerta di servizi l'apparato amministrativo dello Stato.

Occorreva dunque che si operassero profonde trasformazioni – tanto nel sentire sociale, quanto contestualmente a livello normativo e di organizzazione statale – prima del suo pieno riconoscimento, avvenuto attraverso una spinta riformatrice nei diversi ambiti in cui la tutela della salute si esplicava.

Giova primariamente precisare che le difficoltà di inquadramento del diritto alla salute – presenti allora come oggi – sono un retaggio della sua natura complessa¹, in cui si intersecano diverse posizioni giuridiche soggettive che rilevano sia singolarmente, sia “parlandosi” tra loro; per questo, risulta complicato effettuare una trattazione autonoma. Si proverà qui a distinguerne i vari aspetti senza minarne irrimediabilmente la trattazione unitaria.

Anzitutto, la riflessione giuridica si è concentrata sulla contrapposizione tra le due “anime” dell’art. 32 Cost. di cui si è già dato conto nel capitolo precedente. Da un lato, vi era il diritto alla salute nella sua accezione di diritto di libertà, come pretesa negativa che pubblici poteri e consociati non turbino l’integrità e le condizioni di equilibrio psicofisico del titolare del diritto²; posizione soggettiva mutuata dal modello liberale e semplicemente transitata nello stato costituzionale. Dall’altro, viceversa, si contrapponeva la sua configurazione come diritto alle prestazioni sanitarie, di natura relativa, sottoforma di pretesa che la Repubblica intervenga direttamente a tutelare il bene-salute attraverso l’erogazione di servizi³.

Questa distinzione era esempio della più generale contrapposizione tra diritti di libertà e diritti sociali molto presente nella dottrina costituzionalistica. Sulla base

¹ La letteratura rilevante, sul punto, è molto cospicua. Si vedano, *ex multis*: PACE A., *Problematica delle libertà costituzionali*, cit., p. 44, secondo il quale nella tutela della salute è racchiusa tanto la concezione ristretta di “diritto a godere del proprio stato di salute”, quanto quella positiva di “pretesa a godere di trattamenti sanitari”; sulla stessa scia anche PEZZINI B., *il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 25, che vi aggiunge anche il profilo negativo, relativo al rifiuto dei trattamenti, al testamento biologico, etc.; LUCIANI M., *Salute*, cit., p. 5, e ID., che rigetta la differenza tra diritti sociali e diritti di libertà; BALDASSARRE A., *Diritti sociali*, in PARADISI B. (diretto da), *Enciclopedia giuridica*, Vol. XII (*Delitto-Disarmo*), Roma, 1989, pp. 25 ss. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 54.

² Cfr. GROSSI P., *I diritti di libertà ad uso di lezioni*, II ed., Torino, 1991, pp. 235 ss; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 37 ss. *Contra* PACE A., *Problematica delle libertà costituzionali*, cit., p. 49, che rifiuta la concezione della libertà come pretesa per conferirgli un valore prettamente positivo, di esercizio di tutte le facoltà materiali e giuridiche che costituiscono la ragion d’essere del riconoscimento costituzionale del diritto.

³ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 37 ss.; FERRARI E., *Diritto alla salute e prestazioni sanitarie tra bilanciamento e gradualità*, in *Le Regioni*, 1991, pp. 1513 ss., che contiene una disamina di C. Cost., sent. 455/1990, di cui si parlerà più avanti.

delle caratteristiche riconosciute a queste due categorie, si tendeva a conferire al primo aspetto una natura cogente, immediatamente precettiva, indipendente dall'attuazione legislativa e imponibile *erga omnes*⁴; viceversa, la seconda tendeva a essere considerata alla stregua di un diritto relativo, dalla portata programmatica e perciò non immediatamente azionabile.

La separazione tra i due profili andò però affievolendosi con l'avanzare della riflessione costituzionale: si è infatti pian piano fatta strada l'idea che l'accostamento tra dimensione libertaria e sociale dei diritti non costituisse una vera e propria contrapposizione – valida solo sul piano definitorio; sarebbe più corretto, viceversa, sforzarsi di interpretarli nella loro globalità, trattandoli come elementi complementari; ne derivava, dunque, che diritti sociali e diritti di libertà si potessero e dovessero coniugare insieme⁵.

Questa impostazione trovava appoggio anche nell'affievolirsi delle posizioni, superate dal dato empirico, che additavano all'attuazione dei diritti sociali dei "costi necessari", assenti invece per i diritti di libertà: tanto infatti si erano manifestati aspetti dei diritti sociali per la cui azionabilità non era sempre indispensabile un intervento legislativo, quanto, viceversa, ci si rese conto che il godimento degli stessi diritti di libertà doveva presupporre l'esistenza di una normativa per invocarne la tutela; in assenza, ne sarebbe risultato un vuoto di garanzia⁶.

⁴ Con delle precisazioni, come si vedrà più avanti.

⁵ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 36; FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, cit., p. 517; LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Il diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., p. 13, che sottolinea come il profilo sociale del diritto alla salute sia quello più evidente, legato alla sua "origine storica", ma che ad esso si affiancano situazioni soggettive con struttura tipica dei diritti di libertà (diritto a non farsi curare, libertà di scelta, etc.).

⁶ Cfr. LUCIANI M., *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 4/1980, p. 778; MAZZIOTTI C.D., *Diritti sociali*, in *Enciclopedia del diritto*, Vol. XII, Milano, 1964, p. 806.

La distinzione tra le due categorie di diritti, su questo piano, risultava dunque molto debole, perché ogni diritto avrebbe un costo finanziario e giuridico per la sua tutela uniforme ed equa⁷.

Questo cambio di impostazione permise tanto di ottimizzare le diverse fattispecie previste dall'art. 32 Cost., quanto di favorirne una lettura integrata.

Rispetto alla tutela della salute nella sua dimensione negativa, la giurisprudenza comune del dopoguerra è arrivata a riconoscerne la prevalenza anche rispetto agli interessi collettivi rappresentati dalla pubblica amministrazione, giustificandone la sua azionabilità di fronte al giudice ordinario⁸; esito impensabile in costanza dell'orientamento volto a leggere la tutela della salute nella prospettiva liberale di branca della più ampia tutela dell'ordine pubblico.

Più ampio ancora è stato il dibattito sulla parte dell'art. 32 Cost. dedicata al diritto alla salute quale diritto a prestazioni, il quale, come anticipato, appariva però nettamente spostato verso una sua lettura prettamente programmatica nell'immediato Dopoguerra; esso era dunque insuscettibile di produrre posizioni giuridiche soggettive direttamente tutelabili⁹.

⁷ Il principio per cui tutti i diritti hanno un "costo" è di HOLMES S., SUNSTEIN C.R., *Il costo dei diritti: perché la libertà dipende dalle tasse*, (tit. orig. "The cost of wrights: why liberty depends on taxes", New York 1999), Bologna, 2000, p. 45. Cfr. sul punto BALBONI E., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 6/2003, pp. 1183 ss.; BALDUZZI R., *Salute (diritto alla)*, in CASSESE S., CATENACCI M. (a cura di). *Dizionario di diritto pubblico*, Vol. VI, Milano, 2006, p. 5399; BOTTARI C., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino, 2009, p. 79; BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 37 s.; LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 14; TUBERTINI C., *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008, p. 52.

⁸ Si veda sul punto Cass. SS.UU., sent. 20 febbraio 1992, 2092. Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 42 s.

⁹ Questa, ad esempio, la lettura che ne offre CALAMANDREI P., *Cenni introduttivi sulla Costituente e sui suoi lavori*, in BARILE P., CALAMANDREI P., LEVI A. (a cura di), *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, Vol. I, Barbera, Firenze 1950, p. CXXXIV, che basava la propria idea sull'interpretazione del testo normativo, effettivamente povero di riferimenti alla platea degli obbligati, a quella dei beneficiari e ad altri elementi di concretezza; CRISAFULLI V., *La costituzione e le sue disposizioni di principio*, cit., p. 36; GIANNINI A., *La tutela della salute come principio costituzionale*, cit., p. 813; CARLASSARE A., *L'art. 32 della costituzione*, cit., pp. 103 ss. Cfr. sul punto BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 11 ss.

Questa impostazione mutò gradualmente con l'imporsi della stagione costituzionalistica a impronta demo-sociale: cominciò pian piano ad affermarsi – e ad incontrare conseguentemente un esplicito riconoscimento nelle carte costituzionali e nelle dichiarazioni internazionali dell'epoca – una concezione del diritto alla salute più articolata, onnicomprensiva e dalla chiara impronta personalista¹⁰.

Così accadde anche in Italia, dove le innovazioni che – soprattutto dagli anni '70 in poi – caratterizzarono la tutela della salute in Italia trovarono sponda nel cambiamento di paradigma nella concezione sociale, politica e soprattutto giuridica del relativo diritto, con ampliamento del concetto di salute ad ambiti prima mai richiamati, come, ad esempio, quello della tutela della salubrità dell'ambiente e dei luoghi di lavoro.

Si cominciò ad affermare così un concetto di salute – che si potrebbe definire “etico-sociale”¹¹ che andasse oltre il mero aspetto della conservazione dell'integrità fisica¹² e spostasse l'attenzione fuori dall'ambiente sanitario-ospedaliero – e sul momento c.d. “patologico” – concentrandola invece verso gli ambienti di vita e di lavoro – quindi in una prospettiva “preventiva” – la cui influenza sullo stato di salute veniva sempre più riconosciuta¹³.

¹⁰ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 3; DURANTE V., *La salute come diritto della persona*, in CANESTRARI S., FERRANDO G., MAZZONI C.M., RODOTÀ S., ZATTI P. (a cura di), *Il governo del corpo*, Vol. I, in RODOTÀ S., ZATTI P. (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2011, pp. 579 ss.

¹¹ Espressione ripresa da ROVERSI MONACO F., BOTTARI C., *Art. 1*, in ROVERSI MONACO F. (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Milano, 1979, p. 12, i quali sottolineano come questa impostazione fu ben presente nella mente del legislatore quando si dovette impostare la normativa riguardante la creazione del SSN.

¹² Cfr. C. Cost., sent. 161/1985, annotata da DOGLIOTTI M., *La Corte costituzionale riconosce il diritto all'identità sessuale*, in *Giurisprudenza italiana*, 1/1987, pp. 236 ss.

¹³ Cfr. LUCIANI M., *Salute*, cit., p. 6; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 17 s. Sul rapporto tra diritto all'ambiente salubre e tutela dell'ambiente si ritornerà più avanti, in considerazione anche delle recenti modifiche costituzionali intervenute sull'art. 9; giova qui richiamare solo sinteticamente alcuni autori che si sono soffermati già diversi decenni fa sull'interconnessione (e sulla differenza) tra questi due diritti. Tra essi CARAVITA DI TORITTO

A questa svolta contribuì anche una riflessione giuridica più generale sulle categorizzazioni effettuate in passato in merito ai diritti sociali e divenute sempre più anacronistiche, a partire dal binomio tra disposizioni programmatiche e precettive.

Col tempo, infatti, la portata programmatica dell'art. 32 Cost. – utilizzata per una sua rilettura fortemente conservatrice – venne riletta in una chiave ben diversa e più in linea con le trasformazioni sociali del Dopoguerra: accertarne questa caratteristica non significava più necessariamente negarne la piena operatività verso i pubblici poteri e nei rapporti tra privati; piuttosto, il riconoscimento del suo carattere programmatico era riferito alle sue modalità di attuazione graduali, perfette al fine di ricomprendere in esso anche situazioni o condizioni che non erano prevedibili nelle intenzioni del Costituente¹⁴. In questa lettura, appare evidente che l'art. 32 sia stato volutamente strutturato come norma perennemente programmatica, che obbliga insomma alla riscrittura perpetua delle sue norme di attuazione.

Conseguenza inevitabile di questo ragionamento è che i pubblici poteri sono chiamati obbligatoriamente a far fronte ai doveri di adeguare il sistema alla portata attuale e perennemente in evoluzione dell'art. 32, senza possibilità di abdicarvi¹⁵. Tale intervento pubblico si può declinare in termini amplissimi –

B., *La tutela dell'ambiente nel diritto costituzionale*, in DOMENICHELLI V., OLIVETTI RASON N., POLI C., (a cura di), *Diritto pubblico dell'ambiente: diritto, etica, politica*, Padova, 1996, pp. 43 ss.; GRECO N., *La costituzione dell'ambiente. Sistema e ordinamenti*, Bologna 1996, pp. 379 ss.; MANGIAMELI S., *L'ambiente nel riparto di competenze tra Stato e Regioni (dalla configurazione di una materia, all'assetto di un difficile modello)*... in ID. (a cura di), *Giornate teramane sull'ambiente: atti del Convegno tenuto in occasione della presentazione del volume Diritto all'ambiente e diritto allo sviluppo: Teramo, 23-24 ottobre 1996, Aula magna della facoltà di giurisprudenza*, Milano, 1998, pp. 139 ss.

¹⁴ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 16 s.; CARAVITA DI TORITTO B., *La disciplina costituzionale della salute*, cit., p. 23.

¹⁵ In questa ottica deve leggersi il rigetto delle richieste di referendum che prevedevano la soppressione del Ministero della sanità, considerato come struttura organizzativa necessaria costituzionalmente per l'attuazione dell'art. 32 Cost., Cfr. C. Cost., sent. 17/1997; la questione era stata sollevata dalle Regioni al fine di ottenere una redistribuzione completamente regionalizzata delle competenze in materia sanitaria. Invero, come si vedrà, fu poi lo stesso governo in carica a

anche nella sua dimensione negativa, a testimonianza della riconosciuta onnicomprensività e unitarietà del diritto alla salute – adempiendo non solo alla tutela del singolo, ma anche della collettività¹⁶.

Questo dovere di azione da parte dei pubblici poteri era ed è tutt'ora vincolata nell'*an*, ma non nelle modalità¹⁷: la stessa disposizione costituzionale, infatti, lascia – salvo quanto previsto per le cure agli indigenti – al legislatore un margine di discrezionalità piuttosto ampio, che si dispiega nella scelta delle prestazioni da garantire e se farlo in forma gratuita o a pagamento, del modello organizzativo di tutela della salute, etc. Queste scelte devono però essere guidate – pena la loro irragionevolezza – da criteri costituzionalmente rilevanti, quali le conoscenze tecniche disponibili in un dato periodo, l'urgenza e l'indispensabilità di determinate prestazioni e, soprattutto le esigenze legate al reperimento delle risorse finanziarie¹⁸.

Si è cercato di capire, inoltre, se ci fosse un limite quantitativo alla pretesa di prestazioni da parte dei cittadini. In merito, la dottrina e la giurisprudenza concordarono infine su un punto: teorizzando l'esistenza un vero e proprio diritto soggettivo alle prestazioni, non sarebbe comunque possibile che questo possa valere *tout-court* per ogni bisogno di salute; questo dovrebbe, piuttosto,

sopprimere il ministero nel 1999, seppur per un brevissimo periodo. Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 87.

¹⁶ Cfr. sul punto BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 39 s.; CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012, pp. 18 ss.; MORANA D., *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, II ed., Torino, 2015, pp. 69 ss.; PEZZINI B., *Il diritto alla salute*, cit., p. 55.

¹⁷ Cfr. MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., p. 72; ID., *La salute nella costituzione italiana*, cit., p. 87. Cfr. anche C. cost., sent. 455/1990, par. 3 del *Considerato in diritto*.

¹⁸ Cfr. BERTI G., *Diritto e Stato. Riflessioni sul cambiamento*, CEDAM, Padova 1986, p. 126; D'ATENA A., *Lezioni di diritto costituzionale*, cit., p. 19; BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 39 s.; CAVASINO E. *Il diritto alla salute come diritto "a prestazioni"*. *Considerazioni sull'efficacia della tutela*, in CAVASINO E., SCALA G., VERDE G. (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza. Convegno annuale del Gruppo di Pisa, Trapani, 8-9 giugno 2012*, Napoli, 2013, pp. 335 ss.; CARAVITA DI TORITTO B., *La disciplina costituzionale della salute*, cit., p. 25. Si veda anche, sul punto, la giurisprudenza costituzionale, in particolare la sentenza n. 203/2016. Sul tema delle risorse economiche a disposizione per l'attuazione delle politiche amministrative in materia sanitaria si tornerà più avanti in questo capitolo.

essere parametrato in ragione della presenza o meno di un potere discrezionale in capo alla pubblica amministrazione nella fattispecie concreta. Sulla scorta di questo ragionamento, ad esempio, la giurisprudenza ha negato che vi fosse un diritto soggettivo dell'utente all'accesso generalizzato a prestazioni specialistiche in regime di libera scelta tra pubblico e privato¹⁹.

Riassumendo, dunque, con lo sviluppo dello stato sociale si è verificato un ampliamento generalizzato del riconoscimento del diritto alla salute, tanto sotto il profilo soggettivo quanto sotto quello oggettivo; ciò si è riflettuto anche sulla portata delle posizioni giuridiche tutelate dall'art. 32 Cost., facendone emergere anche la sua intrinseca natura complessa²⁰ e l'interconnessione tra le varie fattispecie in esso ricomprese.

Quest'ultimo aspetto è particolarmente chiaro se si guarda ai progressi fatti per riconoscere l'immediata azionabilità del diritto alla salute: una sua lettura meramente programmatica – riflesso, come visto, della sua natura di diritto sociale – impediva che esso potesse configurare una posizione soggettiva da

¹⁹ Il riferimento è in particolare alle disposizioni della l. 833/1978 che prevedevano l'erogazione delle prestazioni specialistiche, di norma, presso strutture pubbliche, con possibilità per il privato di ricorrere a strutture private; disciplina più volte portata all'attenzione della Corte costituzionale e sempre salvata, cfr. C. Cost., sent. 173/1987 (annotata da FREGO S, *Sul ruolo delle strutture private nel Servizio sanitario nazionale*, in *Le Regioni*, 6/1987, pp. 1380 ss. Sono fatti salvi i casi in cui vi è una verificata necessità di rivolgersi a strutture sanitarie private in tempo minore per un comprovato pericolo di salute o di vita; anche se, in verità, non è mancato chi abbia sollevato delle remore rispetto al riconoscimento di un generalizzato diritto al rimborso delle spese effettuate per le prestazioni urgenti, cfr. FERRARI E., *Il diritto alla salute è diritto a qualunque prestazione ritenuta "indispensabile"?* in *Le Regioni*, 6/1989, pp. 1932 s., riferita a C. cost., sent. 992/1988 che aveva affermato l'illegittimità costituzionale della norma statale che aveva escluso ogni ristoro se il privato risultava l'unico detentore delle apparecchiature necessarie al fine della prestazione urgente.

Analoghe considerazioni sono state effettuate per la normativa successiva (l. 595/1985) istitutiva dell'assistenza sanitaria indiretta e disciplinante l'acquisto di farmaci salvavita.

²⁰ Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 36.

tutelare in giudizio; con la sua riformulazione, invece, si è aperta la strada per la sua tutela diretta a prescindere dalla sua attuazione legislativa²¹.

Il riconoscimento diffuso del diritto alla salute come diritto primario e assoluto, foriero di posizioni giuridiche soggettive qualificate e imponibile *erga omnes* – compresi i rapporti tra privati – si impose prima nella giurisprudenza ordinaria²²; venne poi ribadito anche diffusamente dalla giurisprudenza costituzionale, a partire²³ dalla sentenza n. 88/1879²⁴ che ha aperto la strada al riconoscimento

²¹ Cfr. FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, cit., pp. 62 ss.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 88 s., che specifica come la risposta ad eventuali lacune normative in materia di tutela della salute dipende dalle ipotesi astrattamente configurabili. Se l'attuazione è solo parziale, con possibilità di estensione, prevarrà l'esercizio della discrezionalità legislativa, che esclude una decisione di incostituzionalità; sarà però eventualmente necessario effettuare delle integrazioni (è per esempio il caso delle sentenze-monito). Se invece l'omissione è totale o tale da precludere del tutto il diritto a prestazioni, è invece auspicabile il ricorso giurisdizionale, con il probabile esito di una sentenza additiva pura o additiva di principio. Cfr., sul punto, anche MORTATI C., *Appunti per uno studio dei rimedi giurisdizionali contro comportamenti omissivi del legislatore*, in *Il Foro italiano*, settembre 1970, pp. 174 s.; PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 55.

²² Cfr. sul punto Cass. SS. UU. 21 marzo 1973, n. 796, che ha qualificato il diritto alla salute come diritto "primario" ed "assoluto".

Questa interpretazione è riconducibile al filone giuridico della c.d. *drittwirkung* dei diritti costituzionali, essendo viceversa carente l'iniziale impostazione che aveva conferito portata essenzialmente programmatica a molte delle previsioni costituzionali concernenti i rapporti sociali. Cfr. sul punto CORSO G., *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 3/1981, pp. 768 ss.; MORELLI M.R., *Materiali per una riflessione sulla applicazione diretta delle norme costituzionali da parte dei giudici*, in *Giustizia civile*, 1/1999, pp. 3 ss.

²³ Le sentenze richiamate in tema di tutela della salute verso i terzi sono relativamente recenti, successive al 1979; questo perché la Consulta, come rilevato da CARAVITA DI TORITTO B., *La disciplina costituzionale della salute*, cit., p. 25, nei suoi primi decenni di attività si è mossa sul tema in maniera piuttosto frammentata, con pronunce di scarso interesse e perlopiù adagate sulle riflessioni dottrinali dell'epoca. Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 42 s. Cfr. sul tema, oltre alla sentenza *infra* richiamata, anche C. cost., sent. 277/1998 sull'indennizzo per danno da vaccinazione; sent. C. cost. 185/1998, c.d. "caso Di Bella"; C. cost., sent. 162/2014 in materia di fecondazione eterologa.

²⁴ C. cost., sent. 88/1979, nella quale la Consulta ha censurato l'art. 2043 Cod. civ., laddove non interpretato nel senso di ricomprendere nel danno risarcibile anche il "danno alla salute". Cfr. sul punto ANZON DEMMIG A., *L'altra "faccia" del diritto alla salute*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1/1979, pp. 647 ss.

dell'efficacia diretta²⁵ dell'art. 32 Cost. verso i terzi, in quanto diritto fondamentale²⁶ e posizione soggettiva direttamente tutelata dalla Costituzione²⁷.

Partendo da queste premesse si è così proceduto a una profonda rilettura della portata immediatamente precettiva dell'art. 32 Cost., in particolare sul fronte della risarcibilità di ogni tipologia di danno alla salute, in quanto posizione giuridica non degradabile; ha innescato, altresì, una diffusa rilettura delle norme civilistiche nel senso della prevalenza di tale diritto su numerose istanze di tipo economico-patrimonialistico²⁸.

Questa rilettura toccò anche alcune disposizioni in materia di diritto al lavoro, in particolare l'art. 2087 Cod. civ.²⁹, sulla base del quale cominciava a configurarsi il diritto soggettivo del lavoratore alla predisposizione delle idonee misure di prevenzione e di tutela dell'igiene e della salute sul lavoro – con relativo diritto al risarcimento del danno biologico³⁰ in caso di omissione; uno sviluppo simile si è poi verificato in materia di tutela della salubrità dell'ambiente³¹.

²⁵ Si è imposto, dunque, anche in materia di diritto alla salute il filone interpretativo (c.d. *Drittwirkung* dei diritti costituzionali) volto a ridimensionare la natura meramente programmatica di numerose disposizioni costituzionali e a sancirne la loro efficacia diretta, cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 21.

²⁶ Una rilettura certamente facilitata dal suo collegamento diretto col principio personalista di cui all'art. 2 e con quello di uguaglianza ex art. 3 Cost.

²⁷ C. cost., sent. 88/1979, par. 2 del *Considerato in diritto*.

²⁸ Cfr. sul punto CHERUBINI M.C., *Diritto alla salute*, in *Digesto delle Discipline Privatistiche. Sezione civile*, Vol. VI (*Diritto-div*), Torino, 1990, pp. 78 ss.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 23 s.; SANTILLI M., GIUSTI A., *Salute, II) tutela della salute – dir. Civ.*, in PARADISI B., *Enciclopedia giuridica*, Vol. XXXII (*Rivalutazione-Servitù*), cit., p. 7;

²⁹ Cfr. sul punto MONTUSCHI L., *Art. 32, comma 1*, cit., pp. 158 ss.

³⁰ Sul tema del riconoscimento del danno biologico in generale si sono spesi moltissimi autori; un'efficace ricostruzione di tale percorso si ritrova in MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 27 ss.

³¹ Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 15 s.; PEZZINI B., *Il diritto alla salute*, cit., pp. 21-25. In questa direzione si è mossa la giurisprudenza ordinaria, di cui è esemplificativa la sentenza delle Sezioni Unite civili del 6 ottobre 1979 n. 5172, nella quale la Suprema Corte ha confermato la competenza del giudice ordinario (e l'esistenza del relativo diritto soggettivo) su questioni riguardanti la tutela della salute, sotto il profilo della salubrità dell'ambiente di vita; così anche la giurisprudenza costituzionale, cfr. sent. 85/2013 Cost. sull'ILVA di Taranto, annotata da BIN R., *Giurisdizione o amministrazione, chi deve prevenire i reati ambientali? Nota alla sentenza*

2. Il superamento del sistema delle mutue, attraverso l'attuazione del regionalismo e della competenza in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera

La spinta riformatrice si manifestò anche sul fronte procedurale della tutela della salute, in particolare rispetto all'attuazione della materia "assistenza sanitaria e ospedaliera" che delimitava le competenze regionali.

Tale formulazione, nelle intenzioni dei costituenti, escludeva esplicitamente le funzioni di "igiene e sanità pubblica" che dovevano rimanere riservate allo Stato³²; questa impostazione però non venne mantenuta successivamente, dato che gli interventi successivi di conferimento delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera alle Regioni ricondussero, invero, ad unità le funzioni di igiene e quelle assistenziali³³.

La materia è stata così interessata da una vera e propria ridefinizione in via legislativa³⁴, coincidente con l'attuazione del regionalismo. All'interno delle leggi che disposero il decentramento di corpose funzioni normative ed amministrative alle Regioni vennero inserite anche le disposizioni concernenti la tutela della salute, pur nell'ambito della programmazione di principio statale (c.d. piano

"ILVA", in *Giurisprudenza costituzionale*, 3/2013, pp. 1505 ss. Cfr. anche sul punto CARROZZA P., *Conclusioni (molto provvisorie...)*, in *Atti del convegno "Il caso ilva: nel dilemma tra protezione dell'ambiente, tutela della salute e salvaguardia del lavoro, il diritto ci offre soluzioni?"*, Pisa, 15 marzo 2013, in *federalismi.it*, 15/2013, pp. 1 ss.

³² Cfr. BOTTARI C., *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, cit., pp. 28 s.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 97.

³³ Cfr. SANDULLI A. M., *Manuale di diritto amministrativo*, cit., p. 108, che ravvisa questa tensione all'unità anche nella l. 833/1978; cfr. anche BOTTARI C., *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, cit. pp. 28 ss.

³⁴ Cfr. sul punto D'ATENA A., *Costituzione e Regioni: studi*, Milano, 1991, p. 229; MANGIAMELI S., *Le materie di competenza regionale*, Milano, 1992, pp. 102 ss. e 182; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 98.

ospedaliero nazionale), della stabilità d'impiego del personale ospedaliero e dell'introduzione dei bacini territoriali per la classificazione degli ospedali³⁵.

Dapprima, con la legge 12 febbraio 1968, n. 132, istitutiva degli enti ospedalieri, si trasferirono alle Regioni le funzioni statali di vigilanza e tutela in materia di assistenza ospedaliera, mantenendo in capo allo Stato unicamente la funzione di alta sorveglianza sull'attività sanitaria³⁶.

Poi, con il D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4 – emanato anch'esso nel quadro dei provvedimenti normativi di attuazione dell'ordinamento regionale – si completò il passaggio delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera alle Regioni a statuto ordinario.

L'attivazione delle funzioni regionali in materia sanitaria dovette convivere, però, con una deriva che si muoveva in senso opposto, limitando il potere normativo degli enti regionali: forte è stata infatti la tendenza da parte dello Stato, nelle more dell'attuazione del regionalismo, di appropriarsi dello spazio di normazione regionale, attraverso una legislazione di principio ipertrofica e tendente a scendere nel dettaglio; tendenza inizialmente necessitata – o provocata? – dal ritardo nella costituzione delle Regioni, ma continuata anche successivamente.

La giurisprudenza costituzionale ha avallato per lungo tempo questa prassi – non solo in ambito sanitario peraltro – partendo dal presupposto che l'assistenza sanitaria ed ospedaliera non costituiva una materia pienamente assimilabile agli altri settori di competenza regionale, per via della particolare intensità dei limiti cui sono sottoposte la legislazione e l'amministrazione delle Regioni, oltre che per le peculiari forme e modalità di finanziamento della relativa spesa pubblica;

³⁵ Cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 133 s.

³⁶ Nonché di controllo amministrativo, attraverso l'istituzione dei collegi dei revisori, composti da rappresentanti dei ministeri del tesoro, della sanità, del lavoro e previdenza sociale e delle Regioni.

pesavano, infine, i tipici rapporti tra le varie specie di enti ed organismi che interagiscono nella materia³⁷.

Da questo assunto la Corte ha successivamente dedotto dei limiti alle competenze regionali, quantomeno nel rispetto della parità di trattamento dei cittadini – soprattutto in tema di livelli minimi delle prestazioni – ed ha salvato numerose norme statali non limitate al principio³⁸, invocando la clausola dell'interesse nazionale, la funzione di indirizzo e coordinamento e i poteri sostitutivi³⁹.

Le scelte normative in ambito sanitario non interessarono però solo il livello regionale: il cambio di mentalità attorno al tema della salute produsse gradualmente anche delle scelte politico-amministrative sempre più orientate al riconoscimento di un ruolo forte e propositivo dello Stato e al progressivo superamento del sistema mutualistico, ormai insostenibile dal punto di vista finanziario.

Il primo passo – invocato dagli addetti ai lavori per diverso tempo – avvenne nel 1958⁴⁰, quando l'Alto commissariato fu soppresso e sostituito dal neonato Ministero della sanità⁴¹; ad esso, tuttavia, la legge istitutiva aveva affidato inizialmente poco più dei compiti spettanti al suo predecessore, come ben si comprendeva guardando agli esigui finanziamenti stanziati per la sua attività⁴².

³⁷ Cfr. C. cost., sent. 245/1984, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1/1984, pp. 1911 ss., di cui parla anche VOLPE G., *L'intreccio delle competenze nel servizio sanitario e l'eguaglianza dei cittadini*, in *Le Regioni*, 1985, pp. 117 ss. Nello specifico, la Corte aveva censurato una norma statale che aveva imposto alle Regioni di ripianare il disavanzo delle USL a prescindere dai fattori (anche esterni) che lo avevano causato; la Corte, infatti, aveva rilevato che il disavanzo ben si poteva verificare anche solo per soddisfare diritti costituzionalmente garantiti.

³⁸ Cfr. C. cost., sent. 116/1967, annotata da ANZON DEMMIG A., *esigenze unitarie e competenza regionale*, in *Giur. Cost.*, 1967, pp. 1549 ss., relativa alla struttura fondamentale degli ospedali. Cfr. anche MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 105.

³⁹ MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 99 ss.

⁴⁰ Con l. 13 marzo 1958, n. 296.

⁴¹ Cfr. per una panoramica generale su questa sezione <https://search.acs.beniculturali.it/OpacACS/authority/IT-ACS-SP00001-00000310>; SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 87.

⁴² SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 128.

Ancora una volta mancò il coraggio di compiere il passo decisivo verso l'universalismo – ossia la riforma strutturale del sistema mutualistico – continuando a limitare le competenze degli organi statali alle mere funzioni di controllo degli enti privati.

Si trattò tuttavia solo di una questione di tempo. Ad inizio anni Sessanta i numeri degli assicurati dalle mutue erano ormai divenuti ingestibili; per fronteggiare le spese, le mutue contrassero debiti a tal punto da costringere lo Stato, in emergenza, a finanziarli con l'emissione di titoli⁴³; con la crisi del petrolio del '73 però anche il finanziamento del debito pregresso divenne insostenibile, tantoché molte società ed enti mutualistici dovettero dichiarare bancarotta; il tutto, intanto, mentre il divario tra prestazioni assistenziali nelle Regioni del nord Italia e in quelle del centro-sud era diventato enorme⁴⁴.

Fu così che, sul finire degli anni Sessanta, l'opinione pubblica e una parte delle forze politiche – soprattutto nell'area socialista – si orientarono verso la necessità di un intervento sulla materia che ponesse al centro il superamento, ormai inevitabile, del sistema mutualistico.

La prima proposta ufficiale in questa direzione, nell'ottica del ripensamento universalistico del sistema sanitario, fu redatta dalla Commissione Dogliotti⁴⁵: nel rapporto della commissione veniva pensato un sistema di assistenza ospedaliera finanziata dallo Stato per tutti i cittadini; il governo e l'organizzazione degli ospedali, invece, si sarebbero concentrati nelle competenze del Ministero della Sanità. In sostanza, la proposta della commissione proponeva l'unificazione – già richiesta da tempo – delle competenze di amministrazione attiva, vigilanza e controllo sugli enti ospedalieri in capo all'autorità statale.

⁴³ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 129.

⁴⁴ Per alcune significative statistiche sul punto cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 130

⁴⁵ Creata nel 1964 su iniziativa del ministro della salute Mancini, socialista.

Seguirono poi, come già anticipato, le riforme volte all'attuazione del regionalismo – che disposero il decentramento di corpose funzioni normative ed amministrative – nonché la c.d. riforma ospedaliera (l. 132/1968). Rispetto a quest'ultima, giova precisare che si trattò di una riforma osteggiata sì dalle mutue, ma disconosciuta in parte anche dagli operatori del settore⁴⁶; ebbe però il pregio di essere la prima reale misura di respiro “universalistico”, dato che estendeva l'assistenza ospedaliera a italiani e stranieri dimoranti sul suolo italiano “senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione” e che “siano o meno assistiti da enti assicurativi o da altri enti”, purché “necessit[i]no di urgenti cure ospedaliere”⁴⁷. Fu un colpo durissimo tanto al quasi monopolio delle mutue, quanto a quello degli enti di carità.

Di lì a poco il sistema delle mutue venne definitivamente accantonato: nel 1974⁴⁸ vennero emanate delle disposizioni per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici e lo scioglimento dei consigli di amministrazione di alcuni enti, i quali vennero soppressi del tutto con legge 29 giugno 1977, n. 349; le relative funzioni passarono alle Regioni⁴⁹.

3. La nascita del sistema sanitario nazionale (l. 833/1978)

Sul finire degli anni Settanta il sistema mutualistico era ormai stato smantellato, come conseguenza anzitutto del suo collasso dal punto di vista economico che lo aveva reso completamente inefficiente.

⁴⁶ Il punto cruciale era che, con l'istituzione degli enti ospedalieri, le strutture già esistenti perdevano di fatto qualsiasi autonomia acquisita col tempo.

⁴⁷ Art. 2 co. 2 l. 132/1968. Cfr. sul punto SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 136; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 75. Sul punto anche C. cost., sent. 88/1973, che saluta con favore la scelta legislativa perché “trascende gli angusti schemi dell'assistenza ai poveri e della pubblica beneficenza dando parziale attuazione al principio del primo comma dell'art. 32”.

⁴⁸ L. 17 agosto 1974, n. 386.

⁴⁹ Per una panoramica generale su questo paragrafo cfr. <https://search.acs.beniculturali.it/OpacACS/authority/IT-ACS-SP00001-00000024>.

Vi era la necessità che si predisponesse un sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie che ne assumesse le funzioni, rimediando allo stesso tempo alle criticità – soprattutto sotto il profilo della portata universalistica del diritto alla salute – createsi nella vigenza del precedente modello.

La scelta doveva ovviamente tenere conto di quanto precisato dall'art. 32 Cost. nella sua dimensione di diritto soggettivo avente natura sociale, ormai riconosciuta non solo in ambiente giuridico ma nella società in generale

Per questo si decise di valorizzare il lavoro portato avanti da istituzioni e soggetti vari come le commissioni di studio nominate negli anni dal governo o dal parlamento e sintetizzate dalle numerose proposte– spesso confluite in veri e propri progetti di legge – presentate sin dai primi anni del dopoguerra.

Queste si ispiravano al modello – mutuato dal NHS inglese, operativo da trent'anni con buoni risultati – che prevedeva la creazione di un servizio sanitario nazionale: un servizio che fosse pubblico (a partire dalle strutture che avrebbero erogato le prestazioni sanitarie) e finanziato a carico della collettività; in esso sarebbero confluite non solo le attività erogative di prestazioni medico-assistenziali, ma anche quelle inerenti ai poteri di programmazione sanitaria, di regolazione e controllo e tutte le altre attività di carattere tecnico-amministrativo strumentali alle funzioni erogative stesse⁵⁰.

Il Sistema sanitario nazionale italiano (SSN) venne dunque istituito con l. 23 dicembre 1978, n. 833.

⁵⁰ CILIONE G., *Diritto sanitario*, cit., p. 11. La l. 833 riprendeva in sostanza questi concetti (art. 1 co. 3): *“Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”*.

Il legislatore, anzitutto, si preoccupò di fissare degli obiettivi del SSN che fossero in linea con l'evoluzione storico-sociale del concetto di salute⁵¹.

Rispetto alle competenze normative in materia di tutela della salute, si riconosceva la loro attribuzione in via generale non solo allo Stato, ma anche alle Regioni e agli enti locali, nel rispetto di quanto dettato dall'art. 117 Cost. testo originario⁵². Gli articoli seguenti specificavano, poi, il contenuto di questa distribuzione di funzioni.

Allo Stato veniva demandata la definizione – pur con il concorso delle Regioni – degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale⁵³; a tal fine, esso era – ed è tutt'oggi – tenuto a predisporre un documento che fungesse da vertice della programmazione, ossia il piano sanitario nazionale (PSN).

Questo nuovo documento di programmazione generale doveva contenere anzitutto la definizione dei livelli di prestazioni sanitarie da garantirsi nei confronti di tutti i cittadini⁵⁴.

Si trattava della prima disposizione di legge che configurasse il riconoscimento di livelli di assistenza minimi, una sorta di antecedente storico dei LEA; anche se, in verità, essa non menzionava in alcun modo la necessità che l'erogazione di tali prestazioni fosse uniforme su tutto il territorio caratteristica propria, invece, dei livelli essenziali di assistenza come applicati dopo la riforma costituzionale del 2001.

⁵¹ Art. 2 l. 833/78. In particolare, tra gli obiettivi figuravano la *“formazione di una moderna coscienza sanitaria, sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino”*, la *“formazione professionale e permanente, [...] l'aggiornamento scientifico culturale del personale”*, il *“superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese”*; la *“tutela della salute mentale”*. Sono solo alcuni degli ambiti della materia sanitaria ignorati per anni dall'apparato normativo in materia, i quali acquistarono, con la l. 833, valore giuridico. Ad oggi questa disposizione, salvo una piccola modifica nel 1993 a seguito di referendum abrogativo, non è stata modificata.

⁵² Art. 1 co. 2 ult. periodo l. 833/78.

⁵³ Art. 3 co. 1 l. 833/78.

⁵⁴ Art. 3 co. 2 l. 833/78.

Il concetto di uniformità era riferito, allora, più all'obiettivo dichiarato del SSN di superare le disparità di trattamento e la frammentazione organizzativa propria del sistema delle mutue, passando ad un sistema dotato di uniformità organizzativa delle amministrazioni sanitarie, come condizione necessaria per l'erogazione omogenea delle prestazioni.

Di uniformità si parlava anche nell'articolo successivo⁵⁵: *“Con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e stabilite le relative sanzioni penali”*; seguiva un elenco di ambiti in cui questo precetto doveva essere rispettato con priorità d'intervento. La presenza di sanzioni penali e il novero delle materie suggeriva che si trattasse di ambiti – come l'inquinamento dell'atmosfera, delle acque e del suolo – in cui l'attività illecita dell'uomo avrebbe potuto portare a rilevanti conseguenze sulla salute collettiva, tanto da richiedere addirittura l'apposizione di vincoli penali.

Tornando al PSN, la relativa disciplina era integrata anche dall'art. 53 l. 833/78, che ne descriveva più analiticamente il contenuto⁵⁶, ne disciplinava la procedura di approvazione⁵⁷ e ne stabiliva la durata triennale.

⁵⁵ Art. 4 l. 833/78.

⁵⁶ In esso erano ricomprese le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del SSN, oltre a una serie di contenuti specifici elencati al co. 4..

⁵⁷ Che prevedeva la predisposizione da parte del governo – su proposta del Ministro della Sanità e sentito il CSN – di un documento da presentare al Parlamento entro il 30 giugno dell'anno di scadenza del precedente PSN. La disposizione, invero troppo scarna, venne modificata prima nel 1982 e poi nel 1985: fu previsto che il PSN fosse predisposto dal Governo e sottoposto al Parlamento per l'approvazione con atto non legislativo; contestualmente, il governo era tenuto a presentare il disegno di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini dell'applicazione del PSN, sia le norme per il finanziamento pluriennale del SSN, con specifica indicazione degli importi da assegnare al FSN e dei criteri di ripartizione alle Regioni.

Per quanto concerneva, invece, le competenze legislative regionali⁵⁸, l'articolo 11 della l. 833/78 individuava i principi statali di base⁵⁹ cui le stesse dovevano conformarsi; tra i più importanti, i principi della programmazione pluriennale e della predisposizione di piani sanitari regionali o PSR, che avrebbero rappresentato da quel momento il secondo livello di programmazione sanitaria⁶⁰.

In merito alle competenze amministrative, venne anzitutto demandata allo Stato la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni – purché concernente esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale.⁶¹

Seguiva poi l'articolo successivo, in cui erano elencate le competenze statali⁶², attinenti ad ambiti per cui era sconsigliabile configurare autonoma e distinta

⁵⁸ Fissate, come già accennato, dall'art. 117 v.t. nella competenza concorrente in materia di *"assistenza sanitaria ed ospedaliera"*.

⁵⁹ Questo elenco costituiva i principi informatori dell'intera materia; altri principi, più specifici, erano enucleati per singoli ambiti ogniquale volta veniva prevista nella l. 833/78 una competenza normativa regionale.

Questo sistema di delega regionale – invero non necessaria, dato che la Costituzione in autonomia prevedeva la competenza concorrente delle Regioni – accompagnata dalla fissazione di principi e criteri di base divenne prassi generale anche per le previsioni normative successive ed informò l'intera materia sanitaria, fino ai giorni nostri.

⁶⁰ La relativa disciplina è contenuta nell'art. 55 l. 833/78: essi dovevano avere durata triennale in linea col PSN; tendere alla eliminazione degli squilibri nei servizi e nelle prestazioni sul territorio regionale; uniformarsi ai contenuti e agli indirizzi del PSN; essere approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza del triennio di riferimento.

⁶¹ Art. 5. È prevista per l'esercizio per questa funzione la deliberazione del Consiglio dei ministri, con la compartecipazione del Consiglio sanitario nazionale, del Ministro della sanità e del Presidente del Consiglio a vario titolo. Sono fatte salve le situazioni in cui è invece obbligatorio l'intervento con normativa primaria, nel qual caso è previsto un articolato di funzioni tra CdM, CIPE, Presidente del Consiglio e Ministro della sanità, *cfr.* co. 2.

⁶² Art. 6 l. 833/78.

normazione regionale⁶³; specularmente era poi l'art. 7⁶⁴ in cui ad essere elencate erano le funzioni amministrative delegate⁶⁵ alle Regioni⁶⁶.

La legge identificava, poi⁶⁷, nei comuni gli enti cui era attribuita la quasi totalità delle funzioni amministrative in materia sanitaria ed ospedaliera⁶⁸; le poche eccezioni riguardavano alcuni selezionati ambiti riservati allo Stato e alle Regioni dalla Costituzione o dalle leggi speciali.

Questa competenza generale dei comuni si ricollegava a quanto previsto dall'art. 10, che inaugurava la parte della legge – ancora oggi in vigore, al netto della Riforma del Titolo V e delle modificazioni avvenute successivamente – dedicata alla struttura del SSN.

Contestualmente alla soppressione dell'organizzazione periferica del Ministero, basata sugli uffici dei medici e veterinari provinciali, la gestione della tutela della salute sull'intero territorio nazionale venne attribuita a nuovi soggetti, le unità sanitarie locali o USL⁶⁹, poste sì sotto il controllo regionale⁷⁰ ma i cui titolari erano

⁶³ Vi rientravano – e vi rientrano tutt'oggi, dato che l'elenco ha subito solo una modifica nel 2010 riguardante l'organizzazione sanitaria militare – ambiti come la profilassi internazionale, oggi peraltro considerata materia di competenza esclusiva statale per esplicita previsione dell'art. 117.2 Cost. Alcune di esse, come la disciplina del personale dipendente (artt. 47-48), ricevettero esplicita normazione direttamente all'interno della l. 833/78.

⁶⁴ Anch'esso modificato lievemente solo nel 1980.

⁶⁵ Per molte di queste funzioni parlare oggi di delega risulterebbe scorretto, perché dapprima con la Riforma Bassanini e poi con quella del Titolo V della Costituzione l'esercizio di queste competenze amministrative è attribuito a Regioni ed enti locali in forza del principio di sussidiarietà.

⁶⁶ Tra le più importanti, l'approvvigionamento di sieri e vaccini necessari per le vaccinazioni obbligatorie, fatte salve alcune competenze del Ministero per la costituzione e conservazione di sieri, vaccini, presidi profilattici, etc. per particolari situazioni emergenziali.

⁶⁷ Art. 13 l. 833/78.

⁶⁸ Come, ad esempio, quelle di cui all'art. 7 co. 1 l. 833/78, che erano sì delegate alle Regioni, ma dovevano essere esercitate tramite subdelega ai Comuni.

⁶⁹ La l. 833/78 le definiva come *"il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale"*.

⁷⁰ Alla Regione era altresì demandata la competenza sulla determinazione dei criteri con cui i comuni dovevano articolare le USL in distretti sanitari di base.

gli stessi Comuni, i quali le gestivano a livello amministrativo in forma singola o associata

I Comuni, perciò, conservarono ancora dei cospicui poteri di gestione, non più incentrati sul reclutamento dei medici e degli specialisti condotti di cui all'ormai superato T.U. delle leggi sanitarie, ma sulla titolarità delle attività nelle neonate unità sanitarie, le quali dovevano essere suddivise a loro volta in distretti sanitari di base⁷¹. Completavano poi la disciplina delle USL gli articoli 14⁷², 15⁷³, 19⁷⁴ e tutti gli altri articoli ricompresi nel Capo III della legge (rubricata "*prestazioni e funzioni*")⁷⁵.

Per quanto concerneva le strutture ospedaliere⁷⁶, esse conservarono la loro natura servente, divenendo strutture delle neonate USL e suddivise in dipartimenti interni, a seconda dei criteri dettati con legge regionale⁷⁷.

In merito poi alle attività del privato nel SSN, le disposizioni della l. 833/78⁷⁸ miravano unicamente a attribuire alle USL la vigilanza tecnico-sanitaria sugli

⁷¹ Art. 10 ult. comma, che qualificava i distretti come "*strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento*".

⁷² Che specificava l'ambito territoriale di attività delle USL e le sue competenze di base, tra cui figurava, tra le altre, anche la "*prevenzione individuale e collettiva*", per la prima volta inserita tra le funzioni fondamentali di un ente sanitario.

⁷³ Modificato più volte nel corso del tempo, in origine disciplinava la struttura e il funzionamento delle USL, in particolare degli organi fondamentali e delle funzioni degli stessi.

⁷⁴ Il quale definiva le prestazioni erogate dalle USL, suddividendole in prestazioni di *prevenzione* (specificate dai successivi articoli 20 e 21), di *cura* (art. 25), di *riabilitazione* (art. 26) e di *medicina legale*.

⁷⁵ Si trattava di ambiti di natura tecnica, tra cui spiccavano le attività di prevenzione, igiene e controllo sullo stato di salute dei lavoratori, che l'art. 21 l. 833/78 trasferiva dal soppresso Ispettorato del lavoro alle USL. In sostanza, dunque, l'ambito della medicina del lavoro, che nel sistema mutualistico costituiva il nucleo duro della tutela sanitaria, passava in blocco alle USL. Anche gli articoli successivi si occupavano – e si occupano tuttora, con lievi modifiche – di sicurezza sul lavoro, come l'art. 24 che prevedeva la delega – mai esercitata – al governo per emanare un testo unico in materia di sicurezza del lavoro.

Completavano il quadro le disposizioni sulle prestazioni di cura (artt. 25 ss.), quelle farmaceutiche (artt. 28 ss.), la disciplina dei TSO (artt. 33 ss.), i rapporti tra SSN e università (art. 39) e gli enti di ricerca (art. 40).

⁷⁶ Denominate "*stabilimenti ospedalieri*", art. 17 l. 833/78.

⁷⁷ Art. 17 co. 2 l. 833/78.

⁷⁸ Art. 41.

istituti esercenti l'assistenza ospedaliera e i relativi rapporti dovevano essere regolati da apposite convenzioni⁷⁹, di cui la dotazione finanziaria delle USL doveva tener conto⁸⁰.

Alla Regione veniva poi demandata la disciplina dell'autorizzazione e della vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, definendo altresì le caratteristiche funzionali cui le stesse dovevano corrispondere per assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori da quelle dei presidi e servizi USL⁸¹.

Sul fronte dei controlli, quello delle USL era demandato ai comitati regionali di controllo già esistenti, integrati da un esperto in materia sanitaria designato dal consiglio regionale⁸². Sul piano politico-amministrativo, veniva predisposto un sistema di relazioni annuali⁸³ e di controlli sulla gestione contabile⁸⁴.

Completava il quadro l'istituzione di un nuovo organo tecnico-consultivo, il Consiglio sanitario nazionale o CSN⁸⁵, con funzioni di consulenza e proposta verso l'esecutivo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria

⁷⁹ La cui disciplina specifica era disseminata nella l. 833/78, anche se norma centrale appariva l'art. 44. Quest'ultimo demandava la loro disciplina di dettaglio alla legge regionale, purché esse fossero coerenti col PSR e garantissero prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai presidi USL. Le convenzioni, in ogni caso, dovevano conformarsi a uno schema-tipo approvato dal Ministro.

⁸⁰ Art. 41 commi 3 ss. l. 833/78.

⁸¹ Art. 43 l. 833/78.

⁸² Art. 49 l. 833/78.

⁸³ I comuni gestori della USL dovevano presentarne una annuale allegata al bilancio dell'unità sanitaria; il presidente della giunta regionale, a sua volta, doveva presentare al consiglio una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari.

⁸⁴ La cui disciplina, ai sensi dell'art. 50 l. 833/78, era demandata alla legge regionale, secondo dei principi dettati dalla disposizione stessa. L'articolo disciplinava anche il sistema dei rendiconti delle USL alla regione e della regione al Ministero.

⁸⁵ Art. 8 l. 833/78. Una disciplina più dettagliata della sua composizione e delle funzioni era prevista più avanti dall'art. 60.

nazionale e del PSN⁸⁶. Venne mantenuto invece, con rinnovate funzioni⁸⁷, l'Istituto superiore di sanità.

La legge 833/78 conteneva anche, pur in ordine sparso, delle norme-ponte che facilitassero il passaggio dal sistema delle mutue, in particolare sotto il profilo della continuità assistenziale⁸⁸. Il fine di continuità permeava anche gli artt. 64 ss., i quali disciplinavano la dotazione di beni e servizi delle USL, in parte provenienti dai patrimoni e dalle strutture degli istituti mutualistici in liquidazione, in parte dalle dotazioni dei comuni e da altre fonti.

La legge 833 disciplinava anche le modalità di finanziamento del SSN⁸⁹: venne anzitutto prevista la creazione di un fondo sanitario nazionale, il cui ammontare era riportato di anno in anno all'interno del bilancio previsionale dello Stato⁹⁰; questo, una volta individuato a livello generale, sarebbe stato ripartito tra le varie Regioni in base a numerosi criteri, tra i quali si ricordano le indicazioni contenute nei PSN e PSR, gli indici e gli *standard*⁹¹ distintamente definiti per la spesa corrente e in conto capitale, la garanzia di uniformità dei livelli delle prestazioni sanitarie di cui all'art. 3, le disposizioni del T.U. delle leggi sul Mezzogiorno⁹².

⁸⁶ Tra le competenze era presente la sua consultazione in sede di determinazione dei livelli di assistenza e di determinazione dei finanziamenti. L'articolo 8 l. 833/78 disciplinava anche la composizione del CSN – compartecipata tra organi statali e Regioni – e la sua struttura di base.

⁸⁷ Art. 9 l. 833/78. L'Istituto aveva – ed ha tutt'ora – ampie competenze consultive e soprattutto ispettive negli ambiti di competenza statale; per l'ambito regionale, invece, esso operava attraverso un complesso sistema di controlli e consulenze su richiesta e in collaborazione con le Regioni stesse.

⁸⁸ In particolare, il riferimento è all'art. 63, che disciplinava l'assicurazione obbligatoria per tutti i cittadini, stipulata di diritto presso il SSN e finanziata da un contributo automatico conteggiato all'interno della dichiarazione IRPEF. Anche l'art. 74 si occupava della gestione delle prestazioni economiche per malattia già erogate da enti, casse etc. posti in liquidazione con l. 3386/2974; la gestione relativa veniva attribuita in continuità all'INPS.

⁸⁹ Artt. 51 ss. l. 833/78.

⁹⁰ Ai sensi dell'art. 53 co. 4 lett. b) e c) esso veniva individuato nell'esatto ammontare direttamente nel PSN.

⁹¹ Determinati all'interno del PSN, art. 53 co. 4 lett. c) l. 833/78.

⁹² Con delibera del CIPE, art. 51 co. 2.

Le somme erogate alle Regioni e provenienti dal fondo avevano una destinazione vincolata; in particolare, le Regioni dovevano utilizzare i fondi per il finanziamento dei livelli di prestazioni di cui all'art. 3 l. 833/78. La ripartizione dei fondi tra le varie USL avveniva sulla base di parametri dettati dalla legge regionale⁹³.

Il fondo veniva finanziato in parte tramite i contributi sanitari previsti dalle leggi speciali e dalle pur esigue entrate proprie delle Regioni; molto più cospicua era la somma a integrazione proveniente dai fondi statali, a loro volta finanziati dalla fiscalità generale⁹⁴.

4. La faticosa attuazione del SSN

Da quanto esaminato emerge come effettivamente la legge 833/78 abbia rappresentato quella svolta universalista i cui presupposti erano già insiti nel dibattito in Assemblea costituente e di conseguenza anche nel dettato costituzionale, pur conservando, lo si ricorda, i poteri pubblici un margine di discrezionalità sulle modalità di attuazione⁹⁵; questa svolta, peraltro, è stata senz'altro figlia del cambio graduale della concezione di tutela della salute documentata negli scorsi paragrafi, che ha permesso una rilettura estensiva della titolarità delle pretese di salute insite nell'art. 32 Cost. Così, dalla tutela gratuita per gli indigenti costituzionalmente codificata si è giunti all'erogazione di prestazioni gratuite per la totalità della popolazione⁹⁶.

Si è trattato, invero, di un passaggio piuttosto brusco, senza una vera e propria gradualità nell'estensione della tutela sanitaria, anche se, come già spiegato, nella l. 833/78 erano presenti delle norme-ponte che avrebbero dovuto permettere la

⁹³ Pur nel rispetto degli indirizzi dettati dal PSN ai sensi dell'art. 53 co. 4 lett. d).

⁹⁴ Art. 69 l. 833/78.

⁹⁵ Cfr. MARONGIU G., *La prestazione dell'attività sanitaria*, cit., pp. 390-391; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 75.

⁹⁶ Cfr. CORSO G., *I diritti sociali nella costituzione italiana*, cit., p. 759-760.

rivalorizzazione delle risorse organiche e strutturali del sistema mutualistico nel nuovo SSN. Tantoché, come si vedrà *infra* fra poco, piano piano alla portata universalistica della legge istitutiva del SSN verranno condotti dei correttivi, in ragione dell'imporsi di una tendenza sempre più insistente – in ragione dell'esaurirsi della spinta del boom economico e la crisi del debito pubblico nazionale – di considerare il diritto alle prestazioni sanitarie come “finanziariamente condizionato” e dunque necessariamente soggetto alla limitatezza delle risorse e all'allocazione politicamente orientata delle stesse⁹⁷.

L'istituzione del SSN ha però rappresentato un momento di svolta per la tutela effettiva e generale del diritto alla salute ancor di più sul fronte organizzativo/strutturale, avendo permesso il definitivo superamento di un sistema frammentario – tanto a livello di prestazioni erogate, quanto a livello territoriale – quale quello mutualistico, in luogo di un assetto organizzativo che si professava, in astratto, omogeneo per tutto il territorio nazionale a carico della fiscalità generale⁹⁸.

La legge 833/78 non si limitò dunque alla definizione di un sistema sanitario nazionale nelle sue linee generali, ma fu concepita con una portata precettiva piuttosto ampia ed estesa anche al dettaglio normativo. Con essa il legislatore del 1978 tentò di superare non solo il modello mutualistico, ma di impostarne uno nuovo attraverso previsioni puntuali che scongiurassero il rischio dell'interpretazione restrittiva delle disposizioni costituzionali in materia di tutela della salute.

Inoltre, venne finalmente inaugurata la prassi politico-amministrativa, imprescindibile per l'organizzazione della sanità, secondo cui i due profili della

⁹⁷ Espressione di matrice giurisprudenziale, Sent. Cost. n. 309/1999. Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 72 s.

⁹⁸ CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., p. V.

programmazione e dell'erogazione delle prestazioni dovessero rimanere interconnessi e "parlarsi" per garantire l'efficienza del sistema.

Questa impostazione mancava del tutto al modello mutualistico, che aveva prodotto squilibri sociali, territoriali ed economici e generato inefficienze produttrici di un incremento della spesa sanitaria e del deficit degli enti che vi operavano⁹⁹.

Sul fronte della distribuzione delle competenze sanitarie tra livelli di governo, l'intento della legge fu di integrare la previsione dell'art. 117 comma 2 Cost. sulla competenza concorrente in materia di "*assistenza sanitaria ed ospedaliera*", di per sé piuttosto generica e soggetta a letture restrittive a seconda dell'ambito di intervento¹⁰⁰, con un contenuto precettivo il più ampio possibile.

A queste premesse teoriche non seguì però del tutto la pratica, in fase di attuazione successiva della legge: il riparto delineato dalla l. 833/78 si rivelò infatti poco chiaro e definito, a tal punto da creare numerosi conflitti di attribuzione tra enti; ciò, come si vedrà, fece sì che esso venisse profondamente modificato dalle riforme degli anni '90 e successivamente accantonato a seguito della revisione, con la Riforma del Titolo V, delle norme costituzionali su cui si basava.

Alla necessità di questa riforma non seguì però una sua spontanea e rapida attuazione: alcune Regioni in particolare, a distanza di un lustro dall'entrata in vigore della l. 833/78, non avevano ancora nemmeno individuato le USL in cui dividere il territorio regionale¹⁰¹; di conseguenza, in diversi territori non si era ancora insediata la struttura organizzativa che esercitasse le competenze

⁹⁹ CILIONE G., *Diritto sanitario*, cit., p. 15.

¹⁰⁰ Per esempio, già all'epoca si era capito che nelle materie di potestà concorrente lo Stato potesse riservarsi alcune competenze esclusive in ambiti che fossero di "*interesse nazionale*", per citare l'art. 117.2 Cost. Era questo l'antecedente storico della prassi statale, sopravvenuta alla riforma del 2001, di avocare competenze normative giustificando l'intervento talvolta come esercizio delle materie c.d. trasversali, talvolta nella veste di intervento in sussidiarietà.

¹⁰¹ Competenza attribuita dall'art. 11 co. 5 l. 833/78.

amministrative necessarie per predisporre la programmazione locale dell'erogazione dei servizi.

Da parte sua, nemmeno lo Stato aveva ottemperato agli oneri per attuare la legge, soprattutto sul fronte dei decreti attuativi: le relative deleghe furono spesso oggetto di proroga e alcune non vennero mai esercitate¹⁰².

Anche sul fronte finanziario l'attuazione della l. 833/78 è stata problematica, dato che ai costi derivanti dall'estensione illimitata delle prestazioni si aggiunsero poi anche quelli generati dalla gestione spesso inefficiente delle USL¹⁰³; per questi motivi, già dal primo decennio successivo all'inaugurazione del SSN si è cercato di porre un argine alla tendenziale gratuità del SSN, attraverso interventi legislativi mirati al fine di contenere la crescita della spesa sanitaria complessiva (in particolare il D.L. 8 febbraio 1988, n. 27¹⁰⁴ e la l. 37/1989¹⁰⁵)¹⁰⁶ sia introducendo (con il D.L. n. 382 del 1989, conv. in legge n. 8 del 1990) le prime quote di partecipazione alla spesa per le prestazioni – misura poi denominata “ticket sanitario” – sia con le leggi di riforma degli organi interni delle USL¹⁰⁷.

¹⁰² Come già visto *supra* rispetto alla delega in materia di sicurezza sul lavoro, da cui non scaturì la redazione del relativo testo unico; oppure per la previsione dell'art. 59, che demandava alla legge dello Stato la disciplina del riordino del Ministero della Sanità, effettuato diversi anni dopo a delega ormai scaduta.

¹⁰³ Inefficienze generate anche dalle prime manovre di politicizzazione delle cariche di vertice all'interno delle USL.

¹⁰⁴ “Misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria”.

¹⁰⁵ Recante il titolo: “Contenimento della spesa sanitaria”. Cfr. sul punto CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., p. V; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 76 ss.

¹⁰⁶ Il successivo avvallamento di questa tendenza da parte della giurisprudenza costituzionale ha dimostrato che la scelta operata dal legislatore verso l'universalismo aveva comunque un margine di discrezionalità che ben poteva essere disattesa in futuro. Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 77 s.

¹⁰⁷ Fu di questi anni l'istituzione, quali organi essenziali delle USL, del collegio dei revisori dei conti, nonché le previsioni, come quella di cui all'art. 49 co. 4 l. 833/78 come modificato nel 1984, che legavano la validità degli atti delle USL alla necessità della copertura finanziaria; cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 145-146.

Le criticità appena riportate trovavano in verità la propria genesi anche in alcune contingenze storiche. Da un lato, un grosso freno all'attuazione efficace della l. 833/78 era posto dalla situazione economica generale del Paese, che negli anni '80 fu caratterizzata dall'incremento esponenziale del debito pubblico; ciò costrinse a delle revisioni di spesa sostanziose in alcuni settori dove quest'ultima era cospicua come sanità, politiche del lavoro, pensioni.

Dall'altro, l'attuazione a singhiozzo del SSN andava di pari passo con la lenta attuazione del regionalismo: l'attribuzione di corpose competenze amministrative alle Regioni effettuata negli anni '70 non era stata accompagnata da un'adeguata programmazione finanziaria; dal lato regionale, poi, venne disatteso l'intento iniziale di delegare a propria volta le competenze amministrative agli enti locali, trasformando così le Regioni in grandi macchine gestionali con poteri politici deboli¹⁰⁸.

5. L'aziendalizzazione del SSN attraverso la riforma-bis

Nonostante gli interventi di contenimento dei costi operata dai governi susseguitisi negli anni Ottanta, la spesa sanitaria continuò a crescere a ritmo sostenuto, di pari passo con l'aumento del debito pubblico: la riforma del 1978 – col suo portato universalistico e le funzioni erogative saldamente in mano alle strutture pubbliche – aveva, infatti, aperto la strada al godimento di una molteplicità di prestazioni a tutti i cittadini, col risultato di fare crescere il numero delle prestazioni erogate a un ritmo maggiore rispetto alla crescita del gettito fiscale a finanziamento delle stesse.

Il sistema resse finché perdurò la crescita innescata dal rimbalzo economico avvenuto dopo la crisi del petrolio nel 1973; già a inizio anni '90, però, questa

¹⁰⁸ E soggetti, soprattutto, a dinamiche politiche deleterie quando si trattava di assegnazione di ruoli di potere e posti di lavoro; questo accadde anche in ambito sanitario, dove la spartizione degli incarichi amministrativi ai vertici degli enti sanitari era prassi consueta.

spinta si era esaurita e dopo vent'anni ininterrotti di crescita economica, nel 1993 si registrò un decremento del PIL italiano.

Si rese necessario, dunque, intervenire anche in campo sanitario per limitare i costi dell'intero comparto, cercando al contempo di efficientarne l'opera¹⁰⁹.

In particolare, occorre misure atte a modificare l'assetto strutturale dello stesso SSN, il quale anche dal punto di vista gestionale presentava delle grosse lacune; in particolare, tra i dirigenti amministrativi delle USL molti possedevano scarse competenze di tipo manageriale¹¹⁰ ed erano stati individuati più che altro per necessità di suddivisione politica delle cariche dirigenziali all'interno delle Regioni.

Intanto, in diversi paesi occidentali, i sistemi sanitari nazionali affrontavano le crisi dei debiti sovrani aprendosi parzialmente al libero mercato¹¹¹; soluzione verso cui vi fu grande approvazione anche in Italia, tanto da influenzare le scelte dei governi in carica.

Si cominciò, anzitutto, con l'individuazione normativa di fasce di reddito non destinatarie dell'assistenza medica di base gratuita¹¹² (misura, invero, non attuata

¹⁰⁹ Per un approfondimento delle motivazioni che hanno spinto alla riforma del SSN cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., pp. VI ss.; TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, in CERRINA FERONI G., LIVI BACCI M., PETRETTO A. (a cura di), *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Firenze, 2017, p. 15, che sottolinea l'influenza sulle scelte di politica sanitaria che ha avuto la firma del Trattato di Maastricht, foriera di nuovi e più stringenti vincoli finanziari.

¹¹⁰ Cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 148-149.

¹¹¹ L'esempio più seguito era quello inglese, dove i governi Thatcher avevano aperto dei "quasi mercati" e dato un'impronta manageriale al National Health System. Cfr. TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, cit., p. 14.

¹¹² Art. 6 D.L. 19 settembre 1992, n. 384, "Misure urgenti in materia di previdenza, di sanità e di pubblico impiego, nonché disposizioni fiscali", in cui veniva prevista una delega normativa al governo ad adottare, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, i livelli uniformi (prima menzione normativa in assoluto) di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini. Veniva in proposito individuata una soglia massima – corrispondente al reddito per nucleo familiare di 40 milioni di lire – oltre la quale i componenti della famiglia non avrebbero più avuto diritto all'assistenza gratuita di base; ne sarebbero risultati così esclusi circa 24 milioni di utenti. Cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 148-149.

e poi abrogata), per poi passare a una vera e propria riforma strutturale del sistema.

Con legge 421 del 1992 il Parlamento¹¹³ delegò il governo ad operare una razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse per il SSN, al fine di efficientarne l'operato garantendo l'equità distributiva e il contenimento della spesa sanitaria; nella sostanza, si trattava di riformare il sistema per orientarlo verso un'ottica di liberalizzazione, privatizzazione e rispetto del vincolo finanziario in materia sanitaria¹¹⁴.

Vide così la luce la c.d. riforma-bis – varata con D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 – le cui linee guida fondamentali¹¹⁵ che ne caratterizzavano il contenuto furono:

- l'aziendalizzazione e la trasformazione della gestione delle Aziende Sanitarie in forma manageriale, attraverso l'introduzione della figura del Direttore Generale;
- il ritorno all'autonomia dei grandi ospedali – perduta con la riforma Mariotti del 1968 – attraverso la loro separazione formale dalle USL e la loro trasformazione in Aziende Ospedaliere¹¹⁶, segnando così una scissione tra i soggetti finanziatori (le ASL) da quelli erogatori¹¹⁷;

¹¹³ L. 23 ottobre 1992, n. 421, *“Delega al Governo per la razionalizzazione e revisione delle discipline in materia di sanità, pubblico impiego, previdenza e finanza territoriale”*.

¹¹⁴ Più nello specifico, i principi e criteri direttivi concernevano, tra gli altri: a) la disciplina dei ticket e dei prelievi contributivi; completare il riordinamento del SSN; definire i principi organizzativi delle USL e ridurre il numero; definire i principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori; emanare norme per la riforma del ministero della sanità. Si trattava di una delega amplissima, che abbracciava molteplici aspetti della materia sanitaria. Cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., p. 6.

¹¹⁵ Cfr. BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, in AA.VV., *Centenario dell'istituzione degli ordini dei medici. Cento anni di professione al servizio del Paese*. Roma, 10 luglio 2010, Roma, 2010, p. 209; TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, cit., p. 16; NERI S., *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, Ediesse, Roma 3/2008, pp. 97 ss.

¹¹⁶ Cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., p. 7.

¹¹⁷ Per regolare gli acquisti dei servizi dalle aziende ospedaliere, vennero introdotti la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e la classificazione dei pazienti basata sui c.d. Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG).

- la rottura del vincolo universalistico, attraverso la creazione di una sanità multilivello con ticket sanitari diffusi e fasce di reddito esenti oppure viceversa escluse dal beneficio;
- apertura ai privati nella struttura del SSN, attraverso i meccanismi di

Con questi interventi, la riforma del 1992 ridisegnò di fatto l'impianto della riforma del 1978¹¹⁸.

Quanto al riparto di competenze tra gli enti territoriali, allo Stato continuava ad essere demandata la funzione di pianificazione, attraverso il Piano Sanitario Nazionale, nel quale definire obiettivi fondamentali, finanziamenti e livelli di assistenza¹¹⁹; al Ministro si riservavano altresì poteri di sorveglianza¹²⁰ e di coordinamento tra le attività regionali¹²¹.

D'altro canto, alle Regioni furono attribuite ulteriori e più vaste competenze normative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera¹²²

Le relative tariffe vennero definite inizialmente a livello nazionale una prima volta nel 1995; successivamente, questo potere è stato affidato alle Regioni, che hanno potuto fissare un proprio tariffario sulla base delle esigenze locali, cfr. TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, cit., p. 16.

Oggi il sistema dei DRG è disciplinato dal D.M. 18 dicembre 2008, cfr. PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., p. 95.

¹¹⁸ Cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., pp. 7 ss.; SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 149 ss.

¹¹⁹ Art. 1 D.Lgs. 502/92, nel quale veniva specificato che i contenuti fondamentali del PSN fossero: gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione; le linee generali di indirizzo del SSN; i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale, coi relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale. Completava il quadro il co. 4 che elencava ulteriori contenuti necessari.

Veniva modificata anche la procedura di approvazione del piano, che prevedeva ora solo la consultazione delle commissioni parlamentari sul progetto governativo, e l'adozione d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

¹²⁰ Documentata attraverso una Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, art. 1 co. 6 D.Lgs. 502 v.t.

¹²¹ Art. 1 co. 7 D.Lgs. 502 v.t.

¹²² Art. 2 D.Lgs. 502/92. La Regione diventò dunque il livello territoriale di riferimento rispetto:

- alla determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute, nonché dei criteri di finanziamento delle USL e delle aziende ospedaliere;

– sempre nel rispetto della natura concorrente delle stesse con la normativa di principio statale – con particolare enfasi sull’emanazione del PSR¹²³. Ad esse spettavano anche la disciplina delle modalità organizzative e di funzionamento delle USL¹²⁴, nonché vaste competenze in materia di aziende e presidi ospedalieri¹²⁵.

Il ruolo degli Enti locali veniva invece ridimensionato: i comuni venivano spogliati di quasi tutte le competenze organizzative – fatte salve quelle di programmazione attraverso appositi organismi sovracomunali – e di quelle di gestione – attraverso il passaggio della titolarità delle USL all’organizzazione regionale; essi mantenevano – come si vedrà più avanti – estese competenze in materia di organizzazione delle *“attività e [de]i servizi socio-assistenziali”*, la cui gestione poteva però essere delegata alle USL¹²⁶.

-
- alle attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

¹²³ Il quale ai sensi dell’art. 1 co. 5 D.Lgs. 502/92 doveva essere adottato entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del nuovo PSN.

¹²⁴ Secondo quanto dettato dall’art. 3 co. 5 v.t. D.Lgs. 502/92.

¹²⁵ Art. 4 D.Lgs. 502/92 v.t. Nello specifico, le Regioni ebbero il compito di individuare gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera, con una procedura concertata col governo; i relativi requisiti erano indicati più avanti nell’articolo. Alla regione spettava anche disciplinare le modalità di finanziamento delle AO, secondo criteri precisati nell’art. 4 *cit.*

¹²⁶ Art. 3 co. 3 testo originale D.Lgs. 502/1992. Ovviamente gli oneri economici rimanevano in capo all’ente locale delegante. Cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, *cit.*, p. 8.

La USL¹²⁷ venne dotata di personalità giuridica pubblica, oltreché di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, etc.¹²⁸; suoi organi erano il direttore generale¹²⁹ e il collegio dei revisori dei conti.

Essa divenne principalmente il polo di erogazione delle prestazioni specialistiche, avvalendosi dei propri presidi, delle Aziende Ospedaliere, delle istituzioni sanitarie pubbliche – compresi gli ospedali militari – e private – le quali in teoria dovevano operare “*ad integrazione*” del pubblico – e dei liberi professionisti legati al SSN da “*appositi rapporti*”¹³⁰ *fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa*”¹³¹.

L’interpretazione di queste norme – già di per sé ispirate da forti istanze di liberalizzazione – portò di fatto al sistema dualistico pubblico-privato ancor oggi operante.

Questo sistema doveva essere implementato ulteriormente da quanto previsto dall’art. 9 del D.Lgs. 502/92: venne conferita alle Regioni¹³² la possibilità di introdurre in via graduale e sperimentale¹³³ forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni. L’art. 9, inoltre, permetteva alle Regioni di

¹²⁷ Art. 3 D.Lgs. 502/92, modificato numerose volte nel corso degli anni.

¹²⁸ Particolarmente importante fu sul punto l’art. 5 D.Lgs. 502/92 v.t., che trasferì i beni e le attrezzature un tempo patrimonio dei comuni e vincolate all’attività delle USL alle unità stesse e alle aziende ospedaliere.

Nello stesso articolo era prevista altresì la delega alla regione per la normazione della gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle USL e delle AO, nel rispetto di alcuni principi ivi elencati.

¹²⁹ Coadiuvato nell’attività da un direttore amministrativo, da un direttore sanitario e da altri organi ausiliari. Le sue funzioni erano previste dall’art. 3 co. 6 D.Lgs. 502/92, v.t. Seguiva nell’articolo la disciplina dell’incarico, le incompatibilità, etc.

¹³⁰ Locuzione piuttosto generica, interpretata successivamente per l’apertura al privato. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 151

¹³¹ Art. 8 comma 5 D.Lgs. 502/92. Si tratta dell’articolo che ancora oggi disciplina il rapporto tra SSN da un lato, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dall’altro. Esso si basa su convenzioni triennali conformi agli accordi collettivi nazionali con le associazioni di categoria, stipulati sulla base di alcuni principi determinati dall’articolo stesso.

Modalità simile era prevista anche per i rapporti tra farmacie e SSN, art. 8 co. 2.

¹³² Nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e della libera scelta del cittadino.

¹³³ In teoria la sperimentazione doveva essere triennale e doveva conseguire una valutazione paritetica tra Governo e regione interessata.

introdurre sperimentazioni gestionali ai sensi dell'art. 4 co. 6 l. 30 dicembre 1991, n. 412¹³⁴.

Questa norma venne subito rettificata¹³⁵ per il timore di una sua rilettura troppo estensiva da parte delle Regioni: per assicurare “prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN” venne prevista la possibilità di istituire fondi integrativi sanitari, le cui fonti istitutive erano perlopiù legate alla contrattazione collettiva – contratti e accordi collettivi, accordi dei sindacati dei liberi professionisti e lavoratori autonomi, etc.

Pur con questa modifica, tuttavia, non si fermò la tendenza di porre la sanità privata in posizione paritetica rispetto alle strutture pubbliche. Questa impostazione fu rafforzata anche attraverso successivi provvedimenti governativi: il governo Berlusconi I¹³⁶ attribuì alle organizzazioni sanitarie rispettose dei requisiti tecnici definiti dalla regione sulla base degli indirizzi nazionali un vero e proprio diritto soggettivo all'accreditamento¹³⁷, riducendo drasticamente la discrezionalità amministrativa al momento dell'esame della documentazione; vennero poi formalmente parificati i soggetti pubblici e privati, attraverso l'eliminazione del richiamo alla natura “integrativa” dell'apporto del privato effettuato nelle varie disposizioni del D.Lgs. 502/92.

Queste modifiche crearono un conflitto tra livelli di governo – come già accennato *supra* – e soprattutto tra privati e Regioni in sede di accreditamento; si

¹³⁴ Il quale specificava che “sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, [etc.]”. Questa parte della norma venne poi trasposta successivamente nell'art. 9-bis, che ne ha specificato la procedura di attuazione – tramite convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata di opere e di servizi – e le modalità di concertazione all'interno della conferenza unificata.

¹³⁵ Con D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

¹³⁶ L. 23 dicembre 1994, n. 724. Cfr. DE SCALZI M., *Strutture private e organizzazione sanitaria: due modelli regionali a confronto*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Il diritto alla salute*, cit., pp. 127 ss.

¹³⁷ La misura venne peraltro contestata da alcune Regioni per lesione delle proprie competenze, in quanto compressiva del potere di programmazione delle stesse; la questione di costituzionalità che ne scaturì fu dichiarata inammissibile dalla Consulta con sent. n. 416 del 28 luglio 1995.

rese necessario dunque intervenire successivamente con apposita circolare ministeriale, attraverso la quale il neoministro della sanità del governo Dini, il tecnico Elio Guzzanti, riordinò le procedure di riconoscimento delle attività dei privati nel SSN.

La circolare prevedeva che tali procedure si articolassero secondo un triplice modello – autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali¹³⁸, questi ultimi siglati direttamente dalle aziende sanitarie locali sulla base della programmazione regionale e tenendo conto delle risorse disponibili¹³⁹ – al fine di fornire strumenti e procedure differenti per ciascuno degli aspetti dell'attività dei privati nel ramo sanitario¹⁴⁰.

¹³⁸ Si introduceva così il sistema delle quattro A, in cui programmazione e accreditamento vengono collegati da quattro passaggi: il primo è l'autorizzazione alla realizzazione, in cui la regione valuta i progetti di costruzione di nuove strutture, la trasformazione delle esistenti e via discorrendo; il secondo è quello dell'autorizzazione all'esercizio, in cui regione definisce i requisiti minimi per l'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria e ne garantisce il rispetto; nel terzo passaggio, quello dell'accreditamento istituzionale, viene concessa l'erogazione di prestazioni per conto del SSR dopo controlli sugli *standard* di qualità e sulla coerenza con la programmazione regionale; l'ultimo passaggio è quello degli accordi contrattuali, in cui le Regioni individuano i soggetti titolati a erogare prestazioni a carico del SSN. Con tale sistema la concorrenza di un sistema aperto viene sostituita, in teoria, dalla programmazione inclusiva dei privati, in cui la libertà di scelta del cittadino è influenzata dalle scelte regionali in termini anche quantitativi. Cfr. PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari? Quanta diseguaglianza possiamo accettare (e quanta diseguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo*, in BALDUZZI R. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema: atti del Convegno, Genova, 20-21 febbraio 2004*, Milano, 2005, pp. 401 ss.

¹³⁹ Questo assetto verrà poi inserito nella l. 662/1996. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 152.

¹⁴⁰ Si trattò di un riordino che venne poi introiettato nel D.Lgs. 502/92 dalla Riforma Bindi, nuovo art. 8-bis co. 3. L'autorizzazione sarebbe stata rilasciata per la realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie; l'accreditamento avrebbe permesso di esercitare attività sanitarie per conto del SSN; infine, con gli accordi contrattuali si sarebbe disciplinato l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN. Cfr. DE SCALZI M., *Strutture private e organizzazione sanitaria*, cit., p. 128.

Al netto di queste correzioni, qualcuno ha fatto notare che distanza di anni il c.d. sistema delle quattro A presenti ancora degli elementi di distorsione: in diverse Regioni l'autorizzazione, e l'accreditamento sono mai stati mai effettivamente oggetto di restrizioni; così i privati convenzionati, immediatamente accreditati, hanno definitivamente saturato il mercato, frenando l'accesso di nuovi ingressi. Stando così le cose, alla problematica della scarsa responsabilizzazione degli utenti (dovuta all'assenza nella prima parte dell'operatività delle riforme di tetti di spesa) si è aggiunta l'assenza di dinamicità dal lato dell'offerta, che ha impedito il manifestarsi di effetti

Altra novità rilevante introdotta dal D.Lgs. 502/92 fu l'utilizzo, per la prima volta, del richiamo a livelli di assistenza "uniformi"; nello specifico, nell'art. 1 veniva demandato allo Stato il compito di definire nel piano sanitario nazionale la "programmazione sanitaria e definizione dei livelli uniformi di assistenza", con l'importante indicazione che essi dovessero in ogni caso essere "rapportati al volume delle risorse a disposizione"¹⁴¹.

Numerose furono poi le modifiche improntate più nello specifico all'assetto organizzativo del SSN.

Sul tema della prevenzione, il decreto¹⁴² attribuì alla legge regionale il compito di individuare un organismo che curasse la gestione dei presidi multizonali di prevenzione¹⁴³.

Contestualmente, all'interno delle USL vennero istituiti, a cura delle Regioni, i dipartimenti di prevenzione¹⁴⁴, che raccolsero le funzioni demandate alle USL dagli articoli 16, 20 e 21 della l. 833/78; a sua volta il dipartimento fu dotato di

concorrenziali e ha causato l'esplosione della spesa sanitaria, cfr. CINTIOLI F., *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 37 e 53 s.; CORSO G., *Pubblico e privato nel sistema sanitario*, in CORSO G., MAGISTRELLI P. (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile: atti del convegno svoltosi il 27 novembre 2008 in Roma presso l'Accademia Nazionale dei Lincei*, Torino, 2009, pp. 17 ss.

I tentativi di arginare il fenomeno sono stati vani, compreso lo sforzo della giurisprudenza di qualificare l'aspettativa all'accreditamento come mero interesse legittimo, vista la presenza del contrapposto interesse pubblico al contenimento della spesa, cfr. Cons. Stato, Sez. V, sent. n. 1987/2008.

¹⁴¹ Art. 1 co. 4 lett. b). Si tratta di una manifestazione abbastanza esplicita dell'impostazione del D.Lgs. 502/92, improntata a riconoscere nel diritto alla salute un diritto "finanziariamente condizionato". Cfr. LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 12; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 76; SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 168-169.

¹⁴² Art. 7 co. 1 D.Lgs. 502/92. La disposizione però fu soppressa l'anno successivo perché si optò per la valorizzazione dei dipartimenti di prevenzione interni e coordinati con le USL piuttosto che gestiti da un unico organismo regionale *ad hoc*.

¹⁴³ Già esistenti e la cui riorganizzazione sarebbe avvenuta a cura delle Regioni stesse, art. 7 co. 2 D.Lgs. 502/92 v.t.

¹⁴⁴ Art. 7 co. 2 lett. e) D.Lgs. 502/92 v.t. Già l'anno successivo però, come detto *supra*, la disposizione fu modificata e fu previsto che i dipartimenti di prevenzione fossero costituiti in ciascuna USL.

una divisione interna in servizi. L'indirizzo e il coordinamento delle attività di prevenzione dei dipartimenti spettavano al Ministero, coadiuvato dall'ISS e dagli altri istituti competenti in materia di prevenzione.

Il decreto disciplinò, altresì, come già accennato, le funzioni e l'organizzazione delle aziende ospedaliere¹⁴⁵, aventi gli stessi organi previsti per le USL e dotate di autonomia economico-finanziaria. I requisiti per la costituzione di un ospedale in azienda venivano disciplinati dalla legge stessa, ed erano tutti orientati alla verifica della qualità di ospedale di rilievo nazionale o interregionale; in assenza degli stessi, gli ospedali continuavano ad essere semplici presidi della USL.

Anche il rapporto tra SSN e Università subì modifiche consistenti¹⁴⁶: la titolarità del potere di interlocuzione con gli atenei fu affidato alle Regioni, attraverso la stipula di protocolli d'intesa per regolare l'apporto alle attività assistenziali delle facoltà di medicina; veniva prevista anche la possibilità, d'intesa tra Regione e Università, di costituire policlinici universitari dallo scorporo e trasferimento da singoli ospedali di strutture universitarie od ospedaliere.

Sul fronte dei controlli, importante fu la previsione¹⁴⁷ che introdusse i c.d. indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie; questi parametri, predisposti dal Ministro con decreto, dovevano servire alle Regioni per la verifica dello stato di attuazione del SSR, per orientare la programmazione regionale, etc.

Sotto il profilo del personale, il D.Lgs. 502/92 vi dedicava l'intero titolo V¹⁴⁸, sostituendo integralmente la disciplina precedente e definendo un vero e proprio statuto del personale sanitario che ancora oggi, pur modificato, costituisce la normativa di riferimento in materia.

¹⁴⁵ Art. 4 D.Lgs. 502/92 v.t.

¹⁴⁶ Art. D.Lgs. 502/92.

¹⁴⁷ Art. 14 D.Lgs. 502/92 v.t. Si trattò della prima misura che desse degli strumenti anche in via amministrativa per la tutela contro i comportamenti della pubblica amministrazione sanitaria lesivi dei diritti del cittadino.

¹⁴⁸ Artt. 15 ss.

Essa articolava la dirigenza sanitaria in due livelli, il primo avente funzioni di supporto, collaborazione e corresponsabilità; il secondo, invece, aveva funzioni di direzione ed organizzazione della struttura. Seguivano disposizioni riguardo i requisiti e le modalità d'accesso alle relative posizioni¹⁴⁹.

Il decreto introdusse novità anche sul fronte del finanziamento del SSN: si passò da un sistema finanziato con fondi prevalentemente statali a uno a base mista, con introiti corposi provenienti dal gettito IRAP e più ridotte integrazioni tramite il fondo sanitario nazionale¹⁵⁰ – in particolare per le Regioni con un gettito fiscale insufficiente.

A queste modifiche si accompagnò anche una maggiore autonomia e responsabilità regionale¹⁵¹: le Regioni erano chiamate a far fronte con risorse proprie degli effetti finanziari dell'erogazione di LEA superiori a quelli uniformi, all'adozione di modelli organizzativi diversi e agli eventuali disavanzi di gestione delle USL e delle AO¹⁵².

Tutte queste modifiche – in particolare quelle che causarono un riordino delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria - resero necessaria anche la revisione delle funzioni e dell'organizzazione del Ministero della Sanità che fu operata con D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 266, a norma della legge di delega del 23 ottobre 1992, n. 421.

¹⁴⁹ Art. 15 D.Lgs. 502/92 v.t.

¹⁵⁰ Il quale restava finanziato perlopiù da compartecipazione delle imposte sul reddito sottoforma di contributi assistenziali, artt 11 ss. D.Lgs. 502/92 v.t.

Il successivo art. 12 dettava ulteriori disposizioni per il FSN. Anzitutto, una quota dell'1% dello stesso sarebbe stata vincolata per finanziare alcune voci come le attività di ricerca di organismi come l'ISS e gli altri istituti di diritto pubblico di carattere medico-scientifico; veniva poi predisposta una disciplina per la ripartizione regionale del FSN, da farsi con delibera del CIPE in concertazione col Ministro e la conferenza Stato-Regioni, e sulla base di parametri prestabiliti come popolazione residente, mobilità sanitaria, etc.

¹⁵¹ Art. 13 D.Lgs. 502/92, ancora oggi in vigore.

¹⁵² Per far fronte a questi oneri il D.Lgs. 502/92 conferiva alle Regioni la facoltà di prevedere misure di compartecipazione dei cittadini come la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai LEA, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche, etc.

Se, infatti, lo Stato si era riservato compiti di indirizzo, pianificazione nazionale e coordinamento – demandando invece ogni altra competenza amministrativa al livello regionale e locale –, il Ministero doveva necessariamente essere snellito nella sua struttura, prevalentemente costruita nel tempo per la gestione di compiti amministrativi non più propri.

Vennero così abolite le direzioni generali, sostituite con dipartimenti¹⁵³ e servizi¹⁵⁴ interni. Allo scopo poi di riconoscere nel Ministero l'organo di direzione politica in materia di sanità pubblica, esso venne dotato di un Gabinetto politico, con una Segreteria particolare e un Ufficio stampa dedicati; alle dirette dipendenze del ministro, in posizione di autonomia, furono istituiti il Servizio di controllo interno e l'Ufficio legislativo.

6. I riflessi della riforma-bis e la riforma Bindi

Come già accennato, il D.Lgs. 502/92 connotò il sistema sanitario secondo una logica dualistica pubblico-privato e un'impronta spiccatamente aziendalistica: ne risultò un modello che andava sì nella direzione di quanto fatto in altri paesi, nel quale però mancava un valido impianto di garanzie normative atte a regolare le attività dei privati. Per questo, l'entrata massiccia di questi ultimi nell'erogazione dei servizi sanitari avveniva in maniera disordinata, senza un efficace inserimento della loro attività nella programmazione sanitaria nazionale e locale¹⁵⁵.

¹⁵³ Vennero in particolare creati quattro dipartimenti, corrispondenti o ad ambiti specificamente delegati dal D.Lgs. 502/92 al ministero – come quello dedicato alla “programmazione” – oppure a materie che di cui lo Stato aveva rivendicato a vario titolo come competenze legislative esclusive – quali “professioni sanitarie, risorse umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale”; “prevenzione e dei farmaci”; “alimenti e nutrizione e sanità pubblica veterinaria”.

¹⁵⁴ In numero di sei: organizzazione; bilancio e personale; rapporti internazionali e politiche comunitarie; vigilanza sugli enti; rapporti convenzionali con il Servizio sanitario nazionale; studi e documentazione.

¹⁵⁵ Cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., p. 6.

Come anticipato *supra*, si cercò di ovviare a queste carenze già con la circolare Guzzanti che introdusse la distinzione tra autorizzazione ed accreditamento istituzionale; non si trattò però di una misura risolutiva, tanto che, poco tempo dopo, la maggioranza di centro-sinistra uscita dalle urne elettorali nel 1996 mise nuovamente mano al sistema.

La contro-riforma arrivò con il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, ricordato anche come decreto Bindi dal nome della Ministra della Sanità che lo aveva predisposto: si trattò di una riforma organica, che si poneva, nelle premesse, a completamento di quella del 1978 rispetto all'attuazione del sistema sanitario universale.

Elemento fondamentale della riforma fu la modifica dei criteri di finanziamento del sistema dei *"livelli essenziali e uniformi di assistenza"*¹⁵⁶, la cui definizione non sarebbe più avvenuta sulla base delle risorse disponibili e già individuate, ma contestualmente – pur in coerenza col PFEF – permettendone così il finanziamento integrale o quasi. Le relative prestazioni sarebbero state garantite a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa¹⁵⁷.

La riforma prevedeva inoltre un'estensione del ruolo delle Regioni oltre quanto previsto dal f.lgs. 502/92: venne data la possibilità ai governi regionali di avanzare proposte per il piano sanitario nazionale¹⁵⁸; venne loro demandata 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 AO, oltre alle attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto delle stesse,

¹⁵⁶ La cui introduzione, avvenuta col D.Lgs. 502/92, era stata ulteriormente arricchita di contenuti con l. 449/1997. Cfr. art. 1 co. 2 D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/99. Sul punto cfr. FERRARI A., *La programmazione sanitaria tra federalismo e aziendalizzazione*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel D.Lgs. 229/99*, Milano, 2001, pp. 17 ss.

¹⁵⁷ Art. 1 co. 3 D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/99.

¹⁵⁸ Art. 1 co. 4 D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/99. Anche la disciplina della procedura di approvazione del PSN subì delle modifiche: dopo le proposte regionali, il Governo -su proposta del Ministro e sentite le commissioni parlamentari competenti per materia – predisponendo il PSN e lo adottava entro il 30 novembre dell'anno di scadenza del vecchio piano ai sensi dell'art. 1 l. 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata.

anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni¹⁵⁹.

Spettava, altresì, alla legislazione regionale la disciplina del rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, oltre all'articolazione del territorio regionale in USL e di queste ultime in distretti¹⁶⁰, al finanziamento delle USL, alle modalità di vigilanza sulle stesse; per alcune di queste funzioni veniva prevista la possibilità di intervento sostitutivo statale in caso di inadempienza.

Il PSR mantenne le proprie caratteristiche di base, se non per la previsione del parere obbligatorio del Ministro della Sanità rispetto alla compatibilità dei progetti di PSR con gli indirizzi del PSN¹⁶¹ e per la previsione di effetti giuridici riconnessi alla mancata adozione dei PSR¹⁶².

Venne modificata anche la disciplina delle sperimentazioni gestionali, autorizzate dalle Regioni previa verifica del relativo programma di sperimentazione, da redigere secondo criteri – come la predilezione per il coinvolgimento delle associazioni di utilità sociale, la fissazione di limiti percentuali alla partecipazione del privato, etc. – che fungessero da garanzia per le finalità sociali e la caratterizzazione pubblica delle sperimentazioni¹⁶³.

¹⁵⁹ Art. 2 D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/99.

¹⁶⁰ Art. 3-quarter D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99, che definiva alcuni criteri di massima per l'articolazione.

Le funzioni e risorse del distretto vennero disciplinate dal nuovo art. 3-*quinquies*: l'organizzazione del distretto venne affidata alle Regioni, che dovevano garantire, tra le altre cose, l'assistenza primaria, il coordinamento di MMG e PLS con le strutture operative a gestione diretta, etc.; il distretto doveva garantire alcune prestazioni, quali l'assistenza specialistica o ambulatoriale, i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, etc.

¹⁶¹ Art. 1 co. 14 D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/99.

¹⁶² Come l'applicabilità del PSN anche in assenza di PSR, nonché l'impossibilità di accreditare nuove strutture trascorso un anno senza l'approvazione del PSR. In quest'ultimo caso veniva prevista una procedura concertata che avrebbe portato all'esercizio dei poteri sostitutivi per l'applicazione del PSN nella regione, art. 1 co. 17 D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/99.

¹⁶³ Art. 9-*bis* D.Lgs. 502/92, introdotto dalla l. 229/99. La verifica delle sperimentazioni avveniva a cura della Conferenza Stato-Regioni.

Venne modificata anche la disciplina dei livelli ulteriori di assistenza¹⁶⁴, i quali vennero specificamente considerati come *“integrativ[i] rispetto a quelli assicurati[i] dal SSN e con quest[i] comunque direttamente integrati[i]”*. Fu ampliata la disciplina dei relativi fondi integrativi, prevedendo tra le fonti istitutive anche i *“regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali”*¹⁶⁵.

A ciò si aggiunse anche il recupero parziale di un ruolo per gli enti locali – in particolare i Comuni – non più però come enti gestori di servizi, ma come soggetti coinvolti attivamente nella fase di programmazione.

La concertazione con gli enti locali, secondo la riforma Bindi, si sarebbe sviluppata a vari livelli¹⁶⁶; tuttavia, l’ambito di elezione dell’attività dei Comuni venne individuata nell’integrazione socio-sanitaria, ossia l’ambito delle *“attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”*¹⁶⁷.

¹⁶⁴ Art. 9 D.Lgs. 502/92, come modificato dalla l. 229/99.

¹⁶⁵ Completavano il quadro i commi 4 e 5 del nuovo art. 9, dedicati all’elencazione delle prestazioni che potevano essere finanziate coi fondi integrativi. La nuova formulazione prevedeva anche che potessero essere le Regioni e gli enti locali a partecipare alla gestione dei fondi.

¹⁶⁶ Come nel caso della neocostituita Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, art. 2 co. 2-*bis* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99; o del Comitato dei sindaci di distretto di cui all’art. 3-*quater* co. 4 D.Lgs. 502/92, che avrebbe concorso alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali, alla redazione del piano stesso, etc.

¹⁶⁷ Art. 3-*septies* co. 1 D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99. Si trattò di una scelta politica che traeva le proprie origini dal cambio di paradigma sul concetto di “salute” e sulla sua correlazione con le attività di assistenza di natura non medica o mista. Da un lato, infatti, già dagli anni ‘70 dall’estero avevano attecchito in Italia le teorie per cui la salute si poneva come bene di natura complessa, comprensivo non solo del suo significato primordiale di assenza di malattia, ma come generale benessere psico-fisico; dall’altro, come in altri paesi del mondo occidentale faceva breccia in Italia il principio per cui, per determinate categorie di soggetti, la prestazione di cure mediche non poteva che essere legata a doppio filo dall’erogazione di prestazioni di natura prettamente assistenziale. Il caso tipico è quello dei servizi relativi alle residenze sanitarie assistenziali (RSA), strutture che hanno natura ibrida, erogando prestazioni sanitarie di base e assistenza a tempo pieno per persone non autosufficienti, oltre al servizio di ospitalità transitoria o permanente.

Seguì, quindi, la disciplina organica¹⁶⁸ che individuava specificamente le diverse tipologie di prestazioni socio-sanitarie¹⁶⁹ e ne declinava a competenza ai comuni, i quali avrebbero provveduto al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale. La Regione aveva, altresì, competenze in materia di disciplina dei criteri e delle modalità con cui comuni e SSR avrebbero dovuto garantire l'integrazione distrettuale delle prestazioni socio-sanitarie.

Rispetto alla struttura del SSN, venne modificata l'organizzazione delle USL, strumento principale delle Regioni per l'erogazione dei LEA; venne confermata la loro personalità giuridica pubblica e la loro autonomia imprenditoriale¹⁷⁰, cui conseguì la loro operatività con atti di diritto privato; vennero confermati, come organi della AUSL, il direttore generale, il collegio sindacale, il direttore amministrativo e quello sanitario, dei quali vennero profondamente innovate le funzioni¹⁷¹.

La riforma Bindi codificò, poi, in via legislativa la suddivisione delle unità sanitarie in dipartimenti, questi ultimi definiti il "*modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie*"¹⁷². A capo del dipartimento venne previsto un direttore di dipartimento avente poteri e responsabilità sia professionali sia gestionali rispetto alla struttura complessa cui sarebbe stato

¹⁶⁸ Artt. 3-*septies* e 3-*octies* D.Lgs. 502/92, introdotti dal D.Lgs. 229/99.

¹⁶⁹ Tra cui disciplina specifica avevano quelle "*a elevata integrazione sanitaria*", art. 3-*septies* commi 3 ss., le quali erano assicurate dalle aziende sanitarie e ricomprese nei LEA.

¹⁷⁰ Art. 3 D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/99. In questo nuovo testo venne codificato il c.d. atto aziendale di diritto privato – il quale disciplinava l'organizzazione e il funzionamento delle USL – adottato a cura del Direttore generale.

¹⁷¹ Art. 3-*bis* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99. Per i DG particolarmente importante era la previsione per cui erano le Regioni a determinare in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei DG, con alcuni paletti fissati dalla l. 229/99; questa avveniva ogni 18 mesi al fine della riconferma o meno dell'incarico. In alcuni gravi casi – ad es. una situazione di grave disavanzo dell'azienda – era possibile la risoluzione del rapporto col DG. In generale, comunque, la riforma Bindi attrasse nell'alveo statale ogni disposizione su queste tre figure per evitare differenziazioni tra Regioni.

¹⁷² Art. 17-*bis* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

preposto. Di fatto, dunque, si creò un ente intermedio tra la gestione politico-amministrativa delle aziende e i servizi erogativi.

Sempre in tale contesto, venne implementata la disciplina dei dipartimenti di prevenzione¹⁷³ prevedendone specificamente le finalità¹⁷⁴, le funzioni¹⁷⁵ le modalità di azione¹⁷⁶ e riconoscendone l'autonomia organizzativa e contabile rispetto alla stessa USL.

Anche nell'ambito delle aziende ospedaliere la riforma introdusse delle modifiche, relative soprattutto ai requisiti per la costituzione o la conferma delle stesse¹⁷⁷: organizzazione dipartimentale, disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale, etc. Seguiva la disciplina della procedura di costituzione – che prevedeva un passaggio governativo per la valutazione della congruità delle proposte regionali sulla costituzione o conferma di AO – nonché delle modalità di conferma della permanenza delle strutture come AO.

La riforma ampliò poi il novero degli enti di supporto al SSN, con la creazione della Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali; i suoi compiti andavano dalla definizione dei requisiti su cui le Regioni dovevano basarsi per attribuire il potere di verifica dell'accreditamento, alla valutazione sull'attuazione dei modelli di accreditamento stessi¹⁷⁸.

¹⁷³ Artt. 7-bis e ss. D.Lgs. 502/92, introdotti dal D.Lgs. 229/99.

¹⁷⁴ Promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

¹⁷⁵ Tra le principali la profilassi delle malattie infettive, la tutela della salute dai rischi ambientali, la tutela dai rischi infortunistici e sanitari negli ambienti di lavoro.

¹⁷⁶ Attraverso il coordinamento con i distretti, i dipartimenti USL e in genere ogni organismo del SSN.

¹⁷⁷ Art. 5 D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/99.

¹⁷⁸ Art. 19-bis, introdotto dal D.Lgs. 229/99. Le attività di controllo della commissione vertevano sui risultati trasmessi obbligatoriamente dalle Regioni stesse. Cfr. DE SCALZI M., *Strutture private e organizzazione sanitaria*, cit., pp. 129 ss.

Sempre sul punto dell'accreditamento, il nuovo art. 8-*quater* D.Lgs. 502/92 ne ampliò la disciplina: il rilascio rimase competenza della regione, ma sulla base di criteri di massima – rispondenza a requisiti di qualificazione, funzionalità rispetto alla programmazione regionale, etc. Stretta doveva essere la correlazione tra necessità dell'accreditamento – ormai non più prettamente a discrezione regionale o addirittura costituente un diritto soggettivo del richiedente – e fabbisogno di assistenza e garanzia dei LEA ai sensi del PSR¹⁷⁹.

Anche la disciplina dell'autorizzazione subì corpose modifiche¹⁸⁰, con la previsione puntuale delle attività soggette ad autorizzazione e la specificazione dell'iter – in cui i comuni tornava a ricoprire un ruolo fondamentale – per l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie¹⁸¹.

Rispetto alle funzioni ricoperte dallo Stato – nello specifico, dal Ministero e dal Ministro della Sanità – vennero predisposti nuovi strumenti normativi per esercitare i propri poteri di indirizzo e controllo: al Ministro fu conferita la facoltà di determinare i valori di riferimento relativi all'utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza, con l'obiettivo di segnalare alle Regioni eventuali scostamenti dai suddetti e suscitare interventi mirati al loro appianamento¹⁸².

Altro ambito in cui si specificarono le competenze statali fu quello della ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico¹⁸³: Il Ministero della sanità poteva stipulare – nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi di ristrutturazione sanitaria e d'intesa con la conferenza Stato-

¹⁷⁹ I commi 4 ss. disciplinavano poi l'iter procedurale per addivenire alla definizione più specifica dei requisiti di accreditamento. Cfr. DE SCALZI M., *Strutture private e organizzazione sanitaria*, cit., p. 129.

¹⁸⁰ Incamerate nel nuovo art. 8-*ter* D.Lgs. 502/92.

¹⁸¹ Il cui fulcro era la valutazione rispetto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale di strutture simili, per evitare una distribuzione inefficiente del servizio.

¹⁸² Art. 19-*ter* D.Lgs. 502, introdotto dalla l. 229/99. All'interno della nuova formulazione era prevista anche la possibilità di formulare convenzioni tra Ministro e regione strumentali al programma di rientro dagli scostamenti, con risorse a carico della quota del FSN destinata al perseguimento degli obiettivi del PSN.

¹⁸³ Art. 5-*bis* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

Regioni – accordi di programma con le Regioni e altri soggetti pubblici, che prevedessero la copertura finanziaria degli interventi.

Sul piano dei controlli, Regione e AUSL ricevettero le relative funzioni rispetto al monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi contrattuali, sulla qualità dell'assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni rese; se si trattava di strutture pubbliche, l'esito dei controlli si sarebbe ripercosso sulla verifica del mandato dei direttori generali e degli altri dirigenti apicali al fine della riconferma¹⁸⁴.

Ulteriori elementi di novità introdotti dalla riforma riguardavano la parte del D.Lgs. 502/92 dedicata alla disciplina della dirigenza sanitaria¹⁸⁵, che prevedeva non più un doppio livello, ma un unico ruolo distinto per profili professionali e un unico livello articolato in relazione alle responsabilità professionali e gestionali.

La riforma prevedeva anche altre importanti modifiche: la riscrittura delle funzioni dei dirigenti responsabili di struttura¹⁸⁶; la disciplina del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari¹⁸⁷; la regolamentazione della stipula di contratti a tempo determinato¹⁸⁸; l'introduzione di una disciplina più puntuale della formazione continua del personale¹⁸⁹.

Vi fu un intervento anche in merito al fabbisogno del personale sanitario¹⁹⁰: per la sua predisposizione annuale con decreto ministeriale fu prevista una procedura concertata tra Ministro, Conferenza Stato-Regioni e ordini professionali.

¹⁸⁴ Art. 8-*octies* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

¹⁸⁵ Art. 15 D.Lgs. 502/92 come riformato dal D.Lgs. 229/99.

¹⁸⁶ Art. 15-*bis* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

¹⁸⁷ Articoli 15-*quater* e 15-*quinquies* D.Lgs. 502/92, introdotti dal D.Lgs. 229/99.

¹⁸⁸ Art. 15-*septies* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

¹⁸⁹ Art. 16-*bis* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

¹⁹⁰ Art. 6-*ter* D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

Completavano il quadro delle novità la riscrittura della disciplina dei rapporti tra SSN e Università¹⁹¹, il coordinamento tra attività di tutela ambientale e di tutela della salute¹⁹², l'istituzione degli Istituti zooprofilattici sperimentali¹⁹³, la disciplina delle funzioni di profilassi internazionale¹⁹⁴, il coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro¹⁹⁵, la disciplina puntuale della ricerca sanitaria¹⁹⁶.

Si è visto in questa ricognizione come la riforma Bindi si sia mossa secondo delle direttrici precise.

Da un lato, essa si inquadra nel percorso ormai avviato di revisione dei rapporti tra livelli di governo della Repubblica in materia sanitaria; in questa direzione, per l'appunto, andavano le numerose disposizioni che attribuivano alle Regioni funzioni normative e gestorie molto ampie.

Ciò nonostante, la riforma venne fortemente criticata, nella parte in cui conservava cospicue attività programmatiche in capo al Ministero della sanità¹⁹⁷, da quella parte della politica e della società civile che avanzava istanze federaliste più coraggiose; nello specifico, l'obiettivo era di ottenere una sanità completamente regionalizzata anche nelle funzioni programmatiche di base, nei controlli e nei finanziamenti.

Dall'altro, la riforma mirava a porre un freno alla privatizzazione incontrollata del SSN, con l'affinamento di istituti come l'accreditamento istituzionale; la

¹⁹¹ Artt. 6 e 6-bis D.Lgs. 502/92, come modificati dal D.Lgs. 229/99. La novità più rilevante fu la sostituzione del sistema delle convenzioni con quello dei protocolli d'intesa tra Regioni e università, cui seguivano accordi attuativi tra università e enti del SSR.

¹⁹² Art. 7-quinquies D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

¹⁹³ Art. 6-sexies D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99, il quale si occupava anche della disciplina degli uffici veterinari del Ministero.

¹⁹⁴ Art. 7-septies D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

¹⁹⁵ Art. 7-octies D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99.

¹⁹⁶ Art. 12-bis D.Lgs. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99, secondo cui era il PSN a definire gli obiettivi e i settori principali della ricerca del SSN; l'attuazione era poi effettuata con l'emanazione del programma di ricerca sanitaria.

¹⁹⁷ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 154.

definizione delle procedure e dei requisiti di quest'ultimo rimase però, al netto dei principi statali, saldamente in mano alle Regioni. Questo, come si vedrà più avanti, permise in seguito una profonda differenziazione dell'attività del privato nei vari SSR, sia in termini quantitativi che qualitativi¹⁹⁸.

Alla riforma, peraltro, seguì una necessaria modifica delle strutture nazionali di vertice: nel 1999¹⁹⁹, in un'ottica di razionalizzazione e riordino dell'amministrazione pubblica, il ministero della sanità fu soppresso e le sue competenze confluirono nel neonato ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali²⁰⁰.

Ciò che invece la riforma non toccò per nulla fu la normativa in materia di finanziamento del SSN, la cui modifica però avvenne a stretto giro: con l. 133/1999 e relativo decreto delegato D.Lgs. 56/2000 si segnò il passaggio definitivo al modello, ancora oggi in vigore, nel quale il finanziamento avviene attraverso il gettito delle imposte dirette (addizionale IRPEF e IRAP) e soprattutto di quelle indirette (tramite compartecipazione regionale al gettito IVA²⁰¹). Completavano il quadro le risorse provenienti dal pagamento dei ticket e delle prestazioni completamente a carico del cittadino.

¹⁹⁸ CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., p. VII.

¹⁹⁹ D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 300, in attuazione delle deleghe disposte dall'art. 11 della l. 15 marzo 1997, n. 59, e dall'art. 9 della l. 8 marzo 1999, n. 50.

²⁰⁰ Per una panoramica generale su questo paragrafo cfr. <https://search.acs.beniculturali.it/OpacACS/authority/IT-ACS-SP00001-00000024>.

²⁰¹ Questo contributo è stato istituito allo scopo di recuperare risorse per il fondo perequativo per il finanziamento della sanità, la cui ideazione nasceva dall'esigenza di coprire la quota che le altre imposte (IRAP, addizionale regionale all'IRPEF, accisa sulla benzina) non arrivano a coprire nelle Regioni con entrate fiscali minori.

Per questo motivo, la compartecipazione di ciascuna regione avviene secondo un meccanismo piuttosto complesso che si riassume così:

- la compartecipazione regionale complessiva all'IVA viene fissata in una percentuale del gettito IVA complessivo incamerato nel penultimo anno precedente a quello considerato (art. 2 co. 2 D.Lgs. 56/2000); la percentuale viene individuata con D.P.C.M., previa intesa Stato-Regioni (art. 5 co. 2 D.Lgs. 56 cit.). Tale aliquota è stata rideterminata da ultimo nella misura del 70,14% per il 2021 (D.P.C.M. 10 dicembre 2021), in netto aumento rispetto al 64,27% del 2020 (D.P.C.M. 12 febbraio 2021) e al 67,70% del 2019 (D.P.C.M. 3 settembre

Rispetto al passato, però, le quote di finanziamento provenienti dallo Stato e spettanti alle Regioni vennero considerate, alla pari del gettito proveniente dalle imposte regionali, come entrate proprie, libere da vincoli di destinazione se non per la parte necessariamente destinata al finanziamento delle attività ricadenti nei LEA.

7. La suddivisione delle competenze sanitarie con la riforma del Titolo V del 2001

Già dagli anni '80 le spinte autonomistiche provenienti da alcune aree del Paese e fatte proprie da alcune forze politiche avevano posto il problema pressante della concessione di ulteriori competenze alle Regioni, se non addirittura della riforma in senso federale della suddivisione della Repubblica.

2019) a causa soprattutto delle difficoltà finanziarie ingenerate nei sistemi regionali dall'emergenza COVID-19, a cui si è dovuto far fronte con l'aumento della compartecipazione all'IVA;

- successivamente, l'importo complessivo della compartecipazione regionale all'IVA viene distribuito alle Regioni sulla base di un sistema di quote, determinato con D.P.C.M. (previa intesa) basandosi sui criteri previsti dall'art. 2 commi 3 e 4 D.Lgs. 56/2000: viene utilizzato come indicatore di base imponibile la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'ISTAT a livello regionale negli ultimi tre anni disponibili; l'assegnazione avviene, per una quota, in base alla **percentuale regionale della spesa storica** e per la restante quota in base a dei meccanismi di perequazione, secondo parametri che tengono conto di popolazione, capacità fiscale, dimensione geografica e del fabbisogno sanitario. L'ultima rideterminazione è avvenuta con D.P.C.M. 30 agosto 2021, che ha stabilito una percentuale del 69,5% da calcolare con spesa storica e del 30,5% con gli indici perequativi;
- la disciplina del fondo perequativo, invece, è contenuta nell'art. 7 D.Lgs. 56/2000: l'entità del fondo è determinata annualmente (con il D.P.C.M. suddetto) sulla base di una procedura prevista nell'allegato A del decreto; la distribuzione delle quote del fondo perequativo avviene poi (sempre nel D.P.C.M. di determinazione delle quote di assegnazione del FSN) con una procedura (sempre prevista nell'all. A) che tiene conto di alcuni indici rilevanti (popolazione residente, capacità fiscale, fabbisogni sanitari e dimensione geografica di ciascuna regione). A livello pratico, le Regioni la cui quota di compartecipazione IVA eccede quanto dovuto in base alla propria spesa storica cedono la parte eccedente al fondo; queste risorse vengono poi ripartite alle Regioni la cui compartecipazione all'IVA non è sufficiente a coprire la propria spesa storica.

Questo processo – che ha richiesto due decenni e l'intervento di numerose commissioni parlamentari ed extraparlamentari, oltre ai contributi di politici, giuristi ed esponenti della società civile, progetti di riforma falliti e molti altri sforzi caduti nel vuoto – è infine sfociato nelle riforme costituzionali del 1999 e del 2001, portate avanti dai governi di centrosinistra che si sono avvicinati in quegli anni (Prodi, D'Alema e Amato).

Al fine dello studio della suddivisione delle competenze sanitarie tra Stato e Regioni, particolarmente importante è la riforma portata dalla l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3 (nota ai più come riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione), che, attraverso una revisione profonda degli articoli 117 e seguenti, ha ridisegnato il riparto di competenze normative, amministrative e finanziarie tra Stato e Regioni.

Il sistema che vedeva lo Stato depositario delle competenze normative residuali è stato così ribaltato: il nuovo testo dell'art. 117 individua due distinti **elenchi di materie**, dei quali il primo enumera le materie di competenza esclusiva statale; il secondo, invece, è dedicato alle materie di competenza c.d. concorrente, in cui la legge statale è chiamata a dettare i principi e i criteri direttivi, mentre il legislatore regionale è chiamato a dettare la disciplina di dettaglio in coerenza con le norme statali. Chiude il riparto di competenze l'affidamento in via residuale delle materie escluse dai due elenchi alle Regioni, con potestà pressoché piena²⁰².

Rispetto a quanto previsto in materia sanitaria, il legislatore costituzionale decise di riconoscere anzitutto la presenza di alcuni ambiti da devolvere alla competenza statale.

È questo il caso della *“profilassi internazionale”* (art. 117 co. 2 lett. q) – del cui contenuto si dirà più avanti – e ancor di più della *“determinazione dei livelli sociali*

²⁰² Non si può considerare del tutto piena alla luce dei numerosi e stringenti limiti che derivano dalle materie trasversali (ordinamento civile e penale, giustizia) e dalle competenze statali finalistiche (LEP, concorrenza, ambiente).

delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” (lett. m). Attraverso questa locuzione venne finalmente costituzionalizzato il concetto di livelli essenziali delle prestazioni o LEP, il quale già da tempo si era affermato nella legislazione ordinaria come argine alla differenziazione dei vari sistemi regionali rispetto all'erogazione delle prestazioni sociali considerate necessarie; questo valse in particolare in ambito sanitario, nel quale i livelli essenziali di assistenza (LEA) erano già ben chiari nel loro contenuto precettivo, sviluppatosi nel corso degli anni sin dall'entrata in vigore della l. 833/78.

A queste materie esplicitamente indicate, poi, si sono aggiunti con l'attività della dottrina e della giurisprudenza (costituzionale e ordinaria) anche ambiti che erano già stati o vennero successivamente attratti all'interno delle competenze esclusive statali in via di prassi, in virtù delle loro caratteristiche.

La riforma, infatti, mirava ad ampliare il numero di competenze regionali rispetto al testo del 1948 ma l'interpretazione successiva del riparto operato dall'art. 117 Cost. n.t. è risultata mutevole e suscettibile di adeguamenti per specifici ambiti, in virtù dell'evoluzione storica, economica, sociale, etc.

L'intrusione statale in competenze astrattamente assegnate alle Regioni è stata giustificata in diversi modi, tra cui l'esercizio di materie trasversali o non materie, l'intervento in sussidiarietà e i poteri sostitutivi sono solo alcuni esempi.

Così è stato anche per la materia sanitaria, nella quale sono stati preservati ambiti di intervento statali in quanto ricadenti, per esempio, in materie trasversali²⁰³. Si tratta, come detto, di materie in cui il legislatore statale ha di volta in volta ravvisato la necessità di assicurare una disciplina uniforme; diversamente, la

²⁰³ È il caso delle norme, invero già presenti prima della riforma ma su cui poi il legislatore statale è più volte intervenuto, riguardanti la responsabilità medica, che si è ritenuto di far ricadere all'interno della materia dell'ordinamento civile e penale di cui all'art. 117 co. 2 lett. l). Ma si potrebbero citare altri casi, come le norme sull'interruzione della gravidanza e sulla procreazione medicalmente assistita, sulle disposizioni anticipate di trattamento, etc.

differenziazione di tali regole a livello regionale avrebbe costituito un inaccettabile intaccamento del diritto alla salute nel suo nucleo duro²⁰⁴.

Alla legislazione concorrente è stata affidata, invece, la “*tutela della salute*” (art. 117.3 Cost.). La locuzione utilizzata è stata scelta con la formula più ampia possibile, anzitutto per eliminare i dubbi interpretativi che la precedente formulazione – concernente la “*assistenza sanitaria ed ospedaliera*” – aveva suscitato rispetto ad eventuali ambiti esclusi dalla stessa; rispetto alla precedente formulazione, inoltre, sanciva l’identità tra la tutela della salute ex art. 32 – il cui compito spettava alla Repubblica in generale – e la relativa funzione, la cui spettanza a livello normativo era finalmente riconosciuta in mano tanto allo Stato quanto alle Regioni, nel rispetto delle rispettive competenze²⁰⁵.

Naturalmente, ciò significava anche l’unificazione formale tra assistenza sanitaria ed igiene, peraltro già portata avanti nella prassi legislativa e giurisprudenziale antecedente alla riforma del Titolo V²⁰⁶.

La dottrina si è, peraltro, interrogata sulla possibile continuità normativa tra le due diverse formulazioni, dato che entrambe ricadevano erano state costruite

²⁰⁴ Così segnalava nel 2011 BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., pp. 151 ss., che leggeva nell’evoluzione dottrinale una progressiva attenuazione della portata dell’assegnazione di competenza alle Regioni, in forza dei caratteri unificanti della materia in esame; questo valeva in particolare se si guardava alla costituzionalizzazione dei LEA, che affondava le radici già nella l. 833/78. Cfr. anche MOR G., *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, 1997, pp. 620 ss.; VANDELLI L., *Art. 3*, in ROVERSI MONACO F. (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale*, cit., p. 27.

²⁰⁵ Anche se come anticipato residuano spazi della tutela della salute ex art. 32 Cost. riservati allo Stato, tra cui appunto la competenza in materia di LEA. Cfr. BALBONI E., *Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2001, pp. 1103 ss.; BALDUZZI R., *Titolo V e tutela della salute*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V. Atti della giornata nazionale di studio (Genova, 15 gennaio 2002)*, Milano, 2002, pp. 11 ss.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 98 ss.; PEZZINI B., *Diritto alla salute e diritto all’assistenza tra tensione all’uniformità e logiche della differenziazione*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di) *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit., p. 87.

²⁰⁶ Cfr. sul punto D’ATENA A., *Legge regionale (e provinciale)*, in *Enciclopedia del diritto*, Vol. XXIII, Milano, 1973, pp. 993 ss.; ID., *La crisi della legge regionale*, cit. p. 29; MANGIAMELI S., *Le materie di competenza regionale*, cit., pp. 1 ss.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 101 s.

come competenze concorrenti secondo lo schema tipico principio-dettaglio²⁰⁷; in verità, il tema si poneva anche per quella parte della materia esclusa dalla precedente formulazione e fatta rientrare nelle competenze regionali con la nuova formulazione del 2001²⁰⁸. Sulla base di questo assunto, la legislazione statale pregressa in materia avrebbe costituito la base di partenza per l'enucleazione dei principi in materia di tutela sanitaria; così fu, anche grazie alla conferma della bontà di questa lettura da parte della Corte costituzionale²⁰⁹.

Questa constatazione non toglie, peraltro, che l'ampliamento della materia soggetta a legislazione regionale abbia costituito un elemento di mitigazione della capacità di controllo dello Stato nei confronti dell'autonomia regionale; questo anche grazie a una giurisprudenza costituzionale sicuramente più attenta sul confine tra normativa di principio e di dettaglio²¹⁰. Si è impostato, insomma, a partire dal 2001, un sistema in cui elaborazione di principi e organizzazione strutturale hanno fatto capo effettivamente a livelli di governo diversi, con conseguente aumento delle differenziazioni²¹¹.

Inoltre, la riforma modificava anche il riparto delle competenze amministrative, costituzionalizzando (dopo che le leggi Bassanini lo avevano introdotto in via legislativa) il principio di sussidiarietà come elemento informatore dell'intero

²⁰⁷ A favore di questa lettura MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 104.

²⁰⁸ In verità come già anticipato la legislazione pre-2001 aveva ormai ricondotto ad unità le funzioni in materia sanitaria, soprattutto sul fronte amministrativo.

²⁰⁹ Per una ricostruzione più ampia del processo interpretativo in esame cfr. POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, in BALDUZZI R. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., pp. 59 ss.

²¹⁰ Anche se, in verità, in materia la giurisprudenza costituzionale è risultata piuttosto oscillante, soprattutto dopo la crisi economica del periodo 2008-2013 che ha causato un restringimento delle maglie del controllo statale sulla normativa sanitaria. Si veda come esempio C. cost., sent. 371/2008, nella quale la Consulta, rovesciando il precedente orientamento, ha negato l'esistenza di una organizzazione sanitaria locale, in cui le Regioni possono adottare una propria disciplina, anche sostitutiva di quella statale, attraendo i profili organizzativi della sanità nell'ambito materiale concorrente della tutela della salute, e quindi soggetta ad una maggiore influenza statale attraverso i principi fondamentali. Cfr. sul punto CARAVITA DI TORITTO B., *Salute e federalismo fiscale*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Il diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 77 s.

²¹¹ Cfr. POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 60.

riparto delle competenze²¹² tra livelli di governo. Di conseguenza, anche in materia sanitaria – già, peraltro, ampiamente regionalizzata rispetto all’esercizio delle funzioni gestorie²¹³ – veniva definitivamente abbandonato il principio del parallelismo delle funzioni.

Anche l’art. 119 Cost. è stato completamente riscritto, introducendovi il principio dell’autonomia finanziaria e patrimoniale non solo delle Regioni ma anche degli enti locali, cui dovrebbe corrispondere (il condizionale è d’obbligo stante la mancata attuazione fino ad oggi) l’autonomia di risorse e la potestà di istituire, con precisi limiti, tributi ed entrate proprie; con tali risorse Regioni ed enti locali sono stati chiamati a finanziare integralmente l’esercizio delle loro funzioni, con l’obbligo ulteriore di osservare i vincoli economici e finanziari istituiti a livello nazionale e sovranazionale. Infine, veniva costituzionalizzato il c.d. fondo perequativo, peraltro già operativo in ambito sanitario.

8. I livelli essenziali di assistenza

Si è già accennato diffusamente *supra* alla novità, affacciatasi nei primi anni ’90, rappresentata dai c.d. livelli di assistenza in materia sanitaria; tema su cui si effettuerà ora un approfondimento, cercando di evidenziare quante ricadute abbia la loro configurazione sulla ripartizione delle competenze sanitarie, sul finanziamento del SSN e su altri aspetti di fondamentale importanza.

8.1. La costituzionalizzazione dei LEA con la Riforma del Titolo V

²¹² Anche di quelle normative, tanto che come già detto *supra* questo principio ha permesso una lettura “mobile” del riparto di cui all’art. 117 in plurime occasioni.

²¹³ Se ne è parlato *supra* quando si è fatto notare che alle Regioni erano state demandate corpose competenze amministrative – e non solo – anche in materia di igiene, che sarebbero spettate allo stato.

Anzitutto, occorre precisare che il tema si inserisce nel più ampio ambito della tutela costituzionale dei livelli essenziali delle prestazioni riguardanti alcune categorie di diritti – in particolare quelli civili e sociali²¹⁴, nei quali le richieste erogative dei poteri pubblici sono più consistenti.

La necessità di inserire un simile concetto in Costituzione nacque durante le more del processo di riforma del Titolo V, divenendo realtà proprio con la riforma del 2001: è stato così introdotto in Costituzione – art. 117 co. 2, tra le materie di competenza esclusiva statale²¹⁵ – il concetto di “livelli essenziali delle prestazioni dei diritti civili e sociali” da garantirsi uniformemente sul territorio nazionale – più brevemente LEP; inoltre, ai sensi dell’art. 120 co. 2 Cost. n.t., la loro messa a rischio giustifica anche l’intervento sostitutivo in caso di inadempienza regionale²¹⁶.

L’enucleazione di questo ambito materiale – che si potrebbe definire “trasversale²¹⁷” per definizione, coprendo infatti una vasta gamma di diritti civili

²¹⁴ Il fatto che vengano citate entrambe le categorie nel nuovo testo costituzionale depone a favore di una lettura “integrata” della griglia costituzionale dei diritti: le fattispecie appartenenti ad entrambe le categorie, infatti, sono interessate dalla garanzia di “livelli essenziali delle prestazioni”, essendo dunque suscettibili di attuazione normativa.

²¹⁵ Sul punto, però, alcuni hanno fatto notare che la garanzia di erogazione dei LEA dipende anche dall’attuazione degli strumenti normativi che li prevedono; attuazione in via amministrativa che è stata largamente demandata alle Regioni, coerentemente con quanto dettato dall’art. 118 Cost. Cfr. POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 62; BALBONI E., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, cit., p. 1189.

²¹⁶ Si parla nello specifico nell’art. 120 co. 2 di “tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali”. POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 59.

²¹⁷ Per alcuni i LEP costituiscono invece una c.d. *non materia*, ossia un ambito di competenze che non possiede una propria uniformità strutturale, ma accomuna alcuni specifici ambiti, aventi caratteristiche comuni, di materie eterogenee. Altri ne hanno sottolineato invece la natura finalistica, perché pone uno scopo da perseguire senza stabilire oggetti o fattispecie che il legislatore può/deve regolare per raggiungere tale obiettivo; sarebbe dunque il legislatore statale a stabilire fin dove si estende tale materia scopo, senza possibilità per la Corte costituzionale di intervenire se non per verificare l’idoneità dell’atto al perseguimento dello scopo e la proporzionalità del mezzo utilizzato (in sostanza, un controllo di ragionevolezza). Cfr. LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della L. cost. n. 3 del 2001*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, suppl. 1/2002, p. 21; ID., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 18, che

e sociali che rientrano in parte nella competenza dello Stato, in parte in quella delle Regioni – si rese necessaria come contrappeso rispetto all’ampliamento delle competenze regionali; in altre parole, veniva considerata come la clausola che garantisse una tutela uniforme del godimento di alcuni diritti fondamentali su tutto il territorio nazionale, a dispetto delle differenziazioni regionali²¹⁸.

La riflessione costituzionale sui LEP ha potuto giovare del fatto che in materia sanitaria il riferimento a livelli essenziali (o comunque minimi) delle prestazioni fosse già presente sin dai primissimi anni Novanta ed avesse ormai acquisito una ottima consistenza giuridica²¹⁹.

Si era iniziato a parlare, infatti, di “livelli minimi ed uniformi” in sanità già nel D.Lgs. 502/1992 (si veda *amplius* il par. 5 di questo capitolo)²²⁰; concetto poi già superato con l. 27 dicembre 1997, n. 449, in cui è stata sancita la loro caratteristica “essenziale”²²¹: *“al fine di assicurare una maggiore equità del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle relative esenzioni, nonché di evitare l'utilizzazione impropria dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie”*²²² il governo era stato infatti delegato a emanare dei decreti di riordino della partecipazione alla spesa e delle esenzioni, al fine di individuare dei LEA efficaci, appropriati e uniformi a carico del Fondo sanitario nazionale²²³.

specifica come questa trasversalità non possa automaticamente tramutarsi in un’attrazione generalizzata di una materia, come chiarito dalle sentenze C. Cost. 285/2005 e 248/2006; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 104.

²¹⁸ POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 59 ss.

²¹⁹ Tantoché si può dire che è stata proprio la riflessione giuridica sui LEA a orientare le scelte di riforma in materia di LEP e ad influenzarne la lettura interpretativa successiva.

²²⁰ Proprio come livelli “minimi” di tutela erano inizialmente considerati, cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 151.

²²¹ Termine in verità già presente nella giurisprudenza costituzionale da tempo, come specifica PINELLI C., *Sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, (art. 117, co. 2, lettera m), Cost.*), in *Diritto pubblico*, 3/2002, pp. 881 ss., pur essendo orientata al bilanciamento tra interessi sociali e quelli finanziari/di bilancio. Cfr. C. cost., sentenze 307/1990, 184/1993, 27/1998, 185/1998.

²²² Art. 59 co. 50 l. 449/1997.

²²³ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 169.

In attuazione di questa delega, la Riforma Bindi (D.Lgs. 229/99) ha infine individuato la portata dei “livelli essenziali e uniformi di assistenza”, spostando dunque il focus dalle strutture produttive alla domanda di salute, dall’offerta al fabbisogno; vi è stato dunque un ribaltamento di fronte, in cui l’allocazione corretta delle risorse diventa strumentale al soddisfacimento dei bisogni di assistenza²²⁴. Conseguentemente, come accennato, i LEA – contrariamente ai livelli minimi, ricavati sulla base della disponibilità delle risorse già individuate – venivano identificati in via contestuale e integralmente finanziati²²⁵.

Il concetto di livelli di assistenza – a partire dalla loro natura, prima meramente “minimo”, poi “uniforme”, poi “essenziale” – si è evoluto nel tempo, come già accennato, sicché una loro definizione statica risulta riduttiva, anche se necessaria ai fini dello scopo di questo scritto.

I LEA sono in sostanza le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (c.d. ticket), e finanziati con risorse pubbliche raccolte con la fiscalità generale.

Dei LEA si sono date, come anticipato, diverse interpretazioni²²⁶. La distinzione maggiormente usata è ancorata al differente modello decisionale presupposto:

- nel modello utilitaristico, la decisione di mantenere, inserire o eliminare una prestazione dai livelli di assistenza da garantire è basata sulla

²²⁴ Cfr. BALDUZZI R., *Il servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assestamento normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998, n. 419)*, in *Quaderni Regionali*, 1998, pp. 952 ss.; ID., *Alcune conclusioni*, cit., p. 151, che segnala come già in giurisprudenza (C. cost., sent. n. 355/1993) si fosse aperto a questo cambio di paradigma in senso garantistico dei livelli essenziali

²²⁵ Art. 1 co. 3 D.Lgs. 229/1999. Cfr. POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 61;
²²⁶ La dottrina sul tema è sterminata; si vedano, tra gli altri: ATRIPALDI M., *Diritto alla salute e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*, in *federalismi.it - Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017; FLORIO F. S., *L’evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in BOTTARI C. (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014, p. 53 ss.; FRANCE G., *I Livelli Essenziali di Assistenza: un caso italiano di policy innovation*, in FIORENTINI G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, 2003, pp. 73 ss.; LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., pp. 13 ss.; PINELLI C., *Sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”*, cit., pp. 881 ss.

valutazione del suo effetto di salute sulla popolazione e sul rapporto costo-efficacia e costo-beneficio;

- nel modello c.d. etico, ci si basa invece su una classificazione dei LEA per macroaree, alla cui base si pone il rapporto funzionale tra prestazione e la tutela di alcuni valori fondamentali, quali dignità della persona, solidarietà, rapporto tra costi e benefici, etc.;
- il modello intermedio, infine, è basato sulla fissazione di un quadro di principi fondamentali, in base a cui individuare dei macro-livelli ritenuti generalmente essenziali e lasciando poi al medico la scelta di erogazione del singolo servizio e in quale modalità, sulla base di linee-guida predisposte in via generale.

Il tema dei LEA si è sviluppato necessariamente in parallelo col tema della devoluzione dei poteri decisionali alle Regioni: la definizione dei LEA, infatti, in sostanza delimita il nucleo duro delle prestazioni sanitarie la cui programmazione non è differenziabile per espressa previsione costituzionale, in nome di superiori esigenze di uniformità.

Questo assunto, tuttavia, non ha mai azzerato del tutto, negli anni, lo spazio per teorizzare comunque un intervento regionale: rimaneva infatti da definire, a livello qualitativo, quanto la definizione dei LEA dovesse scendere a livello di dettaglio, per dirsi rispettata la competenza statale, e cosa invece si sarebbe potuto devolvere alle Regioni²²⁷; senza contare che, coerentemente con quanto previsto negli articoli 32 e 118 Cost., queste ultime hanno spazio di attuazione amministrativa in materia di LEA determinati a livello statale²²⁸. Questo dibattito è stato poi mitigato, in verità, dal fatto che le Regioni sono state chiamate a collaborare nella definizione dei LEA all'interno delle sedi cooperative,

²²⁷ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 163.

²²⁸ BALBONI E., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, cit., p. 1189; POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 60.

rinunciando dunque lo Stato a imporre senza dibattito le proprie statuizioni in materia²²⁹.

La collaborazione Stato-Regioni sui LEA è stata, peraltro, la modalità migliore per arginare le opposte tensioni che si sviluppavano in sede di loro enucleazione: da un lato, l'esigenza di unità e omogeneità dell'erogazione dei servizi, che porta a un'interpretazione estensiva del loro contenuto; dall'altro, la necessità di non mortificare l'autonomia regionale, tentando di conferire ai LEA un contenuto minimo²³⁰.

A livello finanziario, il tema dei LEA va di pari passo col principio, introiettato nel titolo V, di solidarietà in materia fiscale: se, infatti, i pubblici poteri sono chiamati al finanziamento di tali livelli di assistenza, è evidente che ciò non possa avvenire sulla base della sola capacità fiscale dei singoli territori; così facendo, di fatto, si condannerebbero i territori economicamente depressi a non ricevere un livello di servizi essenziali uniforme rispetto al resto d'Italia.

È per questo che si è correttamente teorizzato²³¹ un diretto collegamento tra assicurazione dei LEA e strumenti individuati dall'art. 119 Cost., nello specifico il fondo perequativo e la destinazione di risorse aggiuntive ed interventi speciali; il primo funge da riequilibrio fra cittadinanza sociale ed autonomie territoriali, evitando che a minori capacità fiscali di un territorio corrisponda un livello insufficiente di prestazioni civili e sociali; le seconde, viceversa, hanno l'obiettivo

²²⁹ Questa scelta metodologica è stata anche avallata dalla giurisprudenza costituzionale, che ha peraltro negato che la trasversalità dei LEA potesse permettere allo Stato di attrarre nella propria potestà esclusiva interi settori materiali della tutela della salute, cfr. C. cost., sentenze 285/2005 e 248/2006. Cfr. anche sul punto CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., p. 38, che sottolinea come l'utilizzo dei meccanismi cooperativi avrebbe la funzione di assorbire la distinzione delle competenze e la loro potenziale frizione, tanto con strumenti che intervengono a monte, al momento della normazione, tanto a valle, al momento dell'attuazione delle scelte normative già assunte (attività di indirizzo e programmazione).

²³⁰ Cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., pp. 8 ss.

²³¹ POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 60

di promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale tra territori²³².

8.2. La “svolta cooperativa” in sede di attuazione dei LEA: i D.P.C.M. del 2001 e del 2017

La collocazione dei LEP tra le materie di competenza legislativa statale lasciava presupporre che la loro determinazione dovesse avvenire con legge dello Stato, senza particolare coinvolgimento del livello regionale; questo assetto astratto cozzava però nettamente con lo sforzo cooperativo che aveva caratterizzato soprattutto negli anni Novanta gli interventi in materia di tutela della salute – in particolare quelli che avevano dei riflessi diretti sulla programmazione finanziaria; si sentiva, infine, la necessità di conciliare le esigenze di uniformità che stavano alla base dell’istituto dei LEA con le voci che volevano riservare uno spazio regionale di manovra in materia non solo a livello amministrativo, ma anche in sede normativa²³³.

Così, si è deciso di caratterizzare sin dall’inizio in senso cooperativo²³⁴ la prassi attuativa dei LEA, coinvolgendo le Regioni attraverso il passaggio in Conferenza

²³² POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 60. Questo collegamento coi meccanismi di solidarietà ha contribuito ulteriormente a conferire alla materia dei LEP una portata a-territoriale, in linea con la loro configurazione come competenza finalistica (come la tutela della concorrenza e del risparmio), cfr. D’ATENA A., *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quad. Cost.*, 1/2003, p. 21; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 103 s.

²³³ BALBONI E., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, cit., p. 1189; CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., pp. 46 s.; POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 60.

²³⁴ Cfr. BORDOGNA M.T., *L’evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, cit., p. 210; MAINO F., *Il sistema sanitario italiano tra contenimento della spesa malasanita e politicizzazione*, in BALDINI G., CENTO BULL A. (a cura di), *Politica in Italia*, Bologna, 2009, pp.241 ss.

Stato-Regioni²³⁵ delle decisioni rilevanti in materia²³⁶. La prima mossa in tal senso è stata l'emanazione del D.P.C.M.²³⁷ 29 novembre 2001, contenente l'individuazione puntuale dei LEA, il cui contenuto è stato condiviso in Conferenza Stato-Regioni²³⁸.

Anzitutto, il decreto conteneva alcune categorizzazioni, a partire dalla distinzione – cui corrispondeva una particolare modalità di erogazione da parte del SSN, tra:

²³⁵ Il sistema delle conferenze aveva peraltro dato buona prova di efficienza nella concertazione delle decisioni influenti sull'autonomia regionale, attenuando consistentemente la conflittualità tra i due livelli di governo che aveva caratterizzato la precedente stagione dei lavori della Corte costituzionale.

²³⁶ Questa impostazione sarebbe poi più coerente con l'affidamento della tutela della salute alla Repubblica nel suo complesso, cfr. BALDUZZI R., *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, in BALDUZZI R. (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, p. 12.

Dal canto suo, la Corte costituzionale ha più volte sostenuto (cfr. C. cost., sent. 16/2010) che il principio di leale collaborazione non si applicherebbe all'attività legislativa; sono fatti salvi però i casi di legge-provvedimento (C. Cost., sent. 203/2008 e 341/2009), fattispecie piuttosto frequente in un ambito come quello dei LEA in cui l'intreccio tra livello legislativo e amministrativo è molto fitto.

Così sembra aver stabilito la Corte, riconoscendo nella previa intesa il meccanismo ottimale di contemperamento degli interessi coinvolti in materia sanitaria, cfr. C. cost., sent. 134/2006; il principio dell'irrinunciabilità dei meccanismi cooperativi nella determinazione dei LEA è stato ribadito anche più avanti, nella C. cost., sent. 169/2017.

²³⁷ L'utilizzo di questa fonte è stato fortemente criticato da parte della dottrina proprio perché all'alba della Riforma del Titolo V si intravedeva nelle competenze esclusive statali una sorta di riserva di legge diffusa, giustificata dal testo costituzionale stesso; questa interpretazione però col tempo si è affievolita. Il D.P.C.M., d'altro canto, era la fonte normativa individuata dal D.Lgs. 502/92 per l'individuazione puntuale dei LEA già ben prima della riforma; la *ratio* di questa scelta sta, ovviamente, nella natura estremamente tecnica dell'atto e della materia trattata, che difficilmente potrebbe essere oggetto di discussione parlamentare in modo proficuo. cfr. MATTIONI A., *Salute e assistenza. Rapporti tra "livelli di governo" dopo la recente revisione costituzionale*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit., p. 61; CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., p. 46; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 104.

²³⁸ Nello specifico, il primo accordo in materia di LEA era stato raggiunto in data 8 agosto 2001 (Rep. Atti 1285/CSR), affinché potesse essere fissata al 30 novembre di quell'anno la data in cui sarebbero stati definiti i LEA (art. 6 co. 1 D.L. 18 settembre 2001, n. 347, convertito con l. 16 novembre 2001, n. 405); seguiva poi un ulteriore accordo del 22 novembre 2001 in cui veniva condiviso il testo-base poi confluito nel D.P.C.M.

- assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro, cui erano ricondotte le attività di prevenzione finalizzate alla tutela delle collettività e dei singoli²³⁹;
- assistenza distrettuale, cui erano ricondotte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio²⁴⁰;
- assistenza ospedaliera²⁴¹.

Le prestazioni e i servizi erogativi dei LEA costituivano il livello essenziale garantito con uniformità sul territorio nazionale; per questo venivano posti a carico del SSN.

Essi vennero individuati sulla base delle evidenze scientifiche, che restituivano un significativo beneficio in termini di salute individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate²⁴².

Il decreto pose anche le relative esclusioni (c.d. liste negative) dal novero delle prestazioni garantite; nello specifico, venivano individuate tre categorie²⁴³:

- prestazioni integralmente ricomprese nei LEA;
- prestazioni parzialmente escluse in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche;
- prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per cui occorre individuare modalità più appropriate di erogazione.

²³⁹ All'interno della categoria figuravano la tutela dall'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, la sanità veterinaria, la tutela degli alimenti, la profilassi delle malattie infettive, le vaccinazioni e i programmi di diagnosi precoce, la medicina legale.

²⁴⁰ Medicina di base, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale, fornitura di protesi per disabili, servizi domiciliari per gli anziani e i malati gravi, servizi consultoriali, strutture semiresidenziali e residenziali

²⁴¹ Comprensiva delle attività di pronto soccorso, degenza ordinaria, day hospital e day surgery, interventi ospedalieri a domicilio, riabilitazione ospedaliera, lungodegenza, catena degli emocomponenti e servizi trasfusionali, prelievi, conservazione e distribuzioni di tessuti, trapianto organi e tessuti.

²⁴² SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 164-165.

²⁴³ POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 64.

Ulteriori specificazioni venivano fornite dall'allegato A) al decreto, che elencava con esemplificazione molto corposa le prestazioni ricomprese nei livelli; non emergeva, tuttavia, una priorità di garanzia tra di essi, denotando dunque un'attenzione maggiore al profilo quantitativo.

La dottrina si è prodigata nel fornire delle chiavi di lettura a questo decreto, rilevandone peraltro alcuni profili lacunosi rispetto a quanto prospettato²⁴⁴: pare fossero rimasti esclusi servizi e prestazioni perché non rispondenti a necessità assistenziali tutelate sulla base dei principi ispiratori del SSN, nonché ai principi di efficacia e appropriatezza; oppure, prestazioni la cui efficacia non era dimostrabile sulla base delle evidenze scientifiche disponibili o erano utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non rientravano nelle indicazioni raccomandate; e ancora, infine, quelle che non soddisfacevano il principio di economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di forme di assistenza alternative.

I tre criteri di esclusione dalla copertura – pertinenza, efficacia ed appropriatezza – erano in linea con la prassi della programmazione sanitaria degli ultimi anni; secondo alcuni, però, vennero applicati in maniera particolarmente stringente, lasciando escluse dall'elencazione del decreto intere aree dell'assistenza, soprattutto in ambito socio-sanitario; aree su cui puntarono poi le Regioni per differenziare la propria offerta sanitaria, potendo esse infatti decidere di garantire dei livelli di assistenza aggiuntivi con risorse proprie²⁴⁵.

Non tutti gli Autori, tuttavia, hanno valutato in maniera negativa l'utilizzo dei criteri discretivi²⁴⁶; piuttosto, ciò che appariva inconferente rispetto all'ambito

²⁴⁴ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 165.

²⁴⁵ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 166.

²⁴⁶ Come BALBONI E., *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla Legge n 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo 5 della Costituzione: aggiornato al 31 ottobre 2002*, Milano, 2003, pp.

trattato era l'eccessiva esemplificazione prodotta nell'allegato A), suscettibile di incidere negativamente sulla garanzia complessiva del diritto alla salute. La prospettiva "quantitativa" ivi introiettata avrebbe prodotto un numero di LEA tale da minarne la garanzia di erogazione a livello soggettivo e oggettivo, abbassando conseguentemente il livello qualitativo medio di erogazione²⁴⁷.

Pur risultando dunque alcune criticità nella definizione dei LEA contenuta nel D.P.C.M. del 2001, non venne messa mano alla materia per oltre quindici anni²⁴⁸. Solo con D.P.C.M. 12 gennaio 2017²⁴⁹ venne infatti effettuata una revisione organica dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario

Rispetto al precedente decreto, esso recava anzitutto la redazione di nuovi elenchi (*nomenclatori*), aggiornati con le pratiche mediche più avanzate; venivano altresì abbandonate le tecniche divenute obsolete e individuate nuove modalità erogative, sempre nel rispetto dei canoni di efficienza e appropriatezza²⁵⁰.

31 ss., che ha ritenuto il D.P.C.M. sui LEA idoneo ad arginare il prodursi di differenziazioni. Così anche POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 64 ss. Si tratta, però, a giudizio di chi scrive, di un'interpretazione che paga lo scotto del tempo, in quanto formulata troppo a ridosso dalla definizione dei livelli di assistenza; negli anni successivi, ben si poteva misurare la differenziazione nell'attuazione tra le varie Regioni.

²⁴⁷ Cfr. BALDUZZI R., *Titolo V e tutela della salute*, cit., pp. 21 ss.

²⁴⁸ Il problema ricorrente dell'aggiornamento dei LEA – la cui individuazione avviene dal 1999 contestualmente al reperimento delle risorse per il comparto sanità – è sempre stato di ordine economico. Numerosi sono stati i tentativi di rinnovarli nel nuovo secolo: nel 2008 la ministra Turco aveva predisposto un apposito D.P.C.M., poi bloccato a seguito di rilievi negativi della Corte dei conti sulla sostenibilità del provvedimento; il tema era stato poi ripreso nel 2010 dal ministro Fazio e successivamente dal Decreto Balduzzi nel 2012; venne infine riproposto nel Patto per la Salute 2014-2016, ratificato con l. 190/2014. Per una panoramica più ampia cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 161-162.

²⁴⁹ Rubricato "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502". La procedura di modifica era stata dettata dall'art. 54 co. 3 l. 27 dicembre 2002, n. 289 – legge di bilancio 2003, che prevedeva la conclusione di un'intesa per modificare quanto disposto dagli allegati al D.P.C.M. 29 novembre 2001.

²⁵⁰ Le novità hanno riguardato, tra le altre, alcune prestazioni di grande rilievo sociale, quali:

- l'ampliamento delle vaccinazioni gratuite a quelle per meningococco B, varicella, rotavirus, pertosse, pneumococco, papillomavirus, con copertura generale oppure per categorie selezionate a seconda dei fattori di rischio;
- la cura dell'endometriosi;
- il trattamento dell'autismo;

L'aggiornamento dei LEA sanitari, fermo al 2001, era senza dubbio necessario; tuttavia, alcuni Autori hanno ravvisato che il nuovo decreto non abbia introdotto sufficienti innovazioni al fine di generare un incremento sostanziale dei LEA che colmasse le lacune già ravvisate nel D.P.C.M. del 2001.

Con questo aggiornamento ci si sarebbe limitati, dunque, a una specificazione di dettaglio su prestazioni e attività già incluse; mentre nelle aree in cui non era possibile ridurre le prestazioni a liste chiuse, il decreto si è concentrato sulla declinazione degli ambiti di attività inclusi nell'area, come ad esempio in materia di assistenza distrettuale socio-sanitaria²⁵¹.

8.3. I LEA nella giurisprudenza della Corte costituzionale

Anche la Corte costituzionale è intervenuta diffusamente sia sui LEP in generale, sia sui LEA più nello specifico; la sua giurisprudenza ha aiutato a indirizzare l'interpretazione in quegli aspetti della materia di più difficile comprensione.

Anzitutto, la Consulta ha aiutato a circoscrivere la portata della forza espansiva dei LEA nei confronti della corrispondente materia concorrente, ossia la tutela della salute: diversi interpreti hanno infatti notato che la previsione dell'art. 117 co. 2 lett. m) – nella sua natura di competenza “trasversale” – avrebbe permesso in astratto allo Stato di travalicare il limite delle materie, similmente a quanto accaduto pre-riforma con la clausola dell’“interesse nazionale”²⁵², ossia

-
- l'aggiunta di nuove prestazioni ambulatoriali avanzate per i pazienti in dialisi;
 - l'inclusione in elenco di nuovi esami in laboratorio, della radioterapia e di alcune prestazioni riabilitative delle funzioni neurologiche post-trauma;
 - l'ampliamento delle malattie rare – giunte a 110 – e delle malattie croniche – tra cui sono state ricomprese la sindrome di Down e la celiachia, prima considerate malattie rare – con le relative esenzioni, oltre al miglioramento della qualità dell'assistenza grazie a dispositivi tecnologicamente avanzati (come gli ausili informatici e di comunicazione per le persone con gravissime disabilità);
 - A livello di assistenza ospedaliera, l'aggiunta delle procedure analgesiche in corso di travaglio – in particolare l'analgesia epidurale.

²⁵¹ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 170 ss.

²⁵² Cfr. LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario*, cit., pp. 17 ss.

flessibilizzando i rapporti tra Stato ed autonomie²⁵³; obiettivo di questa operazione sarebbe stato garantire una tutela uniforme che fungesse da freno alle differenziazioni regionali.

La Corte costituzionale ha sostanzialmente avallato questa lettura, sostenendo di avere poco margine per sindacare atti normativi in materia, essendo il controllo limitato alla sola verifica dell'idoneità dell'atto al perseguimento dello scopo e della proporzionalità del mezzo utilizzato²⁵⁴. Ha, però, anche effettuato una importante specificazione: il paradigma dei livelli essenziali può essere invocato solo in relazione a specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisca il livello essenziale di erogazione²⁵⁵; non sarebbe possibile, invece, utilizzarlo per attrarre nell'ambito statale interi settori materiali²⁵⁶, dal momento che la natura trasversale dei LEP non permette di far degradare sistematicamente le competenze normative delle Regioni per interi ambiti materiali²⁵⁷.

La Corte ha, poi, proseguito il proprio lavoro di perimetrazione, indagando sulla ricomprensione all'interno dei LEA di alcuni ambiti specifici della materia; in particolare, su impulso regionale, ci si è interrogati se in tale ambito vi ricadesse l'organizzazione sanitaria²⁵⁸. La Consulta ha confermato il proprio orientamento,

²⁵³ Cfr. ANZON DEMMIG A., *I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale: il nuovo regime e il modello originario a confronto*, Torino, 2002, pp. 107 ss. Cfr. anche C. cost., sent. 282/2002, capofila delle decisioni sui LEP.

²⁵⁴ Si tratterebbe, in sostanza, di un controllo di ragionevolezza, cfr. LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario*, cit., p. 21; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 103.

²⁵⁵ Ne è un esempio l'ambito del consenso informato.

²⁵⁶ Cfr. sul punto le sentenze C. cost., sentenze 285/2005 e 248/2006, LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 18.

²⁵⁷ Cfr. BALDUZZI R., *I livelli essenziali in sanità*, in BERTI G., DE MARTIN G.C. (a cura di), *Garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici. Atti del convegno – Roma 9 giugno 2003*, Milano, 2003, pp. 247 ss.

²⁵⁸ Cfr. CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., pp. 47 ss.: che sottolinea la natura "tentacolare" della materia dei LEA, arrivata a ricomprendere anche l'appropriatezza organizzativa e temporale (come nel caso delle liste d'attesa, fr. Art. 1 co. 280 l. 23 dicembre 2005, seguita dall'intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006), comprensiva delle forme e modi della futura azione amministrativa di livello regionale.

negando che un simile ambito potesse essere attratto *in toto* all'interno delle competenze statali; nemmeno però si poteva negare, in generale, che gli aspetti organizzativi avessero delle ricadute sul profilo del godimento del diritto stesso. È compito dello Stato scegliere con cautela i singoli istituti da disciplinare, sulla base delle loro caratteristiche, dato che le relative disposizioni potrebbero essere esaminate dalla Corte attraverso uno scrutinio più stretto mirato a riconoscerne la natura di livello essenziale²⁵⁹.

Su un piano leggermente diverso si è collocato invece il filone giurisprudenziale relativo alla natura "uniforme" dei LEA, presente nel D.Lgs. 502/92 ma non ripresa nel testo del 2001. Qualcuno ha interpretato questo mancato richiamo come un rifiuto conferire rango costituzionale e inderogabile all'uniformità dei LEA, privilegiandone così il carattere a-territoriale: l'obiettivo di questa previsione, dunque, sarebbe dunque stato di sancire l'uguaglianza sostanziale nei termini della necessità di garantire talune prestazioni sanitarie senza alcuna discriminazione in base al territorio d'appartenenza; questo assetto, a detta di alcuni, poteva prescindere, almeno in parte, dall'uniformità erogativa.

La Corte costituzionale, tuttavia, ha arginato con decisione la diffusione di questa interpretazione, conferendo alle disposizioni costituzionali in esame una rilettura più *tranchant*: con l'attribuzione di cui alla lettera m) il legislatore nazionale veniva messo in grado di garantire il mantenimento di una adeguata **uniformità**

L'ampliarsi dell'influenza statale si è sviluppata anche in via non legislativa (cfr. C. Cost., sent. 282/2002, che ha confermato la vincolatività degli atti amministrativi di indirizzo di organi statali tecnico-specialistici nei confronti delle Regioni, in presenza di una specifica competenza in tal senso); questo ha aperto alla fissazione degli *standard* organizzativi, tecnologici e strutturali delle prestazioni anche in via regolamentare da parte dello Stato, sia pure con i già sottolineati passaggi nel sistema delle conferenze

²⁵⁹ Cfr. sul punto C. cost., sent. 371/2008, in tema di esercizio della libera professione intramuraria. Il principio che se ne ricava è che una norma organizzativa contenuta in una legge statale in materia sanitaria non risulta automaticamente illegittima; ma lo scrutinio per verificarne la sua natura di LEA o di principio generale deve concernere una valutazione in concreto sia delle caratteristiche della sua essenzialità, sia l'effettiva incidenza del profilo organizzativo sul godimento del diritto. Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., pp. 154 ss.

di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da cospicua autonomia regionale e, in misura minore, locale²⁶⁰. La Corte ha poi proseguito in questa direzione nel corso degli anni²⁶¹, allargando il perimetro di operatività dei LEA; stabili, nello specifico che il legislatore statale potesse fissare sulla base di essi degli *standard* qualitativi, quantitativi, strutturali, tecnologici, di processo e di risultato, con l'obiettivo di raggiungere l'uniformità di erogazione sul territorio nazionale.

In parallelo a questo tema, la Consulta ha portato avanti un ragionamento sul "limite" alla determinazione dei LEA o, per dirla in altri termini, quale livello dei LEA si dovesse considerare "giusto": di principio, la determinazione di quei livelli dovrebbe essere oggetto di decisione politica da parte legislatore statale, sindacabile solo in termini di ragionevolezza; è tuttavia possibile riscontrare qualche elemento di confine della discrezionalità²⁶².

Anzitutto, giova precisare che il concetto di livello essenziale non potrebbe che essere relativo, influenzato dalla condizione soggettiva del beneficiario e dalla condizione generale della società²⁶³; inoltre, essendo prestazione e garanzia concetti assimilabili in questo ambito, il riferimento ai livelli essenziali dovrebbe implicare anche il ricorso a una "struttura organizzativa" che assicuri la garanzia dei diritti²⁶⁴. Questa conclusione – foriera di uno spostamento di competenze piuttosto ampio in capo allo Stato – è stata rigettata dalla giurisprudenza

²⁶⁰ Cfr. C. cost., sent. n. 88/2003. Su questa decisione si veda il commento di ANDRONIO A., *I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nella sentenza della Corte costituzionale 13-27 marzo 2003*, n. 88, in *federalismi.it*, 8/2003, pp. 1 ss.

²⁶¹ Sent. 31 marzo 2006, n. 134, commentata da BALBONI E., RINALDI P. G., *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 5/2006, p. 1026 ss.

²⁶² LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 26.

²⁶³ Un ragionamento simile è stato riportato precedentemente nel capitolo in merito alla nozione di "indigente", cfr. CARAVITA DI TORITTO B., *La disciplina costituzionale della salute*, cit., p. 49.

²⁶⁴ Cfr. BALBONI E., *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi"*, cit., p. 1103. *Contra* CAMPIONE V., POGGI A., *Sovranità decentramento regole. I livelli essenziali delle prestazioni e l'autonomia delle istituzioni scolastiche*, Bologna, 2009, p. 121, per i quali il passaggio da livelli minimi a livelli essenziali sposterebbe l'attenzione dalla creazione di una struttura amministrativa uniforme al bisogno da soddisfare per garantire l'eguaglianza sostanziale sul territorio.

costituzionale, che ha seguito, come visto *supra*, un indirizzo diverso²⁶⁵ basato sulla distinzione netta tra LEA e organizzazione strutturale²⁶⁶.

Quest'ultima, tuttavia, non è quasi mai agevole, essendo i due piani interconnessi; da qui il fatto che le norme statali che si spingono sull'organizzazione – come già visto – raramente sono state dichiarate illegittime, in quanto ricomprese tra i principi fondamentali di tutela della salute²⁶⁷.

Vi è da dire, in chiusura, che la discussione su questi temi è andata via via esaurendosi con il potenziamento dell'attività del sistema delle conferenze, e l'inclusione della definizione dei LEA nel novero degli atti concertati all'interno della Conferenza Stato-Regioni per espressa previsione normativa. Questo assetto ha contribuito ad attenuare il contenzioso tra livelli di governo sui LEA, introducendo da un lato un'ulteriore modulazione alla potestà esclusiva statale in materia²⁶⁸ e vincolando dall'altro le Regioni al rispetto di quanto concordato in sede cooperativa.

9. La tutela della salute nel nuovo millennio

È innegabile che con la riforma del 2001 sia stata implementata, sul versante legislativo, la regionalizzazione di un comparto, quello sanitario, nel quale già le Regioni esercitavano la maggior parte delle funzioni amministrative: si apriva così una stagione in cui i governi regionali – forti anche della mutata natura della forma di governo regionale, che permetteva grande stabilità degli esecutivi – si sono prodigati per differenziare il proprio SSR secondo caratteristiche peculiari.

²⁶⁵ Cfr. C. cost., sent. 99/2009.

²⁶⁶ Cfr. LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 28.

²⁶⁷ Cfr. BALDUZZI R., *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, in CORSO G., MAGISTRELLI P. (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, cit. p. 83. Si veda sul punto anche C. cost., sent. 371/2008.

²⁶⁸ Tenuto ovviamente conto della natura "debole" dell'intesa, come altrimenti non potrebbe essere.

La differenziazione – di cui si discuterà ampiamente nel capitolo successivo – non è stato però l'unico elemento caratterizzante della tutela della salute nel nuovo secolo, dovendosi misurare l'intero comparto con delle trasformazioni di grande portata.

Anzitutto, è da registrare il passo, compiuto dall'Unione europea, di considerare il diritto alla salute quale diritto fondamentale, attraverso il suo riconoscimento all'interno della Carta di Nizza²⁶⁹; la quale, lo si ricorda, a partire dall'entrata in vigore del Trattato di Lisbona ha assunto lo stesso valore giuridico dei Trattati, fungendo dunque da parametro di legittimità per le legislazioni nazionali²⁷⁰.

Tornando al livello nazionale, dopo la Riforma del Titolo V ci si aspettava che la normativa nazionale in materia di tutela della salute subisse delle modifiche corpose per allinearla al dettato costituzionale; in effetti, numerosi sono stati gli atti statali di portata generale – aventi perlopiù una direzione “finanziaria” – che insieme alle scelte operate in autonomia dalle Regioni hanno intaccato²⁷¹ l'architettura dell'organizzazione sanitaria, costituita dalla l. 833/78 e dai dd. lgs. 502/1992 e 229/1999²⁷².

²⁶⁹ Art. 35 Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, il quale prevede che “ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”.

²⁷⁰ Sulla tutela della salute nel diritto comunitario, ambito di cui ci si occuperà nello scritto solo in maniera marginale, cfr. PITINO A., *Livelli essenziali di assistenza e tutela della salute nel diritto comunitario originario*, in BALDUZZI R., *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution. Atti del Convegno – Genova, 24 febbraio 2003*, Milano, 2004, pp. 312 ss.; SALAZAR C., *I diritti sociali nella carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea: un “viaggio al termine della notte?”*, *I diritti sociali nella carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea: un “viaggio al termine della notte?”*, in FERRARI G.F. (a cura di), *I diritti fondamentali dopo la carta di Nizza. Il costituzionalismo dei diritti*. AIDC, Taormina giugno 2001, sezione pubblicistica, estratto, Milano, 2001, pp. 241 ss. Per una ricognizione, inoltre, della giurisprudenza della Corte di Giustizia dell'Unione (e anche della Corte europea dei diritti umani), cfr. diffusamente BUSATTA, *La salute sostenibile*, cit.

²⁷¹ Cfr. CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., p. VII, che parla di vero e proprio superamento della disciplina citata, in particolare del modello inaugurato dal D.Lgs. 229/99.

²⁷² Opinione non del tutto sposata da una parte della dottrina

Anzitutto, il ministero della Sanità era confluito nel 1999 nel nuovo dicastero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; si trattava di una scelta dettata da esigenze di economia e riordino del numero e delle funzioni degli organi dell'esecutivo, che però ebbe la grande pecca di far convergere in un unico soggetto tre macro-ambiti troppo corposi per essere gestiti da un unico apparato amministrativo.

Il nuovo governo di centrodestra insediatosi a seguito delle elezioni politiche del 2001 decise allora di costituire il nuovo Ministero della salute²⁷³ – in sostituzione della storica denominazione “Ministero della sanità”.

Il ministero venne riorganizzato poi con regolamento approvato con D.P.R. 28 marzo 2003, n. 129, in base al quale esso si sarebbe articolato in tre dipartimenti: qualità; innovazione; prevenzione e comunicazione. All'interno dei dipartimenti vennero istituiti degli uffici di livello dirigenziale generale.

Nel nuovo millennio è poi proseguito il riordino finanziario inaugurato col D.Lgs. 56/2000, mediante la l. 16 novembre 2001, n. 405²⁷⁴, contenente due disposizioni rilevanti: la prima, secondo cui le Regioni avrebbero dovuto adottare le disposizioni necessarie per garantire l'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere (art.3); la seconda che ha specificato l'iter normativo – di cui si è già parlato nel precedente paragrafo²⁷⁵ – per la definizione dei livelli essenziali di assistenza²⁷⁶.

²⁷³ D.L. 12 giugno 2001 n. 217 – il giorno immediatamente successivo alla data di insediamento del governo – convertito in l. 3 agosto 2001, n. 317.

²⁷⁴ “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”.

²⁷⁵ Ricapitolando, la definizione dei LEA avviene con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, il quale deve essere adottato “su proposta del Ministro della salute, di concerto col Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza stato-Regioni” (art. 6 D.L. 347/2001, convertito con l. 405/2001).

²⁷⁶ POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 64 ss.

Veniva poi inaugurata la nuova epoca della programmazione nazionale post-riforma, con l'approvazione del PSN 2003-2005: il provvedimento, contenente "progetti per la strategia del cambiamento" (monitoraggio dei LEA, promozione integrazione socio-sanitaria, promozione ricerca, etc.) e "obiettivi generali" (vivere bene, vivere a lungo, etc.), si dimostrò in verità piuttosto timido sul fronte programmatico, con una penuria di previsioni funzionali alla realizzazione di progetti ed obiettivi, indicando obiettivi blandi e fumosi e di fatto lasciando colpevolmente alla programmazione locale l'onere di dedurre strategie operative²⁷⁷.

Conseguenza di questa scelta – peraltro concertata con le Regioni nelle sedi cooperative – fu la tendenza da parte della programmazione regionale a muoversi verso le aree di bisogno più pressante²⁷⁸; a cominciare dalle misure di contenimento della spesa sanitaria regionale, con il quale si è dovuta misurare sempre più insistentemente ogni regione, a prescindere dalla situazione economico-finanziaria dell'ente. Per il raggiungimento di questo obiettivo sono state predisposte soprattutto norme di riorganizzazione delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nonché provvedimenti specifici mirati all'uso appropriato dei farmaci o a contrastare l'uso improprio degli ospedali²⁷⁹.

Il secondo fronte su cui si è mossa la programmazione regionale è stato quello dell'attuazione dei LEA, con risposte regionali variamente differenziate e orientate sulla base di chiare inclinazioni di politica sanitaria da parte dei governi regionali, come testimonia, peraltro, l'utilizzo dello strumento delle delibere di Giunta regionale in luogo di strumenti di condivisione con i Consigli regionali.

²⁷⁷ POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 64 ss.

²⁷⁸ Per alcuni, come POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., p. 73, si trattò comunque di una scelta responsabile, in cui alcune Regioni in particolare dimostrarono disponibilità nell'assumersi le responsabilità – invero costituzionalmente previste – di assicurare la garanzia dell'effettività dei diritti sociali tramite la programmazione sociale e sanitaria.

²⁷⁹ POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit. pp. 65 s.

Si trattava, in ogni caso, di poteri previsti nel D.P.C.M. del 2001 sui LEA – che conferiva alla Giunta il potere di definire “*criteri, modalità, soglie di ammissibilità previste dal D.P.C.M. circa l’appropriatezza delle prestazioni anche al fine di favorire forme di assistenza più idonee*”; con un catalogo così ampio come quello individuato dal D.P.C.M. in oggetto, non fu difficile per le Giunte regionali individuare delle aree di intervento prioritario sulla base della propria impostazione politica²⁸⁰.

Un *trend* simile si verificò infine anche sul piano dell’attribuzione di nuove posizioni soggettive legate alla tutela della salute, nel quale le soluzioni regionali furono piuttosto diversificate tra loro e riconducibili a scelte di principio dalla profonda portata politica²⁸¹.

Questa impostazione identitaria generò delle differenziazioni piuttosto marcate tra le varie Regioni, a tal punto che si paventò²⁸² il rischio che venisse sconfessata la portata unificatrice dei LEA, soprattutto quelli inerenti diritti civili e sociali su cui insisteva competenza regionale; questo filone considerava i LEA come elementi di unificazione dell’indirizzo politico, da tradursi in *standard* minimi comuni di erogazione che fossero sottratti dal circuito delle scelte politiche²⁸³.

Dalla parte regionale, viceversa, veniva configurato un obbligo “cooperativo” di attuazione dei LEA da parte delle Regioni; perché questo obbligo venisse tollerato dalle autonomie, tuttavia, vi si doveva contrapporre, in una logica di leale collaborazione, la concertazione degli stessi nelle sedi cooperative²⁸⁴.

²⁸⁰ Poggi A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit. p. 67.

²⁸¹ Si prenda come esempio la l.r. Toscana n. 35/2003, che detta una disciplina articolata in materia di tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche ed amatoriali, istituendo il “*libretto sanitario dell’atleta*” ed imponendo in contemporanea specifici oneri alle società sportive – come la subordinazione della partecipazione degli atleti alla presentazione di alcune certificazioni aggiuntive rispetto a quelle dettate dalla normativa nazionale.

²⁸² Poggi A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 78 ss.

²⁸³ Cfr. TOSI R., *Cittadini, Stato e Regioni di fronte ai “livelli essenziali delle prestazioni...”*, in *Quad. Cost.*, 3/2003, p. 630.

²⁸⁴ POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 80 ss.

In questa interpretazione, la competenza statale sui LEA si configurerebbe come una competenza non escludente – come le norme generali sull’istruzione²⁸⁵ - da compiersi in via di concertazione e di pari passo con l’individuazione e trasferimento delle relative risorse.

In effetti sembra questa l’impostazione che si è poi mantenuta nella prassi: si è cercato di potenziare il più possibile le attività concertative tra Stato e Regioni – ne è un esempio l’adozione congiunta di atti programmatici non codificati, quali i Patti per la salute²⁸⁶ - mirando a definire da un punto di vista programmatico e finanziario gli obiettivi in materia sanitaria²⁸⁷.

10. Il SSN alla prova delle difficoltà economiche

Sul Sistema sanitario nazionale – e di riflesso sulla portata del diritto alla salute – pesa da tempo il limite implicito più gravoso, per un ambito che occupa una parte cospicua delle spese a bilancio dei pubblici poteri.

Si tratta della sostenibilità finanziaria, che ha influenzato l’organizzazione sanitaria sin da prima che venisse istituito il SSN e che spesso ha giustificato manovre di ridimensionamento delle spese in ambito sanitario; si è cercato, infatti, in epoche diverse di coniugare le operazioni di tagli alla spesa con il mantenimento o l’implementazione del sistema, attraverso una più corretta allocazione delle risorse²⁸⁸.

²⁸⁵ Cfr. sul punto anche la C. cost., sent. 88/2003, che ha avallato questa lettura.

²⁸⁶ Lo strumento dei patti per la salute diventò in verità col tempo uno strumento qualificato e periodico, avendo dimostrato la propria validità come atto di programmazione complementare al PSN; si inaugurò inoltre la prassi di trasporre i profili essenziali dei patti in atti legislativi.

²⁸⁷ CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit., pp. VII ss.

²⁸⁸ Manovre di riduzione della spesa giustificate, come già accennato, dal costante aumento della spesa sanitaria come “costo sociale” delle evoluzioni demografiche in atto.

Alcuni dati possono aiutare a inquadrare la portata del problema: nel 2018 la spesa primaria netta (ossia al netto degli interessi e delle partite finanziarie) in Sanità (riferita al Settore Pubblico Allargato) era di 118 miliardi di euro, con un incremento di tre miliardi rispetto ai dati del 2008;

La stessa Corte costituzionale ha avallato più volte le scelte politiche di riduzione dei costi sanitari, giustificando il bilanciamento tra equilibrio di bilancio e godimento del diritto alla salute²⁸⁹; ha anche specificato, però, che similmente ad altri diritti fondamentali, esso possiede un nucleo duro non intaccabile nemmeno a fronte di un'esigenza di bilanciamento²⁹⁰; la Consulta ha così attribuito la natura di elemento irrinunciabile del diritto alla salute a determinate prestazioni sulla base, di volta in volta, di ancoraggi costituzionali diversi, come ad esempio la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117.2 lett. m) Cost.²⁹¹

Il tema si intreccia, ovviamente, con quello altrettanto rilevante del sistema di finanziamento del SSN, storicamente ancorato dalla fine degli anni Settanta alla distribuzione del fondo sanitario nazionale ed oggetto, all'inizio del nuovo secolo, di un *restyling* deciso: prima con l. 133/1999 – e relativo decreto delegato D.Lgs. 56/2000 – che segnò il passaggio al modello del finanziamento con risorse proprie delle Regioni²⁹²; poi con la l. 405/2001 che servì da base – attraverso

se si torna indietro al 2000, l'aumento registrato è del 32% (circa 37 miliardi); si nota, quindi, nel secondo decennio degli anni 2000, una brusca frenata, determinata dalle politiche di *spending review* portate avanti, in particolare, dal 2012 ad oggi. Stessa tendenza per il rapporto tra spesa sanitaria e PIL – dal 5,4% nel 2000 al 6,9% nel 2018, con un aumento quasi nullo nel secondo decennio degli anni Duemila. Vi è da segnalare, tuttavia, che l'incremento è concentrato nell'acquisto di beni e servizi, mentre la spesa per il personale è diminuita.

Cfr. più ampiamente sul punto il report, appena antecedente al periodo emergenziale, di CIOCCI M., SPAGNOLO F. (a cura di), *La spesa in Sanità: i dati CPT per un'analisi in serie storica a livello territoriale*, in *CPT Informa*, 3/2020, consultabile al sito https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2020/09/CPT_Informa_Sanitax.pdf.

²⁸⁹ Cfr. C. Cost., sent. 20 novembre 2000, n. 509.

²⁹⁰ Cfr. C. Cost., sentenze 309/1999, 252/2001, 354/2008. Della giurisprudenza in materia di finanza sanitaria si riparerà diffusamente più avanti.

²⁹¹ Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 77, che segnala come, in verità, sia lo stesso articolo 32 a suggerire una lettura mitigatrice dell'universalismo: da un lato, infatti, l'indistinto riconoscimento dei diritti a prestazioni sarebbe in contrasto col principio di progressività; dall'altro, esso potrebbe diventare, in condizioni di difficoltà finanziarie, un ostacolo per la soddisfazione del diritto – in particolare agli indigenti, cui l'art. 32 riconosce un certo grado di priorità nell'accedere alle cure gratuite – e per la qualità stessa dei servizi erogati.

²⁹² Anche se, fa notare CARAVITA DI TORITTO B., *Salute e federalismo fiscale*, cit., p. 78, che il D.Lgs. 56/2000 non si è concretizzato per anni, in cui è proseguita la prassi di concordare le quote di finanziamento dei SSR tramite accordi centralizzati tra Governo e Regioni in sede di Conferenza.

l'obbligo per le Regioni di far fronte ai disavanzi delle aziende – per la futura disciplina dei c.d. piani di rientro.

I problemi finanziari si sono poi acuiti con la crisi dei debiti sovrani, a partire dal 2008: la sanità italiana risentì di problemi finanziari legati al sovraindebitamento dello Stato; questo valse in particolare per il periodo successivo al 2011, quando la crisi economica ha determinato la caduta del governo politico in carica (Berlusconi IV) e l'insediamento di un governo tecnico – il governo Monti – la cui missione era proprio il risanamento dei conti pubblici per porre l'Italia al riparo dal rischio di *default* economico-finanziario.

Anche la sanità restò travolta dalla *spending review* in atto, essendo tra le principali voci della spesa pubblica: venne così interessata da tagli economici corposi, perlopiù travestiti da rifunionalizzazioni del comparto; si trattò, comunque, di tagli alla spesa operati in campo sanitario che si inquadravano in un percorso pluriennale di normative finalizzate, talora con previsioni puntuali, talora con riforme organiche, al contenimento della spesa pubblica nel settore sanitario.

Se invero nessuna di queste ha posto in discussione direttamente la natura fondamentale del diritto alla salute, ne ha senza dubbio ridimensionato la portata, riorganizzando in modo conservativo l'organizzazione degli strumenti di erogazione dell'assistenza²⁹³.

10.1. I piani di rientro dal disavanzo

Particolare attenzione, tra le misure finanziarie predisposte in ambito sanitario negli anni Duemila, deve essere posta su un istituto, quello dei “piani operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento” (rinominati poi “piani di

²⁹³ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., p. 159.

rientro”), che costituisce fino ad oggi lo strumento principe per ripianare i deficit dei singoli sistemi sanitari regionali.

L’istituto affonda le radici²⁹⁴ nelle regole stabilite prima dall’art. 28 l. 488/1998 – che disciplinava il patto di stabilità interno – e successivamente dall’art. 16 D.Lgs. 229/1999²⁹⁵: in tale ultima norma veniva previsto che la Regione, in caso di scostamenti rilevati dal Ministero, procedesse ad *“elaborare programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali, di durata non superiore al triennio”*²⁹⁶.

Sulla base di queste proposte regionali, Ministero e Regione interessata venivano chiamati a stipulare una convenzione²⁹⁷ che predisponesse le misure di sostegno del piano di rientro; gli oneri eventuali venivano posti a carico della quota parte del FSN destinata al perseguimento degli obiettivi del PSN²⁹⁸.

A chiusura dello strumento, veniva previsto, in caso di inerzia regionale protrattasi oltre trenta giorni dall’avviso da parte dello Stato, l’intervento sostitutivo dello Stato in adozione e/o attuazione²⁹⁹ del piano di rientro: dopo la diffida formale del Consiglio dei ministri (a cui provvedere entro trenta giorni), il Consiglio stesso nomina il commissario *ad acta* per l’attuazione del piano, il quale può essere il Presidente della regione stesso.

²⁹⁴ Per una ricostruzione più approfondita dell’istituto cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit.; BELLENTANI M., BUGLIARI A. L., *La logica dei “piani di rientro” e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in BALDUZZI R., CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 391 ss.

²⁹⁵ Introduttivo dell’art. 19-ter D.Lgs. 502/1992, *“Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell’efficienza del Servizio sanitario nazionale”*.

²⁹⁶ L’attuazione di questa disciplina è stata poi effettuata, con notevole ritardo, con l’art. 1 co. 180 della l. n. 311/2004 (Finanziaria 2005). Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 156.

²⁹⁷ Sulla base di uno schema tipo concertato tra Ministero stesso e Conferenza Stato-Regioni.

²⁹⁸ Contenuto della convenzione doveva essere, anzitutto, la disciplina delle modalità per l’erogazione dei finanziamenti per l’attuazione del piano, modulata a seconda degli stati di avanzamento; oltre a ciò, doveva prevedere adeguate forme di monitoraggio dell’attuazione del piano, individuando penalità per il mancato perseguimento degli obiettivi intermedi

²⁹⁹ Quest’ultima ipotesi prevista a partire dalla modifica operata con art. 2 co. 79 l. 131/2009.

Il contenuto minimo del piano di rientro è in sostanza diviso in tre parti: la prima deve contenere la valutazione analitica delle cause strutturali del disavanzo; la seconda vede invece la formulazione di proposte per correggere tali scostamenti; la terza, eventuale, concerne l'eventuale riformulazione del programma regionale di edilizia sanitaria³⁰⁰.

Il piano di rientro consiste, dunque, in un programma a termine (di norma di durata triennale) di azioni diffuse nell'assetto sanitario regionale; viene concertato tra Stato e regione interessata, e nasceva come strumento idoneo a far fronte al disavanzo corrente e a predisporre strumenti per evitare il riformarsi di deficit nelle annualità successive; avrebbe dovuto, contestualmente, migliorare la qualità dell'offerta dei servizi nella regione stessa, in un circolo virtuoso composto da sostenibilità finanziaria ed efficienza erogativa.

La disciplina dei piani di rientro si innestava, inoltre, all'interno delle misure che miravano al riequilibrio del profilo erogativo dei LEA desumibili dal PSN – e dal D.P.C.M. del 2001 – anche se la sua formulazione originaria sembrava privilegiare il rispetto dei vincoli di bilancio, in ossequio all'impostazione per cui la sostenibilità del comparto costituiva un obiettivo fondamentale del SSN stesso³⁰¹.

La disciplina dei Piani di rientro ha subito poi un'ulteriore modifica prima con D.L. 31 maggio 2010, n. 78 – che ha previsto³⁰² la possibilità per le Regioni di chiedere la prosecuzione del piano per una durata non superiore al triennio, ai

³⁰⁰ Cfr. CUCCURULLO C., LEGA F., FERRÉ F., *I piani di rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa*, in *Rapporto Oasi 2010. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano 2010, pp. 235 ss.; CARPANI G., *I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei LEA*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012, pp. 25 ss.

³⁰¹ CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., pp. 25 e 27 s.; MASSICCI F., *Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro*, in *Monitor*, 2008, n. 22, p. 21, che ne sottolinea la grande differenza con il precedente meccanismo di ripiano a carico del fondo sanitario nazionale dei disavanzi, considerati ora come un sintomo di una cattiva organizzazione del SSR, a tutto tondo o in alcuni suoi aspetti specifici

³⁰² Art. 11 D.L. 78/2010.

fini del completamento del piano stesso – nonché poi con la legge finanziaria del 2010³⁰³, che ha introdotto rilevanti modifiche anche in materia di commissariamento delle Regioni in ambito sanitario³⁰⁴.

Anzitutto, venivano resi più stringenti gli obblighi attuativi per la regione, tenuta ad astenersi dall'adottare atti in suo contrasto e a rimuovere quelli già presenti³⁰⁵; veniva rafforzato poi il legame tra accesso alle risorse e attuazione del piano, vincolando ad essa – oltre alle già previste risorse integrative provenienti dallo Stato – anche l'erogazione postuma delle entrate finanziarie non erogate per le inadempienze pregresse³⁰⁶.

Questa previsione si muoveva di pari passo con i provvedimenti penalizzanti verso le Regioni inadempienti: veniva previsto che venissero incrementate ai livelli massimi le aliquote fiscali; queste potevano ulteriormente aumentare anche oltre i livelli massimi in caso di mancato rispetto degli obiettivi di rientro, nella misura dell'integrale copertura di questi ultimi; veniva altresì previsto anche il blocco automatico del turn over del personale del SSR per due anni e il divieto di effettuare spese non obbligatorie³⁰⁷.

Ulteriori modifiche venivano apportate alla procedura di commissariamento: alla nomina del commissario veniva collegata contestualmente la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e la decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR e dell'assessorato regionale

³⁰³ Art. 2 commi da 76 a 91, l. 23 dicembre 2009, n. 191. Decisive per l'introduzione delle modifiche sono state in verità anche le pressioni dell'UE affinché l'Italia rispettasse i nuovi parametri di bilancio in materia socio-sanitaria.

³⁰⁴ CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., p. 29. Le misure sono state prima concertate in Conferenza Stato-Regioni, da cui l'intesa del 3 dicembre 2009, rep. N. 243/CSR.

³⁰⁵ Art. 2 co. 80 l. 191/2009.

³⁰⁶ Art. 2 co. 82 l. 191/2009. Cfr. CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., p. 30.

³⁰⁷ Si configurava dunque la tendenza a punire il mancato rispetto degli obblighi con misure che incidessero direttamente sulla popolazione, di fatto forzando la responsabilizzazione degli amministratori regionali nei confronti dell'elettorato, cfr. CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., p. 31; JORIO E., *Un patto per la salute (e la finanziaria 2010) non propriamente compatibile con l'esordio del federalismo fiscale*, in *Federalismi.it*, 1/2010, p. 4.

competente; veniva prevista poi una ulteriore maggiorazione delle aliquote IRAP e dell'addizionale IRPEF³⁰⁸.

Per le Regioni già sottoposte a piano di rientro e commissariate, la legge finanziaria del 2010 ha previsto infine il mantenimento dell'assetto previgente della gestione commissariale, con possibilità di presentare un nuovo piano di rientro secondo le nuove normative.

Dopo le modifiche del 2010 non si sono registrate significative modifiche nella disciplina dei piani di rientro; questo permette di riepilogare sinteticamente i bilanci che dell'istituto ha prodotto in questo decennio abbondante la dottrina costituzionalistica, non solo rispetto alla loro efficienza ma anche rispetto al loro inquadramento costituzionale e alla loro compatibilità con l'assicurazione dell'erogazione dei LEA.

Il piano di rientro era considerato, nell'intenzione iniziale del legislatore, uno strumento di natura eccezionale e doveva essere orientato a risolvere situazioni patologiche rilanciando in maniera strutturale il singolo sistema sanitario regionale: si trattava, dunque, di uno strumento emergenziale che permettesse di colmare i vuoti legislativi in materia di indebitamento dei sistemi sanitari regionali, che assieme alla debolezza dei controlli – dei collegi sindacali, da un lato, e del sistema di controllo e verifica a livello ministeriale e regionale dall'altro – e alle previsioni del nuovo Titolo V avevano prodotto l'esplosione dei disavanzi correnti dei SSR³⁰⁹.

³⁰⁸ Cfr. CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., pp. 32 ss.

³⁰⁹ Di questo parere JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, in BALDUZZI R., *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, cit., pp. 185 ss., che sottolinea come spesso i disavanzi siano emersi a seguito delle autodenuce delle stesse Regioni, una volta raggiunta l'insopportabilità della loro capitalizzazione in negativo; dimostrazione, a dire dell'autore, dell'inefficacia dei controlli contabili predisposti.

Già nel 2010³¹⁰, però, si registrava l'operatività di "piani operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento" per ben otto Regioni, alcuni dei quali rinnovati oltre il periodo *standard* di tre anni. Ciò ha portato qualcuno a sostenere che siano divenuti nei fatti degli strumenti stabili, fallendo peraltro nella loro *mission* principale di riordinare i sistemi regionali e uniformare, di conseguenza, l'offerta dei LEA a livello nazionale: rispetto agli effetti reali, infatti, i piani di rientro parrebbero aver acuito le differenziazioni assistenziali delle diverse Regioni, lasciando le Regioni interessate prive di capacità di spesa e di offerta dei livelli essenziali³¹¹.

Il piano di rientro sarebbe divenuto, insomma, una soluzione molto blanda e apparente, esclusivamente funzionale alla riparazione³¹² di qualche guasto organizzativo causato da deficit organizzativi dei singoli SSR – in particolare la decisa deriva ospedale-centrica di alcuni di essi³¹³.

A questi risultati negativi avrebbe contribuito la loro natura "bicefala", emersa col tempo in sede di utilizzo: i piani di rientro sono stati infatti utilizzati tanto per intervenire a copertura del solo disavanzo corrente, con la possibilità di individuare le indispensabili modifiche strutturali, quanto per la finalità – spuria

³¹⁰ Un riepilogo sintetico dei Piani di rientro attivati dall'entrata in vigore dell'istituto. Attualmente sono sottoposte alla disciplina dei Piani di Rientro sette Regioni: Abruzzo (dal 6 marzo 2007); Calabria (dal 17 dicembre 2009); Campania (dal 13 marzo 2007); Lazio (dal 28 febbraio 2007); Molise (dal 27 marzo 2007); Puglia (dal 29 novembre 2010); Sicilia (dal 31 luglio 2007). Tra queste, le Regioni commissariate sono Calabria e Molise.

Le Regioni Liguria e Sardegna hanno concluso invece il loro Piano di rientro al termine del primo triennio di vigenza (2007-2009); la Regione Piemonte al termine del triennio 2013-2015.

³¹¹ JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., pp. 189 s.

³¹² Riparazione perlomeno coadiuvata da AGENAS, quale garante dell'introduzione di elementi progettuali innovatori sotto il profilo della razionalizzazione dei sistemi assistiti.

³¹³ JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., pp. 185 ss., che segnala come fosse questo il parere dello stesso Ministro dell'economia Tremonti, espresso negli approfondimenti tecnici della relazione al governo del 30 giugno 2010, nonché della stessa Corte dei conti.

rispetto alle premesse dell'istituto – di ripianare il debito pregresso, diventando dunque uno strumento di natura complessa³¹⁴.

Proseguendo nella critica, i piani di rientro presentavano anche dei limiti strutturali, anzitutto perché redatti al solo scopo di superare l'esame dei tavoli interministeriali; inoltre, si riscontrava la tendenza a predisporli con delle previsioni standardizzate, invece di essere incentrati sulle peculiarità del singolo SSR; infine, si registrava una tendenza a privilegiarvi le previsioni in materia di assistenza ospedaliera³¹⁵ – in linea con le misure generali di contenimento della spesa adottate a livello nazionale – sacrificando invece l'aspetto dell'assistenza territoriale e quella integrata e portando di conseguenza alla soppressione di punti ospedalieri senza che avvenisse realmente la loro sostituzione con servizi alternativi³¹⁶.

Tra le possibili soluzioni a queste problematiche, venivano indicate la quantificazione del debito pregresso del sistema sanitario aggregato, attraverso un percorso di calcolo *ad hoc* condotto da un'autorità pubblica di certificazione; inoltre, sarebbe stata opportuna la creazione di un'apposita agenzia che si rendesse garante della trasparenza, della convenienza e della correttezza dell'intero percorso di rientro dal disavanzo³¹⁷.

Altra discrasia tra finalità dell'istituto e prassi applicativa dei piani di rientro si è registrata sul piano del rapporto tra istanze finanziarie e rispetto dei LEA.

³¹⁴ Questo fallimento sarebbe stato indice della necessità di modifiche al sistema dei controlli – che ha tollerato per lungo tempo la dispersione di risorse miliardarie – e più in generale della struttura di base del SSN, imperniata su una gestione di tipo aziendalistico del tutto disattesa, cfr. JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., pp. 190 s.

³¹⁵ Si è data precedenza in particolare al rispetto dei limiti numerici previsti per il rapporto posti letto/residenti.

³¹⁶ JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., p. 192, che sottolinea come questo abbia contribuito, nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, alla disgregazione della rete di assistenza, incentivando le disuguaglianze e l'emigrazione sanitaria.

³¹⁷ JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., pp. 193 s.

È indubbio, infatti, che il piano di rientro è diventato di fatto lo strumento ordinario con cui garantire l'equilibrio economico-finanziario del SSR e l'effettiva erogazione dei LEA³¹⁸; l'obiettivo dei piani sarebbe in sostanza quello di scambiare le provvidenze erariali con efficaci interventi strutturali in grado di assicurare il risanamento delle situazioni presenti nelle Regioni in dissesto, puntando poi a rendere nel medio-lungo periodo la regione autonoma nel governare la propria sanità dopo l'emergenza³¹⁹.

Doveva trattarsi di uno strumento innovativo che mitigasse gli interventi sostitutivi puri avverso inadempienze regionali gravi in ambito sanitario³²⁰, puntando sui principi di sussidiarietà e di leale collaborazione; in questo senso si muovono alcune previsioni proprie dell'istituto, tra cui le risorse integrative messe a disposizione e la scelta dello stesso Presidente della Regione³²¹ - e non di un soggetto estraneo all'amministrazione regionale - come commissario *ad acta*³²².

Ciò non significa, peraltro, che lo strumento non preveda alcun controllo statale - assicurato in diverse fasi dall'intermediazione dei due ministeri dell'Economia e della Salute nell'adozione di alcuni provvedimenti, dalla verifica degli obiettivi intermedi, dal monitoraggio di un tavolo tecnico *ad hoc* per la verifica degli

³¹⁸ Contrariamente a quanto previsto nella disciplina previgente, nella finanziaria del 2005, in cui profili erogativi e finanziari erano discostati.

³¹⁹ CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., p. 39. Cfr. anche sul punto BARALDI G., *Audizione* presso la commissione igiene e sanità del Senato.

³²⁰ Cfr. BALDUZZI R., *Intervento* al seminario del 19 ottobre 2010, presso la Camera dei deputati, in merito all'attuazione della l. 42/2009.

³²¹ In direzione opposta si è mosso lo Stato nel caso della regione Calabria, che costituisce un caso peculiare. La sanità calabrese è commissariata dal 2010 (D.P.C.M. 30 luglio), quando commissario straordinario era stato nominato, per l'appunto, l'allora presidente Scopelliti; è seguito poi un valzer di commissari e sub-commissari, non sempre scelti all'interno dell'organigramma regionale; ad oggi il commissario è il Presidente della regione Occhiuto.

³²² Si ricordi però che, come precisato da C. cost., sent. 361/2010, l'intervento sostitutivo nella forma del commissario non può comprendere anche l'adozione di atti normativi abrogativi o sostitutivi della legislazione regionale, che può essere presa in via eccezionale solo direttamente dal Consiglio dei ministri. Cfr. CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., p. 40.

adempimenti e via discorrendo; ulteriore garanzia, poi, il fatto che i relativi finanziamenti siano erogati sulla base di stati di avanzamento del piano³²³.

Certamente tale strumento – soprattutto se portato avanti tramite commissariamento – assume confini spaziali incerti³²⁴, tanto che alcuni autori ne sottolineano la portata differenziatrice, in materia di governo della sanità, nelle Regioni ad esso sottoposte³²⁵.

Altri hanno sottolineato la scelta originale di affidare il ruolo di commissario allo stesso Presidente della regione interessata; la presenza di un commissario governativo esterno avrebbe garantito maggiormente l'assenza di condizionamenti e avrebbe permesso allo stesso di contare su una struttura tecnica qualificata quale quella ministeriale³²⁶.

Come anticipato, tra gli obiettivi dell'esistenza dell'istituto c'è la tensione verso il rispetto dei LEA – in linea con quanto previsto dall'art. 120 Cost.³²⁷: stando infatti agli obiettivi intrinseci dell'istituto, lo Stato sarebbe tenuto a verificare non solo il rientro economico effettivo dal disavanzo, ma anche che il SSR in esame abbia riacquisito la capacità ordinaria di erogare in condizione di efficienza e appropriatezza le prestazioni dei LEA.

Tuttavia, anche a fronte delle modifiche del 2005 che hanno cercato di rendere l'istituto più funzionale al progresso del SSR considerato, sembra che l'obiettivo

³²³ CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., pp. 40 s.

³²⁴ Essendo legato al perseguimento di un obiettivo e non all'adozione di specifici atti, cfr. DICKMANN R., *Il commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa? (nota a Corte cost., 14 gennaio 2010, n. 2, in federalismi.it, 3/2010, pp. 8 ss.*

³²⁵ Cfr. TUBERTINI C., *Gestioni commissariali e governo del sistema: i nodi irrisolti*, in DE VINCENTI C., FINOCCHI GHERSI R., TARDIOLA A. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, 2011, pp. 90 ss.

³²⁶ Cfr. DICKMANN R., *La Corte (si) chiarisce: i commissari ad acta non possono esercitare poteri sostitutivi in via normativa (nota a C. Cost. 17 dicembre 2010, n. 361), in federalismi.it, 2/2011, p. 4.*

³²⁷ La verifica del rispetto dei LEA in attuazione del piano è demandata a uno specifico comitato LEA, la cui esistenza è stata prevista dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (con relativo regolamento di funzionamento sancito dalla conferenza Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, rep. Atti n. 18/Csr.).

principale del piano resti il ripianamento del deficit, soprattutto quando si guarda al momento attuativo, rispetto al quale le finalità dello strumento paiono essere messe in secondo piano dalle necessità burocratiche³²⁸.

Questo appare chiaro quando si considera che l'istituto non può operare nella situazione – invero paradossale – in cui una Regione risulti inadempiente circa l'erogazione dei LEA, ma rispettosa viceversa dei vincoli di equilibrio finanziario; anche se, in verità, la finanziaria 2010³²⁹ ha previsto l'operatività dei piani di rientro per inadempimenti diversi dal mancato rispetto dell'obbligo dell'equilibrio di bilancio, ma solo in via facoltativa³³⁰.

Sul piano della cooperazione, si è fatto notare che la redazione dei piani di rientro è stata inizialmente concepita come accordo volontario tra Stato e Regione interessata³³¹, ma è diventata però per le Regioni con enormi buchi finanziari una condizione imprescindibile per accedere alle risorse statali; una condizione obbligata, insomma, a pena pure di commissariamento. Ciò è mitigato solo in parte dalle garanzie di cooperazione dettate dalle previsioni procedurali per la sua redazione³³².

I timori di una deriva economicistica dell'istituto sono stati avvertiti sin da subito anche dalle Regioni, per le quali lo strumento doveva essere occasione per il governo condiviso di situazioni critiche³³³, obiettivo tanto semplice da

³²⁸ Cfr. CUCCURULLO C., LEGA F., FERRÉ F., *I piani di rientro della spesa sanitaria*, cit., p. 229; CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., pp. 43 ss.

³²⁹ Art. 2 comma 92 l. 191/2009.

³³⁰ Pur incentivato dall'erogazione di risorse finanziarie, erogate immediatamente nella misura dell'80%, Art. 2 Co. 93 l. 191/2009. Cfr. CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., p. 45.

³³¹ Come previsto dall'art. 1 co. 796 lett. b) l. 296/2006.

³³² Cfr. BALDUZZI R., *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, cit., pp. 84 s.; CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., p. 46

³³³ Cfr. quanto detto dall'allora Presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani in AGENAS, *Un'occasione per la leale collaborazione. Intervista a Vasco Errani, presidente della Conferenza delle Regioni*, in *Monitor*, 22/2008, p. 11; MASSICCI F., *Audizione del 15 giugno 2010 presso la commissione igiene e sanità del Senato*.

raggiungere quanto più lo Stato riesce ad affiancarsi alla regione in difficoltà per corrispondere all'obbligo di servizio a favore degli utenti³³⁴.

Per questo era stata avanzata la richiesta che la disciplina dei piani di rientro venisse integrata con regole e procedure di verifica e controllo delle attività delle Regioni, soprattutto nelle sedi cooperative³³⁵; così dovrebbe essere anche per il raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute ex art. 9 D.Lgs. 56/2000, che deve essere ancorato alle misure da assumere in caso di scostamento tra il livello di assistenza essenziale e le prestazioni offerte dal SSR³³⁶.

Stando così le cose, il disequilibrio finanziario grave non può essere l'unico parametro – e forse nemmeno quello preponderante – che guidi la redazione del piano; si rischia, viceversa, che al rientro finanziario non corrisponda un effettivo rinforzo del SSR di riferimento³³⁷. In questo senso si sono mosse le Regioni³³⁸, nella logica assolutamente condivisibile che il Piano di rientro doveva diventare lo strumento con cui lo Stato potesse garantire l'equità, la qualità e l'efficienza complessiva del SSN, di concerto con la Regione, destinataria delle funzioni di attuazione del piano; con l'aggiunta, a giudizio di chi scrive, di alcuni correttivi procedurali specifici, come il partenariato di un'altra Regione maggiormente virtuosa e il commissariamento affidato a un soggetto esterno all'amministrazione regionale³³⁹.

³³⁴ CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., pp. 47 ss.

³³⁵ Attraverso un sistema di monitoraggio interistituzionale sulla erogazione effettiva dei LEA e la valutazione condivisa del rispetto degli adempimenti reciproci dei patti per la salute.

³³⁶ CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., pp. 49 s.; BELLETTI M., *Poteri statali di garanzia e decisione ultima. Commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in *Le Regioni*, 2-3/2011, p. 521, che sottolinea come siano proprio i poteri sostitutivi a fungere da garanzia di erogazione uniforme di date prestazioni ritenute essenziali, come elemento di garanzia di livelli irrinunciabili della dignità della persona

³³⁷ CARPANI G., *I piani di rientro*, cit., p. 51.

³³⁸ Tramite intesa del 3 dicembre 2009, i cui tratti fondamentali sono stati ripresi nel PSN 2011-2013.

³³⁹ Come suggerito anche da BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 157.

Al netto di queste considerazioni critiche, i piani di rientro come configurati dal 2010 sembrano aver consolidato la propria operatività – come dimostrato anche dai dati forniti *supra* in merito ai piani di rientro predisposti ad oggi: molte Regioni hanno fatto ricorso all’istituto ed alcune di esse sono uscite positivamente dai piani stessi in linea – o quasi – con le tempistiche previste; molte altre, tuttavia, vi hanno aderito ma non sono riuscite a distanza di molti anni a rientrare nel regime ordinario.

Questo ha offerto la sponda alle voci critiche verso l’attuale impostazione dell’istituto per sottolinearne l’inefficacia e la trasformazione strutturale, da strumento emergenziale a misura di osservazione permanente delle Regioni in deficit strutturale nel comparto sanitario. Queste critiche non hanno però portato a una revisione della legislazione in materia, la cui struttura è stata peraltro dichiarata esente da censure costituzionali, tanto rispetto alla suddivisione di competenze, quanto rispetto all’art. 118 Cost³⁴⁰.

10.2. Il federalismo fiscale in materia sanitaria

L’intero settore sanitario è stato, altresì, interessato, a partire dal 2009, dalle norme che hanno cercato di attuare il nuovo art. 119 Cost. e le altre disposizioni del nuovo Titolo V rilevanti in materia di autonomia finanziaria di Regioni ed enti locali (c.d. federalismo fiscale). La riforma delle modalità di finanziamento delle autonomie locali, iniziata con la legge delega n. 42 del 2009³⁴¹, ha cercato di coniugare coordinamento della finanza pubblica, sistema tributario e assetto delle competenze tra livelli di governo, attraverso la previsione di una serie di deleghe al governo per l’attuazione dei vari istituti (fondo perequativo,

³⁴⁰ Cfr. C. Cost., sent. 303/2003, che ha giustificato la compressione dell’autonomia in ragione della funzione di garanzia dell’erogazione dei LEA svolta dall’istituto – pur nei limiti della ragionevolezza, rappresentati dalla proporzionalità e appropriatezza dell’intervento.

³⁴¹ “Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell’articolo 119 della Costituzione”.

finanziamento dei LEP, autonomia tributaria delle Regioni e via discorrendo) previsti dal Titolo V e rimasti ancora sulla carta a quasi un decennio dalla riforma costituzionale³⁴².

Al netto di alcuni profili problematici che sono stati fatti notare in merito alla compatibilità tra la Riforma del Titolo V e la legge sul n. 42³⁴³, la legge sul federalismo fiscale conteneva anche una delega al governo per disciplinare – unico tra i settori interessati dall'autonomia finanziaria regionale³⁴⁴ – la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario³⁴⁵, esercitata con l'approvazione del D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68³⁴⁶.

Giova anticipare che nel settore sanitario il superamento del criterio della spesa storica era già avvenuto da tempo, sostituito dal finanziamento con quota capitaria; il decreto 68/2011 (in particolare il capo IV, dedicato alla determinazione del fabbisogno *standard* nazionale e regionali e alle altre norme finanziarie in materia sanitaria) non ha fatto altro che muoversi in continuità con

³⁴² Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 162; PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 101.

³⁴³ Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 163, che sottolinea come il problema principale riguardi l'art. 8 co. 2 lett g) della legge 42/2009, secondo cui le aliquote dei tributi e delle compartecipazioni destinati al finanziamento delle spese riconducibili al vincolo dei livelli essenziali devono essere determinate "al livello minimo assoluto sufficiente ad assicurare il pieno finanziamento del fabbisogno corrispondente ai LEA"; il richiamo al livello minimo, in riferimento ai LEA, appare per l'autore incompatibile con la natura stessa dei livelli essenziali. *Contra* invece CARAVITA DI TORITTO B., *Salute e federalismo fiscale*, cit., p. 75, che ha visto nell'ancoraggio a livelli essenziali un passaggio importante per arrivare al loro finanziamento integrale, con le risorse proprie delle Regioni o con la perequazione; di fatto, questa previsione avrebbe bloccato qualsiasi velleità di "federalizzazione" della spesa sanitaria.

Occorre comunque anticipare che, in sede di esercizio della delega, la disposizione è stata reinterpreta in modo da essere coniugabile con l'erogazione dei LEA.

³⁴⁴ Pesa su questo la peculiarità del tema sanitario in Italia, che ha portato a sperimentare nel settore innovazioni anticipatrici di *trend* poi estesi a livello generale ad altri ambiti, cfr. PEZZINI B., *Polisemia del fabbisogno sanitario. Prime osservazioni sull'impostazione del D.Lgs. 68/2011*, in BALDUZZI R., *la sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, cit., pp. 212 ss.

³⁴⁵ A questo ambito è stata unificata nella delega anche la disciplina dell'autonomia di entrata delle Regioni; scelta non casuale, dato che le due questioni sono direttamente collegate, se non altro per il fatto che la sanità costituisce la più cospicua e preponderante fonte di spesa delle Regioni. Cfr. POLITI F., *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità: prime valutazioni*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, cit., p. 234.

³⁴⁶ JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., pp. 185 ss.

politiche consolidate nel settore³⁴⁷, realizzandone solo una moderata riforma. In particolare, lo sforzo del legislatore è stato di rendere operativi nel contesto normativo alcuni concetti di gestione finanziaria, come costi e fabbisogni *standard*, previsti dalla l. 42/2009 per superare i precedenti modelli di finanziamento delle autonomie³⁴⁸.

Esemplificativo in tal senso è l'art. 25, che ha introdotto nell'ordinamento il concetto di fabbisogno sanitario nazionale *standard*, definito come "l'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e appropriatezza"; la sua determinazione è stata disciplinata nell'art. 26 D.Lgs. 68/2011, secondo un procedimento graduale in cui a una fase transitoria³⁴⁹ seguiva una fase a regime in cui il fabbisogno *standard* veniva determinato tramite intesa "coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza"³⁵⁰.

Dalla lettura di questa disposizione si deduce che il fabbisogno costituiva il nuovo riferimento cui rapportare progressivamente il finanziamento integrale della spesa sanitaria; con la differenza, tuttavia, che rispetto ad altri settori deve sussistere una coincidenza tra spesa da finanziare integralmente – anche utilizzando il fondo perequativo – e fabbisogno *standard* nazionale³⁵¹.

³⁴⁷ Cfr. BALDUZZI R., *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?* in AA.VV., *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, 2011, p. 71; PISAURO G., *I fabbisogni standard nel settore sanitario. Commento allo schema di decreto legislativo*, in www.nens.it, ottobre 2010, p. 4.

³⁴⁸ PEZZINI B., *Polisemia del fabbisogno sanitario*, cit., p. 214; POLITI F., *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità*, cit., pp. 235 s.

³⁴⁹ Valido per il periodo 2011-2012; in quel periodo il fabbisogno nazionale *standard* è corrisposto al livello di finanziamento previsto nell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre e successiva attuazione con l. 23 dicembre 2009.

³⁵⁰ Art. 25 co. 1 D.Lgs. 68/2011, che effettua anche un richiamo al "quadro macroeconomico complessivo" e ai "vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria"; la determinazione del fabbisogno *standard* avviene nel concreto attraverso un procedimento matematico in cui il fattore popolazione ponderata viene moltiplicato per la quantità di prestazioni pro capite *standard* e poi moltiplicato ancora per il costo *standard* delle diverse prestazioni. Cfr. JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., pp. 202 s.; POLITI F., *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità*, cit., pp. 236 s.

³⁵¹ PEZZINI B., *Polisemia del fabbisogno sanitario*, cit., pp. 217 ss.

Anche i LEA assumono in questo contesto una funzione importante, di duplice natura: da un lato, fungono da elementi di determinazione del contenuto essenziale del diritto alla salute; dall'altro, offrono una garanzia decisa della compatibilità finanziaria, aspetto – come già sottolineato quando si è parlato di piani di rientro – maggiormente preso in considerazione dalla l. 42/2009³⁵². Si conferma, dunque, una tendenza strutturale già vista per la normativa precedente in materia di finanza sanitaria, per cui le esigenze di sostenibilità finanziaria – interesse costituzionalmente protetto – vengono anteposte alla soddisfazione integrale del contenuto essenziale dell'art. 32 Cost.³⁵³

Altro elemento d'interesse è lo spazio conferito – invero non solo in questa disposizione – alle procedure cooperative: sintomo, da un lato, che i meccanismi di concertazione sono ormai stati introiettati nelle dinamiche di determinazione delle politiche programmatiche in materia sanitaria; indice, dall'altro, che il legislatore abbia voluto mitigare l'operatività dei “freddi numeri” – come sono necessariamente quelli che rappresentano un fabbisogno “standard” – con le dinamiche concertative esistenti in sede di Conferenza tra lo Stato e le Regioni³⁵⁴, connotando politicamente la determinazione del fabbisogno *standard* nazionale³⁵⁵.

³⁵² Cfr. RIVOSECCHI G., *La determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali: un elemento di incertezza nella via italiana al federalismo fiscale*, in *federalismi.it*, 8/2011, p. 11.

³⁵³ Cfr. sul punto PEZZINI B., *Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute*, in PEZZINI B., GALLO C.E. (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, p. 28; ID., *Diritto alla salute e diritto all'assistenza*, cit., p. 109; POLITI F., *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità*, cit., pp. 239 s.

³⁵⁴ Ne deriverebbe dunque una distinzione tra fabbisogno reale, determinato dai LEA e di derivazione matematica, e fabbisogno *standard*, fissato tramite intesa con contaminazioni politiche. Su questo punto cfr. POLITI F., *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità*, cit., pp. 237 s., che sottolinea il rischio che l'individuazione del fabbisogno sanitario possa trasformarsi in una fissazione a tavolino a seguito di una trattativa, con le Regioni pronte a chiedere sempre maggiori risorse e lo Stato fermo nel restringerne la disponibilità.

³⁵⁵ E, viceversa, deresponsabilizzando i singoli governi regionali, cfr. POLITI F., *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità*, cit., p. 244.

Segue poi l'articolo 27, dedicato ai fabbisogni *standard* regionali. Si tratta di una disposizione più volte modificata con norme-provvedimento riferite alle singole annualità³⁵⁶, anche se l'architettura dell'articolo non è stata intaccata.

Anche la determinazione dei fabbisogni e dei costi regionali avviene tramite intesa³⁵⁷ in Conferenza Stato-Regioni, sulla base di una suddivisione fissa delle macroaree dei servizi erogativi³⁵⁸ e attraverso un meccanismo che prevede la parametrizzazione ad alcune Regioni di riferimento³⁵⁹.

Segue poi l'art. 28, dedicato agli interventi speciali – rientranti tra quelli previsti nell'art. 119 co. 5 Cost. – finalizzati a rimuovere le carenze di strutture e di tecnologie nel comparto sanitario di alcune aree territoriali, tanto da incidere positivamente sui costi delle prestazioni³⁶⁰.

Da quanto esposto si nota come la riforma sul federalismo fiscale abbia predisposto un meccanismo di finanziamento della sanità che non si discostava particolarmente da quello in vigore, se non per l'introduzione di un nuovo fattore di calcolo – il costo *standard* – fondato sul presupposto di una gestione della spesa più oculata da parte delle Regioni³⁶¹; introduzione, invero, mitigata dalla decisione di affidare alle sedi cooperative il raggiungimento delle determinazioni

³⁵⁶ Ad esempio, per il 2021 e nel 2022 sono state previste delle disposizioni-ponte che determinavano in maniera semplificata i fabbisogni *standard* regionali in considerazione dell'emergenza pandemica.

³⁵⁷ Intesa debole, come prevede il comma 1 *bis* che predispone un articolato procedimento di adozione di un riparto provvisorio nelle more del raggiungimento di un accordo in Conferenza.

³⁵⁸ Nello specifico, i livelli percentuali di finanziamento sono: 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro; 51% per l'assistenza distrettuale; 44% per l'assistenza ospedaliera.

³⁵⁹ Da individuare nelle tre Regioni scelte dalla Conferenza tra cinque indicate dal Ministero della salute come le migliori a garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di equilibrio economico, non soggette a piano di rientro, art. 27 commi 4 e 5 D.Lgs. 68/2011. Cfr. JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., p. 201; PEZZINI B., *Polisemia del fabbisogno sanitario*, cit., pp. 220 ss.; POLITI F., *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità: prime valutazioni*, cit., pp. 241 s.

³⁶⁰ JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., pp. 203 ss.

³⁶¹ JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., p. 205.

su costi e fabbisogni, in un'ottica di politicizzazione delle decisioni in materia di finanza sanitaria.

Il meccanismo di finanziamento della sanità, dunque, si configura come un sistema decentrato a due stadi: lo Stato finanzia le Regioni, alimentando il FSN con tributi specificamente assegnati – tramite decisione concordata unitariamente nelle sedi cooperative – senza vincolo di destinazione; questo finanziamento è destinato a coprire principalmente i livelli essenziali di assistenza; le Regioni, sulla base di questo finanziamento, provvedono a finanziare a loro volta le ASL³⁶².

Questo meccanismo doveva essere completato dall'operatività del fondo perequativo. In dottrina si è segnalato³⁶³, invece, come il D.Lgs. 68/2011 presenti

³⁶² Il finanziamento tramite la fiscalità generale costituisce il primo pilastro della copertura della spesa sanitaria; esso va a coprire la c.d. *spesa inframarginale* relativa al finanziamento dei livelli essenziali; si distingue da essa, invece, la spesa marginale, volta a coprire le prestazioni extra LEA, che in Italia viene finanziata su scelta della regione con le imposte regionali e i ticket sanitari, ma potrebbe essere, come in molti paesi europei, finanziata anche dalle assicurazioni integrative, regionali e obbligatorie (secondo pilastro); un terzo pilastro riguarda invece la spesa privata, eventualmente sostenuta da assicurazioni private.

Questi tre pilastri si riscontrano in quasi tutti i paesi europei, con alcune differenze. In Italia l'ampiezza del primo pilastro, dovuto al carattere di onnicomprensività dei LEA, ha limitato fortemente lo sviluppo del secondo, impedendo di fatto l'affermazione di strumenti quali i fondi sanitari pubblici e aziendali (c.d. fondi DOC³⁶²), peraltro previsti dalle riforme degli anni 90; nemmeno l'1% della spesa sanitaria complessiva italiana viene infatti coperta da questi strumenti, mentre corrisponde al 12,8% in Francia e al 10% in Germania.

Questa carenza ha favorito invece la crescita del terzo pilastro: l'Italia è infatti uno dei paesi UE in cui la spesa privata è cresciuta più di quella pubblica; questo a causa, soprattutto, del fenomeno dell'allungamento delle liste di attesa presso le strutture pubbliche, che ha spinto in molte Regioni numerosi utenti fuori dal SSN verso il privato. Ne è così nato un paradosso: il SSN italiano, dichiaratamente pubblico e con integrazione delle strutture, in realtà ha una spesa sanitaria pubblica che non arriva all'80% della spesa complessiva, mentre nel Regno Unito, in cui vi è un efficiente sistema di quasi mercato puro, è quasi l'87% (Dati 2008). Cfr. MURARO G., REBBA V., *Il finanziamento della sanità nei paesi dell'OCSE: struttura e dinamica*, in *Politiche sanitarie*, Roma, 3/2008, pp. 121 ss.; PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., pp. 101 ss. *Contra* rispetto alla necessità di ampliamento del pilastro "assicurativo" cfr. FIORENTINI G., *Sostenibilità finanziaria e politica nel Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 181 ss.

³⁶³ JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., p. 197.

una disciplina del sistema³⁶⁴ piuttosto scarna: ciò ha rischiato di inficiare tutto il sistema del federalismo fiscale e, in particolare, in ambito sanitario, ha costituito una lacuna rispetto alle istanze di redistribuzione equa e solidale delle risorse; lacuna alla quale poi si è dovuto far fronte in sede cooperativa ed attraverso numerosi provvedimenti amministrativi applicativi.

L'entrata a regime delle suddette norme, inizialmente fissata al 2013 e da ultimo posticipata al 2023³⁶⁵ (art. 31-*sexies* D.Lgs. 137/2020); la ripartizione della compartecipazione regionale dell'IVA per il finanziamento del fondo perequativo è ancora oggi basata sul criterio prevalente della spesa storica previsto dal D.Lgs. 56/2000.

10.3. La giurisprudenza costituzionale come chiave per una riconciliazione tra salute ed esigenze di bilancio

Tornando dunque al tema di apertura di questo paragrafo – l'influenza della sostenibilità finanziaria sull'organizzazione sanitaria – resta da indagare quale sia stata la posizione della Corte costituzionale rispetto alla inevitabile compressione del diritto alla salute che le scelte di politica economica hanno determinato nel tempo.

La Corte ha riconosciuto da tempo la necessità di conciliare il diritto alla salute con esigenze di bilancio, tanto da essere definito un "diritto finanziariamente

³⁶⁴ Sinteticamente, il sistema perequativo è diviso in una forma ordinaria, che garantisce la differenza tra gettito prodotto territorialmente e quanto necessario per erogare le prestazioni essenziali, valorizzato col costo *standard* differenziato per macroarea assistenziale, ed una c.d. infrastrutturale, che avrebbe dovuto assicurare gli investimenti necessari per rimuovere gli squilibri economici e sociali. Le due tipologie sono complementari, dovendo il secondo funzionare per ridurre lo squilibrio economico-sociale coperto dal primo. JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, cit., pp. 207 s.

³⁶⁵ E, presumibilmente, verrà ulteriormente prorogata.

condizionato”³⁶⁶; questa constatazione è però solo il risultato di una progressione giurisprudenziale che parte da lontano e che, soprattutto, è arrivata a specificare il concetto di “diritto condizionato” al punto da riconoscere alla tutela della salute alcuni margini di incomprimibilità³⁶⁷.

Il tema si è sovrapposto all’inizio con quello – già ampiamente trattato – della dicotomia tra natura programmatica, tendenzialmente condizionata dalle dinamiche economiche, e precettiva, dunque generalmente incomprimibile, del diritto alla salute³⁶⁸; dicotomia, lo si è visto *supra*, parzialmente superata dalla dottrina e dalla giurisprudenza grazie a una rilettura dell’art. 32 Cost. in chiave complessa ed unitaria³⁶⁹.

Successivamente, nella giurisprudenza costituzionale si è sviluppato sempre più il filone che riconosce la necessità di tenere in considerazione i vincoli imposti dal fattore economico al momento della decisione sui trattamenti da garantire o sui requisiti cui subordinare l’accesso alle prestazioni sanitarie. Ciò è accaduto, in particolare, negli anni Novanta del secolo scorso, a seguito della crisi del debito pubblico che aveva stimolato una riduzione diffusa della spesa pubblica, cui è corrisposta in ambito sanitario a una contrazione nella garanzia delle prestazioni; già in quel periodo, tuttavia, si rinvenivano elementi di mitigazione, che

³⁶⁶ Cfr. MERUSI F., *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990, p. 30, cui si deve l’espressione. Cfr. anche ANTONINI L., *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria*, in *federalismi.it*, 22/2017, pp. 1 ss., che sottolinea come il diritto alla salute sia stato il diritto maggiormente decentrato tra quelli sociali, specialmente dopo la riforma del Titolo V; CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., pp. 42 ss.; D’ALOIA A., *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 6/2003, pp. 1063 ss., che lega il sorgere di questa problematica alla modifica del Titolo V e al contestuale impegno richiesto alle Regioni ai fini della garanzia dei LEA.

³⁶⁷ BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit. p. 83.

³⁶⁸ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 90, che ha ricondotto la giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute a tre ambiti: contenuto del diritto alla salute e sua natura programmatica o precettiva (1956 – 1999); diritto finanziariamente condizionato (1990 – in corso); autonomia e differenziazione in sanità (1978 – oggi).

³⁶⁹ Che ha riconosciuto, lo si ricorda, nel diritto a prestazioni sanitarie una fattispecie a tutela progressiva, permanentemente programmatica. Cfr.; BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit. p. 84; COCCONI M., *Il diritto alla tutela della salute*, cit., pp. 137 ss.; PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 31.

sottolineano come non debba essere il solo costo dei diritti a dover guidare il legislatore nella scelta delle proprie politiche sociali³⁷⁰.

Il filone ha avuto il suo inizio con la sentenza 455 del 1990: la Corte costituzionale era chiamata a pronunciarsi sulla legittimità di una norma della Provincia autonoma di Trento relativa alle prestazioni sanitarie per gli anziani non autosufficienti ricoverati³⁷¹ e, nel dichiarare non fondata la questione, ha chiarito il significato e la portata della norma costituzionale sul diritto alla salute, distinguendone, da un lato, la natura di diritto primario e fondamentale, azionabile *erga omnes*.

Nella sua accezione di diritto a trattamenti sanitari, viceversa, esso è soggetto ad attuazione legislativa, configurandosi dunque come disposizione programmatica³⁷²; in questi termini, non può considerarsi assoluta, ma è condizionata all'attuazione da parte del legislatore, in bilanciamento con altri interessi costituzionali, tra cui vi sono senza dubbio i limiti finanziari e organizzativi cui deve far fronte il legislatore³⁷³.

L'impostazione inaugurata da questa sentenza ha trovato larga eco nella giurisprudenza successiva³⁷⁴; già negli anni Novanta del secolo scorso, però, si faceva strada l'idea che le motivazioni economiche non potessero essere le uniche ad orientare il legislatore, essendo viceversa necessaria una graduale attuazione del diritto alla salute; il sacrificio totale di questa spinta programmatica in nome

³⁷⁰ BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit. p. 85.

³⁷¹ La disposizione impugnata, nel prevedere che i costi per tali prestazioni fossero a carico delle USL, stabiliva che la Giunta fissasse i limiti riferibili al numero delle persone assistibili, con relativo costo pro-capite. Questa previsione, nel prevedere *ex lege* dei tetti di spesa, avrebbe configurato una violazione del diritto alla salute e una lesione del principio di uguaglianza, dato che discriminava la categoria degli anziani non autosufficienti delle case di riposo rispetto agli anziani che beneficiavano di altre forme di assistenza.

³⁷² C. cost., sent. 455/90, par. 3 del *Considerato in diritto*.

³⁷³ BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 91 s.

³⁷⁴ Ne è un esempio la sentenza n. 248 del 2011, in cui la Corte, nel par. 6.1 del *Considerato in diritto*, richiamando la precedente sentenza 111 del 2005, ha utilizzato per la prima volta la locuzione "finanziariamente condizionato" in riferimento alla garanzia di prestazioni sanitarie. Cfr. MORANA D., *La salute come diritto costituzionale: lezioni*, cit., p. 85.

di esigenze finanziarie poteva, dunque, essere oggetto del sindacato costituzionale in termini di ragionevolezza³⁷⁵.

Questo spiraglio aperto dalla Corte ha permesso così gradualmente di individuare altri fattori e limiti che incidono sullo spazio di discrezionalità spettante al legislatore, nella decisione sulle prestazioni da garantire per la realizzazione del diritto costituzionale alla salute³⁷⁶. Il primo passaggio in tal senso è giunto con la sentenza n. 304 del 1994³⁷⁷: la Corte, nel rigettare le questioni, ha confermato la lettura programmatica e finanziariamente condizionata del diritto alla salute³⁷⁸; ha, contestualmente, mosso un passo in avanti, specificando che il vincolo imposto dal rispetto dell'equilibrio finanziario non poteva essere considerato assoluto; se da questo derivasse, infatti, la compressione del nucleo essenziale del diritto – in relazione all'inviolabile dignità della persona umana – ci si troverebbe di fronte da un esercizio irragionevole della discrezionalità legislativa³⁷⁹.

³⁷⁵ Sent. 455/1990, punto 3 del *Considerato in diritto*, in cui la Corte ha anche chiarito qual è la propria posizione in merito al più generale tema del sindacato sulla discrezionalità legislativa, cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 91; CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., pp. 86 ss.; MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 77; LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 31, che sottolinea come la Corte debba evitare a tutti i costi di invadere l'ambito di discrezionalità, effettuando il bilanciamento in autonomia.

³⁷⁶ La Corte si è così spostata nella propria valutazione dal principio di gradualità – all'epoca preponderante come criterio di valutazione delle decisioni legislative relative ai diritti sociali – al giudizio di ragionevolezza vero e proprio. Cfr. CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., p. 89.

³⁷⁷ La questione riguardava un giudizio relativo alla rimborsabilità delle spese sostenute per la cura di una persona affetta da una grave patologia invalidante presso un centro non convenzionato; il dubbio di costituzionalità riguardava quella parte della norma in cui veniva esclusa la possibilità di rimborso per le prestazioni di riabilitazione, limitando il ricorso a strutture esterne al servizio sanitario per cure mediche e chirurgiche. Cfr. MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., p. 87.

³⁷⁸ C. Cost., sent. 304/1994, punto 3 del *Considerato in diritto*.

³⁷⁹ Sent. 304/1994 cit., punto 5 del *Considerato in diritto*. Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 94; LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., pp. 29 s.

In questa ottica, il giudizio di ragionevolezza diveniva dunque lo strumento d'elezione per il sindacato della Corte sullo spazio decisionale del legislatore, quale garanzia per la tutela non solo del diritto alla salute, ma per qualunque diritto costituzionale dai profili programmatici³⁸⁰.

Un ulteriore contributo è arrivato poi con la sentenza 309 del 1999, in tema di rimborsabilità delle spese sanitarie sostenute all'estero³⁸¹: nell'accogliere la questione di legittimità, la Consulta ha sottolineato anzitutto che il riconoscimento costituzionale di un diritto alle cure gratuite per gli indigenti rappresentava un diritto fondamentale che non poteva subire limitazioni per motivi strettamente territoriali³⁸².

Emergeva da questa decisione, inoltre, il principio per cui i vincoli economici potessero passare in secondo piano rispetto ad altri valori costituzionalmente tutelati – quali, nel caso concreto, la condizione di indigenza e il diritto a viaggiare per motivi culturali; diversamente, ci si troverebbe di fronte alla compressione del nucleo irriducibile del diritto alla salute³⁸³. Emerge per la prima volta dunque, in questa sentenza, il superamento tra dimensione sociale e fondamentale del diritto alla salute, trattato finalmente in una prospettiva globale e olistica³⁸⁴.

³⁸⁰ Cfr. sul punto FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, cit., p. 530; COCCONI M., *Il diritto alla tutela della salute*, cit., pp. 97 e 104 ss.

³⁸¹ Tema che tocca il delicato profilo della transnazionalità del diritto alla salute. La questione verteva, in sostanza, sull'assenza nella normativa di settore di disposizioni che garantissero l'assistenza sanitaria per i cittadini che si trovavano all'estero per motivi diversi da quelli di studio o lavoro.

³⁸² Sent. 309/99 cit., par. 5 del *Considerato in diritto*.

³⁸³ Sent. 309/99 cit., par. 3 del *Considerato in diritto*, in cui per la prima volta la Corte riconosce una posizione soggettiva ricompresa nel nucleo duro del diritto alla salute. Cfr. la nota a sentenza di PRINCIPATO L., *Il diritto costituzionale alla salute: molteplici facoltà più o meno disponibili da parte del legislatore o differenti situazioni giuridiche soggettive?* in *Giurisprudenza costituzionale*, 4/1999, pp. 2508 ss.

³⁸⁴ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 97.

La Corte è proseguita poi lungo il percorso della definizione del nucleo duro³⁸⁵ del diritto alla salute con la sentenza n. 509 del 2000, in tema di rimborsabilità delle spese per prestazioni mediche presso strutture non convenzionate: accogliendo ancora una volta le censure del giudice *a quo*, la Consulta ne ha approfittato per ampliare ulteriormente la nozione di nucleo irriducibile, la cui salvaguardia impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela³⁸⁶.

La posizione della giurisprudenza è maturata ulteriormente nel secondo decennio del nuovo secolo, in corrispondenza dell'adozione di drastiche misure di contenimento della spesa sanitaria a causa della crisi economica; in particolare, interessante è la pronuncia del 2016 (n. 203) che ha statuito sulle disposizioni del legislatore per ridurre la spesa complessiva, al fine di colmare il disavanzo nel bilancio sanitario le Regioni sottoposte ai piani di rientro.

Il giudice costituzionale ha rigettato la questione, ma ciò che interessa è la ricostruzione fatta dalla Corte del percorso interpretativo, sviluppato nell'arco di oltre un ventennio sul tema, che individua nelle risorse finanziarie uno dei limiti di cui il legislatore deve tener conto, fatto salvo il rispetto del nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione, che costituisce un limite inviolabile legato al rispetto della dignità umana³⁸⁷.

³⁸⁵ Il quale, è bene precisarlo, si distingue dalle prestazioni garantite nei LEA, anche se spesso i due concetti convergono se si guarda alle singole prestazioni sanitarie. Cfr. MOLASCHI V., *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in FERRARA R. (a cura di), *Salute e sanità*, cit., p. 497.

³⁸⁶ C. cost., sent. 509/2000 cit., par. 4 del *Considerato in diritto*. Nel caso di specie, la lesione del diritto consisteva nella mancata previsione di una deroga che permettesse, in caso di particolari circostanze, di superare il requisito autorizzatorio per l'accesso alle forme di assistenza sanitaria indiretta. Cfr. BUSATTA L., *Diritto alla salute e principio d'uguaglianza: può un'eccezione fare la differenza?* in BONINI S., BUSATTA L., MARCHI I. (a cura di), *L'eccezione nel diritto. Atti della giornata di studio dell'associazione Alumni SGCE*, Napoli, 2015, pp. 169 ss.; LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 31.

La Corte costituzionale riprenderà il concetto anche nelle successive sentenze n. 252/2001 e n. 354/2008.

³⁸⁷ Cfr. sent. Corte cost. 203/2016, punto 8 del *Considerato in diritto*. Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 86.

Da ciò discende che il legislatore, nel disporre il livello di garanzia delle prestazioni, debba fare necessariamente i conti con alcuni fattori imposti dalla Carta costituzionale, tra i quali rileva anche il limite finanziario, senza che questo diventi predominante³⁸⁸.

Un ulteriore passaggio giurisprudenziale è stato fatto in tempi relativamente recenti in riferimento al rapporto tra garanzia dei LEA – rideterminati con D.P.C.M. 12 gennaio 2017³⁸⁹ – e finanziamento della spesa sanitaria. Il giudice delle leggi si è pronunciato in particolare sulla riduzione del finanziamento del SSN stabilito d’urgenza dal legislatore³⁹⁰: in riferimento alla necessità di garantire i LEA, con la sentenza 169/2017, la Corte ha evidenziato che, pur permanendo la discrezionalità del legislatore nel determinare in termini di ragionevolezza i LEA, una volta che essi sono determinati non è possibile limitarne concretamente l’erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica; così facendo, infatti, si creerebbero diffuse situazioni prive di tutela, in quanto l’effettività del diritto ad ottenere determinate prestazioni indefettibili non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto³⁹¹.

Questo principio sconta purtroppo alcune problematiche applicative; ciò è dovuto, anzitutto, alla perdurante incompletezza nell’attuazione del federalismo fiscale, con particolare riguardo alla mancata determinazione dei LEA per mezzo dell’individuazione del rapporto tra fabbisogni e costi *standard*, come previsto

³⁸⁸ Cfr. PEZZINI B., *Soggetti, contenuto e responsabilità della scelta terapeutica nel Servizio sanitario*, in CHIEFFI L. (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico. Atti del convegno svoltosi sul Belvedere di San Leucio (Caserta) nei giorni 23 e 24 marzo 2021*, Torino, 2003, p. 53.

³⁸⁹ Cfr. BERGO M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2/2017, pp. 1 ss.; ATRIPALDI M., *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, cit., pp. 1 ss.

³⁹⁰ C. cost., sent. 169/2017, intervenuta su alcune disposizioni del D.L. 78/2015, convertito con modificazioni dalla l. 125/2015.

³⁹¹ Punto 9.3.2. del *Considerato in diritto*.

dall'art. 26 D.Lgs. 68/2011³⁹². Ciò non significa però che esso non possa dispiegare effetti diretti sulla tutela delle situazioni soggettive, dato che chiara è stata in questo ambito la prevalenza attribuita alla garanzia effettiva dei LEA rispetto ai condizionamenti derivanti dalla disponibilità di risorse finanziarie³⁹³.

Questo approccio della Corte ha acquisito importanza ed è stato precisato soprattutto in relazione al contenzioso costituzionale generatosi intorno alle misure normative adottate per far fronte alla particolare congiuntura economica dell'ultimo decennio³⁹⁴; questo perché le forti spinte della crisi economica e le conseguenti richieste di vincoli di spesa da parte dell'UE hanno portato a un generale ripensamento del livello di garanzia dei diritti sociali³⁹⁵.

Stando così le cose, è difficile negare che il costo dei diritti possa incidere a livello quantitativo sulle prestazioni garantite. Tuttavia, bisogna rilevare che il vincolo finanziario non può risultare assorbente: esso deve valere, perlomeno, per i trattamenti la cui garanzia è costituzionalmente imposta o necessaria, anzitutto perché costituiscono il nucleo irriducibile del diritto alla salute³⁹⁶; inoltre, la mancata prestazione di tali diritti porterebbe alla violazione derivata di altri diritti e principi costituzionali.

Sulla base della ricognizione appena effettuata, si evince anzitutto che il percorso di equilibrio tra istanze economico-finanziarie e tutela del diritto alla salute è lungi dal concludersi; si ritiene, viceversa, che questa tensione permarrà a tempo indeterminato, tanto quanto permarrà la necessità di rivoluzionare

³⁹² Punto 9.3.1. del *Considerato in diritto*.

³⁹³ BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 86 s.

³⁹⁴ Cfr. MORANA D., *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *Rivista AIC*, 4/2013, 1 ss.; POGGI A., *Crisi economica e crisi dei diritti sociali nell'Unione europea*, in *Rivista AIC*, 1/2017, pp. 1 ss.; SALAZAR C., *Crisi economica e diritti fondamentali – Relazione al XXVIII convegno annuale dell'AIC*, in *Rivista AIC*, 4/2013, pp. 1 ss.; SPADARO A., *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo "modello sociale europeo": più sobrio, solidale e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, 4/2011, pp. 1 ss.

³⁹⁵ BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 88.

³⁹⁶ Come peraltro sottolineato anche da giurisprudenza più risalente, cfr. C. cost., sent. 252/2001, punto 2 del *Considerato in diritto*; C. Cost., sent. 432 /2005, punto 5.1 del *Considerato in diritto*.

continuamente la materia sanitaria per adempiere alla natura perennemente programmatica del diritto alla salute³⁹⁷.

Ciò significa che, anche a fronte dell'individuazione di meccanismi di garanzia e del riconoscimento della necessaria simmetria tra impegno di spesa e tutela delle situazioni soggettive, il rischio di travolgere il contenuto del diritto alla salute nella sua parte irrinunciabile sarà sempre presente, laddove la scarsità delle risorse ponga drammaticamente in luce le difficoltà sottese alla garanzia dei diritti di prestazione.

In questa direzione, la Corte ha anche salvato normative che prevedevano riduzioni di fondi, arretramento delle tutele già accordate, ed altri interventi sempre più invasivi censurando solamente norme palesemente irragionevoli perché in evidente contrasto col principio di uguaglianza³⁹⁸.

Del resto, le decisioni su questioni di natura finanziaria sono sempre legate a difficoltà di giudizio intrinseche: è infatti evidente che le scelte politico-amministrative basate sulla disponibilità di risorse sono effettuate in una prospettiva *ex ante*, mentre il giudizio sulla loro ragionevolezza avviene necessariamente *ex post*; così, l'elemento finanziario si pone come una sorta di antefatto che è possibile solo constatare, determinando lo schiacciamento della dimensione normativa del diritto costituzionale³⁹⁹.

Una possibile soluzione per questo *empasse* potrebbe consistere nell'abbandono, da parte della Corte costituzionale – ma anche del legislatore –, della prospettiva strettamente dicotomica, ancorata sulla contrapposizione tra diritti sociali e sostenibilità finanziaria: occorrerebbe, invece, cercare di valorizzare altri profili

³⁹⁷ BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 100.

³⁹⁸ Cfr. SALAZAR C., *Crisi economica e diritti fondamentali*, cit., p. 11.

³⁹⁹ Cfr. MORANA D., *I rapporti tra Parlamento e Corte costituzionale nella garanzia dei diritti sociali*, in *Amministrazione in cammino*, 2015, p. 8.

costituzionalmente tutelati che permettano una lettura pluri-dimensionale di questo argomento⁴⁰⁰.

Inoltre, in molte delle decisioni richiamate la Consulta si è impegnata a “concretizzare” la questione, ricercando, nella fattispecie in cui è chiamata a decidere, degli elementi determinanti diversi da quelli strettamente legati al tema finanziario. Questo ha aiutato a risolvere i dubbi di incoerenza talvolta palesatesi nel filone giurisprudenziale sul diritto alla salute, restituendo un giudizio della corte che soppesi la molteplicità degli interessi coinvolti⁴⁰¹.

Potrebbe aiutare, infine, anche quanto ricavato dal contenzioso tra Stato e Regioni sulla suddivisione delle competenze in materia sanitaria attraverso la rilettura delle clausole dell’art. 117 Cost.; filone che nel primo decennio della riforma era arrivato ad un punto di equilibrio, ma che negli ultimissimi anni ha visto un rinfocolarsi del contenzioso, con conseguente arricchimento di spunti da parte della giurisprudenza costituzionale⁴⁰².

⁴⁰⁰ Esempio di questo sforzo interpretativo sono le due pronunce della Corte costituzionale in tema di PMA, nn. 162/2014 e 90/2015, che hanno avuto un effetto ampliativo sull’offerta di prestazioni sanitarie, indipendentemente da ogni considerazione economico-finanziaria; ciò sulla base dell’irragionevolezza intrinseca della previsione legislativa rispetto alla tutela di valori costituzionalmente tutelati come la maternità e la ricerca scientifica. Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 101 s.

⁴⁰¹ È quanto stabilito dalla Corte quando si è trovata a pronunciarsi su alcuni “casi limite” in cui i profili di carattere economico apparivano decisamente recessivi (Cfr. C. cost., sent. 185/1998): nei casi di esigenze terapeutiche estreme, impellenti e senza risposte alternative, infatti, è d’obbligo considerare che dalla disciplina della sperimentazione scaturiscono aspettative comprese nel contenuto minimo del diritto alla salute; non può dunque ammettersi, in forza del principio di uguaglianza, che il concreto godimento di tale diritto fondamentale dipenda, per i soggetti interessati, dalle diverse condizioni economiche. Cfr. LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 31.

⁴⁰² Cfr. sul punto LUCIANI M., *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant’anni della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 3/2016, pp. 1 ss.; MORANA D., *I diritti a prestazione in tempo di crisi*, cit., pp. 1 ss.

11. Conclusioni: la ricerca di soluzioni per una salute “sostenibile”

La tutela della salute ha subito una corposa evoluzione storica da quando ne è stata riconosciuta la natura fondamentale, con l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana.

Si è trattato di un percorso che ha risentito degli echi provenienti dall'estero sull'evoluzione del concetto di salute nello stato democratico-sociale; ed è stato anche influenzato dalle vicende storiche, politiche, sociali e culturali che hanno caratterizzato il panorama italiano dal dopoguerra ad oggi.

L'art. 32 nasceva, infatti, con un equivoco di fondo sulla sua reale portata precettiva, che superasse il concetto liberale di tutela della salute come potere di polizia per configurare finalmente un vero e proprio diritto fondamentale riconosciuto ad ogni individuo⁴⁰³ e avente natura di diritto sociale nella sua accezione più ampia di pretesa positiva verso lo Stato.

Per arrivare al riconoscimento pieno di questo aspetto del diritto alla salute sono passati decenni e ci sono voluti numerosi interventi normativi e giurisdizionali. Può dirsi che solo a partire dal 1978, con l'istituzione del SSN, il diritto alla salute ha raggiunto la dimensione universalistica che la Costituzione lasciava intravedere solo sulla carta, attraverso un sistema di erogazione pubblico (con compartecipazione privata), finanziato con la fiscalità generale⁴⁰⁴.

È ormai pacifico che il diritto alla salute sia riconosciuto nel novero dei diritti inviolabili; ne è stata altresì riconosciuta la natura complessa, in quanto fattispecie dalle numerose sfaccettature, dal suo lato “negativo” di diritto al rifiuto alle cure fino al suo portato “positivo” inteso come diritto soggettivo alle prestazioni sanitarie.

⁴⁰³ Compresi gli stranieri, *cf.* C. cost. sent. n. 104 del 1965.

⁴⁰⁴ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 190 ss.

Il raggiungimento di questo risultato non sarà, però, verosimilmente permanente⁴⁰⁵, perché soggetto a ulteriore evoluzione a seconda dei cambiamenti socio-economici in atto nel Paese, nonché delle situazioni territoriali che generano differenze di fatto nel godimento di tale diritto.

In particolare, ad influenzare la portata del diritto alla salute è stata negli ultimi anni la sua sostenibilità finanziaria, che ha influenzato l'organizzazione sanitaria e che spesso ha giustificato manovre di ridimensionamento delle spese in ambito sanitario⁴⁰⁶; la stessa Corte costituzionale ha avallato più volte questa tendenza, trovandone giustificazione nel bilanciamento tra equilibrio di bilancio e godimento del diritto alla salute⁴⁰⁷; ha anche specificato, però, che similmente ad altri diritti fondamentali, esso possiede un nucleo duro non intaccabile nemmeno a fronte di un'esigenza di bilanciamento⁴⁰⁸.

La Consulta ha così attribuito la natura di elemento irrinunciabile del diritto alla salute a determinate prestazioni – sulla base, di volta in volta, di ancoraggi costituzionali diversi – con l'obiettivo implicito di definire con maggiore precisione il nucleo duro del diritto alla salute e a circoscrivere dunque il fumoso obbligo per il legislatore di reperire le necessarie risorse a soddisfarlo, a prescindere dalla contrazione delle risorse pubbliche⁴⁰⁹.

Ciò sarebbe peraltro coerente con la configurazione dell'art. 32 Cost. come disposizione perennemente programmatica: come l'evoluzione normativa deve andare di pari passo con le evoluzioni storiche e sociali, così anche il nucleo duro

⁴⁰⁵ Anche perché, come già sottolineato, l'assetto del SSN inaugurato con la l. 833/1978 è suscettibile di modifiche radicali, essendo il dovere di azione da parte del legislatore sancito dall'art. 32 Cost. libero nelle modalità, entro i limiti di cui si è trattato. Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit. pp. 77 s.

⁴⁰⁶ Cfr. i dati riportati *supra* nel capitolo, nota 288.

⁴⁰⁷ C. Cost. sent. 20 novembre 2000, n. 509.

⁴⁰⁸ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 131. Cfr. anche le sentenze C. Cost. 309/1999, 252/2001, 354/2008.

⁴⁰⁹ Cfr. MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., pp. 77 e 86; PEZZINI B., *Diritto alla salute e dimensione della discrezionalità legislativa nella giurisprudenza costituzionale*, in BALDUZZI R. (a cura di), *Cittadinanza, corti e salute*, Padova, 2007, p. 217.

del diritto alla salute muta nel tempo, in un continuo effetto “a fisarmonica” proprio della maggior parte dei diritti sociali⁴¹⁰.

Sembra, però, che una definizione puntuale del nucleo duro sia impossibile da effettuare in via generale, proprio perché la sua caratteristica intrinseca è di essere intangibile e mutevole: se si potesse imbrigliare il contenuto essenziale di tale diritto, si negherebbe la natura evolutiva del diritto stesso. Al mutare della portata contenutistica della salute, corrisponde infatti il variare del suo nucleo essenziale. Tale contenuto esiste in quanto riferito a un contesto concreto, emergendo dal raffronto tra specifiche posizioni giuridiche soggettive e interessi costituzionalmente rilevanti⁴¹¹.

D'altro canto, si è sottolineato come il tema della sostenibilità del diritto alla salute non possa ridursi a una “panoramica dei costi”, ma dovrebbe consistere in una lettura “multidimensionale”. In altre parole, oltre alla garanzia del nucleo duro e all'incidenza delle istanze economiche finanziarie dovrebbero entrare nell'equazione altre istanze di rango costituzionale, in modo da superare il binomio costi-salute e renda il diritto della salute “costituzionalmente condizionato”⁴¹².

⁴¹⁰ Utile a comprendere questo concetto l'esempio di BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 256 ss., che configura il modello di salute sostenibile come una sfera, in cui l'intensità della tutela degrada progressivamente mano a mano che ci si allontana dal nucleo centrale – il nucleo duro del diritto, per l'appunto.

⁴¹¹ Questa impostazione è stata utilizzata, come visto nel paragrafo dedicato alla giurisprudenza costituzionale sulla sostenibilità finanziaria del diritto alla salute, dalla Consulta, nei suoi sforzi di concretizzazione delle fattispecie di volta in volta trattate al fine di un più efficace giudizio di ragionevolezza. Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 258 ss.

⁴¹² Espressione più volte usata dalla Corte stessa, cfr. C. cost., sent. 432/2005, par. 5.1 del *Considerato in diritto*. Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 133; cfr. anche PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., pp. 409 ss., che sostiene come ridurre il diritto alla salute alla sola prospettiva economicistica ne minerebbe persino la natura costituzionale.; CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., p. 42, che sottolinea come il principale limite costituzionale del diritto alla salute sia costituito dai doveri di solidarietà a carico del singolo *ex art. 2 Cost.*, impedendone una lettura strettamente individualistica; anche il limite finanziario sarebbe leggibile sotto questo profilo, come esigenza di non privare delle future generazioni – gravate dai debiti pregressi delle precedenti – la possibilità di godere di un livello di prestazioni analoghe o migliori a quello dei

Questo risultato sarebbe tanto più importante in una società, come quella attuale, in cui l'utente ha maggiore consapevolezza riguardo agli strumenti necessari per la tutela della propria salute rispetto al passato, grazie soprattutto alla maggiore fruibilità delle informazioni medico-sanitarie⁴¹³: questo aspetto – che va di pari passo col progresso tecnologico in campo medico⁴¹⁴ – ha portato a un aumento vertiginoso di aspettative di prestazione da parte dei cittadini, a cui si è contrapposta la difficoltà da parte dei poteri pubblici di fornire risposte adeguate. Del resto, con l'aumento delle richieste non potevano che crescere anche i costi per rendere le (costose) innovazioni in campo medico disponibili alla platea più ampia possibile di persone⁴¹⁵.

Progresso tecnico-scientifico e pressione sociale all'erogazione di prestazioni paiono essere in effetti due importanti fattori cui riferirsi per un efficace bilanciamento tra tutela della salute ed altri interessi costituzionalmente rilevanti. Da un lato, si è rilevato che la scienza contribuisce a definire l'ambito all'interno del quale può svolgersi l'esercizio della discrezionalità del legislatore – indicando cosa sia scientificamente possibile ed efficace dal punto di vista terapeutico; dall'altro, però, anche le istanze della compagine sociale assumono un peso rilevante nelle valutazioni da compiersi ai fini della garanzia in concreto del diritto alla salute. Questi due elementi, più che contrapporsi, subiscono una

predecessori. Sulla compatibilità tra diritto alla salute e doveri solidaristici del singolo cfr. anche C. cost., sent. 85/2013 (sentenza ILVA).

⁴¹³ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 134; CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., pp. 95 ss.

⁴¹⁴ Proprio la fondatezza scientifica delle decisioni giuridiche che incidono sulla salute ha assunto nel tempo un'importanza sempre maggiore nelle scelte pubbliche, divenendo uno degli elementi imprescindibili di una tutela della salute "sostenibile". Cfr. LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria fra stato e Regioni*, cit., pp. 29 s.; RODOTÀ S., *La vita e le regole: tra diritto e non diritto*, Milano, 2006, p. 237.

⁴¹⁵ Si tratta di una dinamica non solo italiana, ma riscontrabile anche in altri ordinamenti nazionali a sistema sanitario universalistico; costituisce un aspetto della crisi dello Stato sociale di diritto, in cui si verifica una coesistenza di aspettative altissime di prestazione da parte degli utenti e di maggiore rigidità dei vincoli di finanza pubblica. Cfr. FERRARA R., *Salute, (diritto alla)*, cit., p. 531; MOLASCHI V., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008, pp. 61 ss.

reciproca influenza e insieme sono suscettibili di orientare le decisioni pubbliche relative alla garanzia delle prestazioni sanitarie⁴¹⁶.

Questi elementi rappresentano però anche la sfida più difficile da affrontare, per gli organismi pubblici che si occupano di programmazione sanitaria, dal momento che si accompagnano all'aumento costante della spesa per le prestazioni socio-sanitarie⁴¹⁷, anche alla luce dei cambiamenti demografici che stanno rendendo complessivamente la popolazione più anziana e quindi sempre più bisognosa di prestazioni, in particolare per le patologie croniche. È in questa direzione che le istanze di tutela della salute hanno persino travalicato i tradizionali confini del campo sanitario, muovendosi verso campi come la promozione di stili di vita sani e la prevenzione, intrinsecamente più efficienti rispetto alle misure tradizionali nel garantire elevati livelli di salute con minor impiego di risorse⁴¹⁸.

Al netto però di queste misure, sembra che il sistema universalistico, come teorizzato dal Costituente e realizzato a partire dal 1978, nel lungo periodo abbia **faticato a tenere il passo nel soddisfare i bisogni nascenti dai cambiamenti** storici in atto; ciò ha portato ad operare delle scelte che hanno mitigato la portata universalistica e incondizionata del diritto alla salute in Italia, tra le quali pesano soprattutto quelle che hanno demandato alle singole Regioni poteri normativi e gestionali corposi.

La regionalizzazione del comparto sanitario – la più spinta tra quelle attuate per i diritti sociali – costituisce un *trend* in crescita che può e deve essere limitato e

⁴¹⁶ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., pp. 256 s.; CORTESE F., PENASA S., *Dalla bioetica al biodiritto: sulla giuridificazione di interessi scientificamente e tecnologicamente condizionati*, in *Rivista AIC*, 4/2015, pp. 1 ss.

⁴¹⁷ È il c.d. “paradosso della salute”, per cui più avanza il progresso medico-scientifico, più nascono bisogni a cui far fronte con nuovi interventi e nuove risorse. Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 259.

⁴¹⁸ Cfr. GARATTINI S., *Cultura della salute e stili di vita*, in CERRINA FERONI G., LIVI BACCI M., PETRETTO A. (a cura di), *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, cit., pp. 69 ss.

regolato per necessità di uniformazione ma non sembra suscettibile al momento di regressione, nemmeno in quelle materie in cui lo Stato avrebbe in teoria potestà piena, come nel caso dei LEA. Osta a ciò soprattutto l'approccio cooperativo utilizzato diffusamente nella determinazione delle politiche sanitarie: esso ha sì permesso di ridurre gli attriti tra Stato e Regioni in questo ambito; ma ha altresì avuto l'effetto di spostare il momento delle scelte differenziatrici in fase di attuazione, in cui le Regioni godono di un certo margine discrezionale grazie alla copertura offerta dall'art. 118 Cost.

Non sembra però che la soluzione vada cercata nel ritorno al passato, ad uno "scontro istituzionale" tra livelli di governo. Viceversa, in merito al governo delle differenziazioni, si è suggerito che la ricerca di un punto di equilibrio con le esigenze di unità in materia di cittadinanza sociale debba essere ricercato nella valorizzazione sempre più marcata di due istituti mutuati dalla Costituzione: la pari ordinazione tra Stato e Regioni – certificata da quel "Repubblica" dell'art. 32 e completata dall'assetto di competenze degli artt. 117 ss. – e i livelli essenziali di assistenza con il loro corollario operativo, rappresentato dal fondo perequativo e dalla destinazione di risorse aggiuntive ex art. 119 Cost⁴¹⁹.

Luoghi di elezione dell'utilizzo di questi strumenti sono, peraltro, le sedi cooperative: lo si è visto rispetto alla determinazione dei LEA e dei fabbisogni *standard*, ma anche nella definizione dei patti per la salute e del PSN; lo ha anche confermato, di recente⁴²⁰ la Corte costituzionale, che ha affermato come *«l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini – cioè i livelli essenziali di assistenza – e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie*

⁴¹⁹ Cfr. POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 59 ss.

⁴²⁰ Cfr. C. cost., sentenze 169/2017 e 62/2020, con nota di BUZZACCHI C., *Il ruolo del «servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale» alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Le Regioni*, 4/2020, pp. 662 ss.

al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto degli standard costituzionalmente conformi. La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi "necessari", inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica».

Su questo fragile assetto si è abbattuta però, a partire dal 2020, la pandemia Covid-19.

La conseguente emergenza pandemica da gestire ha prodotto una riorganizzazione forzata del sistema sanitario nazionale, assorbendo per diversi mesi la maggior parte delle risorse e del personale del sistema e mettendo a dura prova l'erogazione perfino di prestazioni giudicate essenziali.

In uno scenario del genere, senza dubbio straordinario ed emergenziale, ci si è interrogati su varie questioni: se fosse stato possibile, avendo a disposizione strumenti diversi, gestire la pandemia in maniera differente; se esista, in qualche modo, la possibilità di definire delle linee guida con cui gestire emergenze di questo tipo; se la gestione emergenziale, ancora, debba presupporre il sacrificio più o meno marcato delle attività ordinarie e in che modo.

Questi aspetti evolutivi hanno avuto ed avranno in futuro un impatto notevole non solo sul godimento del diritto alla salute, ma anche sulle modalità di tutela dello stesso da parte dei diversi livelli di governo della Repubblica. Dall'evoluzione dei rapporti tra Stato, Regioni ed enti locali in materia, infatti, passerà anche l'evoluzione del concetto di tutela della salute in Italia.

Per questo motivo, i prossimi capitoli saranno dedicati a restituire una disamina approfondita dei temi di cui si è accennato, al fine di una ricostruzione dinamica dei rapporti tra livelli di governo in materia sanitaria.

Capitolo III

LA DIFFERENZIAZIONE

DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:

UN'ANALISI COMPARATIVA

1. Introduzione

La natura concorrente della competenza legislativa in materia di tutela della salute ha permesso che il Sistema sanitario nazionale – pur uniformato nel suo complesso dalla legislazione di principio a livello nazionale¹ – potesse essere declinato dai legislatori regionali in maniera differente, quantomeno per quanto concerne l'enucleazione della disciplina di dettaglio².

Ciò è avvenuto soprattutto in alcune Regioni che presentavano caratteristiche peculiari, come la natura speciale dello statuto³ o particolari condizioni territoriali, sociali ed economiche; le politiche sanitarie delle singole Regioni si sono dunque differenziate per far fronte alle proprie particolari condizioni.

¹ In verità, pur essendo la regionalizzazione del comparto sanitario, in astratto, prevista sin dal 1948, la possibilità effettiva di differenziare i modelli sanitari regionali è coincisa con quanto previsto nel D.Lgs. 502/92: è infatti con la riforma-bis che il legislatore nazionale ha lasciato effettivamente spazio a quelli regionali di scegliere tra differenti gradi di attuazione delle norme nazionali in materia di aziendalizzazione, rapporto coi privati, *governance* del SSR e via discorrendo.

² Per quanto riguarda quegli ambiti – invero poco numerosi – della materia sanitaria che non sono stati specificamente normati dalla legislazione nazionale, vale la regola prevista anche per le altre materie concorrenti: la legislazione regionale – pur nel rispetto dei principi della materia intesi in senso lato e più in generale dei principi costituzionali – regola la materia finché non intervengono le disposizioni nazionali; a quel punto, la regione interessata ha a disposizione un termine per adeguare la corrispondente normativa regionale ai canoni previsti da quella nazionale, a pena della dichiarazione di incostituzionalità.

³ Per le Regioni a statuto speciale, in cui la suddivisione delle competenze in materia sanitaria avviene all'interno dello Statuto di autonomia, andrebbe impostato un discorso a parte, che non è oggetto specifico di questo scritto.

Sul punto si è generato un dibattito: anzitutto, ci si è interrogati rispetto all'effettiva esistenza, nell'*an* e nel *quantum*, di differenze tra i diversi SSR; si è poi ragionato sulla compatibilità costituzionale e sull'opportunità di queste diversità; si è ragionato, infine, su un possibile ritorno a un sistema sanitario nazionale più omogeneo, in cui le Regioni abbiano margini di discrezionalità normativa ed amministrativa più limitati, oppure, viceversa, su un aumento in futuro delle differenziazioni, attraverso la realizzazione di "fughe in avanti" da parte di alcune Regioni.

Si è portati a pensare ciò in quanto alcune Regioni, in effetti, hanno predisposto in anni recenti una normativa innovativa sul tema sanitario, talora con l'intento dichiarato di smarcarsi dal rigoroso rispetto del modello fornito dalla legislazione nazionale.

Di norma questo scarto si è manifestato in corrispondenza di norme nazionali permissive sul punto; talvolta, però, esse sono state il risultato di forzature politiche legate a spinte differenziatrici – quando non autonomistiche – dei singoli territori e a concezioni politiche del tema sanitario che si conciliano solo in parte coi principi dell'art. 32 Cost. e il modello inaugurato con la l. 833/1978.

Obiettivo di questo capitolo, dunque, è l'indagine sulla presenza effettiva di elementi di differenziazione nei SSR: si tenterà prima di effettuare una ricognizione delle classificazioni dottrinali dei differenti modelli di sistemi sanitari; successivamente, sarà proposta un'analisi di tre sistemi sanitari regionali – della Lombardia, dell'Emilia-Romagna e della Puglia – in rappresentanza di modelli di SSR differenti.

Infine, si renderà conto delle richieste di differenziazione *ex art.* 116 co. 3 Cost.⁴ portate avanti dal 2017 dalle Regioni Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia e

⁴ Si tratta della c.d. autonomia differenziata, consistente nella possibilità per ciascuna regione a statuto ordinario di richiedere "*ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le*

giunte oggi – pur con una fase di stallo dettata, oltre che da avvicendamenti politici al governo, dalla pandemia – allo stato di trattativa con l'esecutivo nazionale⁵: tra le richieste avanzate, figurano anche alcune proposte di devoluzione alla regione di ambiti specifici.

2. I diversi modelli di SSR tra evoluzione storica e classificazioni dottrinali

Prima di esaminare quanto accade nelle singole Regioni è necessario offrire un riepilogo dell'evoluzione storica del modello sanitario in Italia negli ultimi trent'anni: le riforme degli anni Novanta, come si è visto nel precedente capitolo, non sono state infatti sempre coerenti nello scegliere il modello innovativo cui riferirsi. Questa incoerenza si è trasmessa anche alle scelte regionali, che hanno proseguito il proprio percorso in maniera disordinata, talvolta con slanci di innovazione lontani dal modello nazionale, talvolta invece facendo fatica ad imporre nel proprio SSR persino le misure più basilari della nuova disciplina.

Per dare conto di queste differenze occorrerà poi effettuare una panoramica delle classificazioni dei sistemi sanitari che sono stati individuati dalla dottrina, nazionale e internazionale, cercando di utilizzarle per distinguere tra loro i diversi sistemi sanitari regionali⁶.

materie di cui al terzo comma dell'articolo 117" – compresa dunque la tutela della salute – attraverso un iter che prevede la stipula di un'intesa tra Stato e regione interessata e la sua approvazione con legge, oltre a passaggi procedurali ulteriori.

⁵ È di questi ultimi mesi la notizia della presentazione al Senato del disegno di legge AS 615 "disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 16, terzo comma, della Costituzione", che in sostanza dovrebbe fungere da cappello normativo per l'iter di conclusione delle intese in futuro.

⁶ Cfr. BERTIN G., *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, in BERTIN G., CIPOLLA C., *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Venezia, 2013, p. 25.

2.1. Il rapporto tra modello sanitario nazionale e modelli regionali in una prospettiva storica

L'intervento pubblico in sanità può esprimersi in numerosissime rappresentazioni e molteplici tipologie organizzative; altrettanto numerosi sono gli indici che influenzano la scelta di un modello piuttosto di un altro – aumento tendenziale della spesa, sia pubblica che privata, motivazioni demografiche, etc.⁷.

Tradizionalmente, si distinguevano tre modelli organizzativi⁸ dei sistemi sanitari nazionali:

- modello pubblico, che, nella sua versione più pura prevede un finanziamento pubblico con fiscalità generale e produzione pubblica (c.d. modello *Beveridge*, quello inizialmente teorizzato dalla l. 833/78 in Italia), ma in cui veniva fatto rientrare anche il sistema delle assicurazioni obbligatorie/mutue, finanziate con i contributi sanitari (c.d. modello bismarckiano);
- modello assicurativo privato, la cui rappresentazione più famosa è quella degli USA. Si basa su programmi di polizze private e programmi pubblici per specifiche porzioni della popolazione (es *medicare* per gli anziani, e *medicaid* per gli indigenti). È altresì coerente con una logica di *welfare* residuale, con copertura sanitaria limitata;
- modello misto, in cui operano simultaneamente programmi pubblici per le prestazioni base (c.d. livelli essenziali) e programmi privati con mutue per le prestazioni integrative; agiscono, inoltre, nel mercato strutture de-integrate, finanziate con tariffe *standard*, a rimborso prospettico.

⁷ Cfr. PAMMOLLI F., SALERNO N.C., *La sanità in Italia. Federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche*, Bologna, 2008, pp. 3 ss.; PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., pp. 87 s.

⁸ PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 90.

Questa distinzione non ha oggi grande efficacia pratica, dato che tutti i Paesi occidentali hanno operato col tempo scelte che le hanno portate verso il modello misto, differenziando i propri modelli istituzionale e di *governance* a seconda delle relazioni instaurate tra i tre “attori” principali del sistema: i cittadini, che esprimono la domanda di servizi sanitari e a cui può essere affidata o meno la scelta dei soggetti erogatori cui rivolgersi; gli erogatori dei servizi – in particolare, per quel che interessa qui, gli ospedali – che possono essere pubblici o privati, integrati coi soggetti programmatori oppure da essi distinti; infine, i finanziatori-assicuratori⁹, cioè gli attori che coprono i costi per la produzione dei servizi sanitari, che possono agire *ex ante* sulla base di un budget o di tariffe prospettiche, oppure *ex post* sulla base dei costi effettivi sostenuti.

Sulla base di questi elementi, si distingue¹⁰ così tra:

- modello a rimborso, in cui il sistema sanitario è organizzato come un mercato assicurativo: il costo della prestazione viene anticipato dall’utente e poi rimborsato dall’ente finanziatore (assicurazioni o Stato/Regioni). In questo modello, in assenza di intervento pubblico, l’allocazione delle

⁹ Si badi la logica assicurativa pervade tutti i sistemi di finanziamento della sanità, persino quelli esclusivamente pubblici: la spesa sanitaria, infatti, va a finanziare un’attività di copertura di un rischio, quello della malattia.

In quest’ottica, i sistemi di finanziamento sanitario si distinguono in:

- a premi assicurativi, in caso di assicurazione privata facoltativa;
- *community rating insurance* (obbligatoria), consistente in premi assicurativi basati sul rischio medio;
- *payroll taxation* (con quote a carico dei datori di lavoro) in caso di assicurazione obbligatoria pubblica;
- a fiscalità generale.

Cfr. PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., pp. 98 ss.

¹⁰ Cfr. PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., pp. 91 s.; TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, cit., pp. 13 s.

risorse viene guidata dal mercato (dei prezzi del premio e dei servizi), con relative problematiche di efficienza¹¹ e di equità¹²;

- modello “integrato”, in cui un unico ente gestisce sia la copertura assicurativa sia la produzione dei servizi e gli utenti pagano per la copertura, senza dover pagare il costo del servizio a valle. A sua volta si suddivide in privata (in cui gli utenti pagano dei premi) e pubblica (in cui gli utenti finanziano l’assicurazione sottoforma di imposte). In questo modello, di norma, vengono sfruttate economie di scala e di diversificazione; tuttavia, senza intervento pubblico, si riproporrebbero comunque alcuni dei problemi di efficienza e di equità sottolineati *supra*.

Proprio l’esistenza di questi problemi di efficienza e di equità giustifica l’intervento pubblico nel settore sanitario, che, rispetto ad altri settori, risponde a bisogni fondamentali costituzionalmente coperti; tuttavia, esso porta con sé una serie di problematiche, quali, ad esempio, inefficienze dei produttori pubblici e corruzione.

La soluzione organizzativa e di *governance* per risolvere queste criticità è stata, dall’inizio degli anni Novanta¹³, creare un sistema misto (c.d. modello contrattuale) in cui trasporre alcuni degli incentivi forniti dal mercato privato: le funzioni di assicurazione-finanziamento e fornitura-erogazione fanno capo a soggetti diversi; i soggetti erogatori (pubblici o privati) vengono finanziati sulla base di contratti di fornitura e secondo prezzi delle prestazioni fissati *ex ante* e

¹¹ Azzardo morale degli operatori e comportamenti opportunistici, scarso interesse degli enti assicuratori a coprire certi rischi, etc. Si tratta di problematiche sottolineate per contestualizzare la crisi del sistema mutualistico italiano dagli anni 60’ in poi, ma che caratterizzano tutti i sistemi sanitari degli stati che adottano quel modello; ne sono un esempio gli USA, nei quali il peso della spesa sanitaria sul PIL è esploso negli ultimi 40 anni.

¹² In assenza di intervento pubblico, i produttori privati tenderebbero a “scremare” il mercato, rifiutando i pazienti con complicanze mediche in favore di quelli più sani; si localizzerebbero inoltre dove la disponibilità a pagare per il servizio e la domanda in generale è più alta, lasciando le zone economicamente depresse sprovviste di servizi.

¹³ In particolare nel Regno Unito e nei Paesi Bassi.

standardizzati¹⁴; gli utenti hanno tendenzialmente libertà di scelta delle strutture cui rivolgersi¹⁵.

Nacquero così i “quasi-mercati” della sanità pubblica, nei quali il ruolo del pubblico, pur rimanendo consistente, veniva fortemente limitato nelle funzioni di produzione, rimanendo invece intatti i suoi poteri di finanziatore/acquirente; si cercava altresì di efficientare il sistema – e contenerne le relative spese – con un’organizzazione istituzionale simile a quella mercati privati, con una dinamica concorrenziale tra istituzioni pubbliche e private¹⁶.

In Italia il modello dei quasi-mercati è stato adottato, come anticipato nello scorso capitolo, dal D.Lgs. 502/1992, caratterizzato dall’aziendalizzazione delle USL e dalla scissione tra soggetti finanziatori ed erogatori¹⁷; tuttavia, in coerenza con gli sforzi di regionalizzazione del comparto, la riforma ha lasciato un certo margine di discrezionalità ai legislatori regionali in merito all’assetto organizzativo e regolativo¹⁸.

¹⁴ Questo aspetto in particolare incentiva il contenimento della spesa, perché sposta il rischio d’impresa a carico degli erogatori; di per contrario, però, vi è il rischio che i privati stessi siano indotti a limitare gli *standard* qualitativi se non adeguatamente controllati. Cfr. PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 95.

¹⁵ PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 92.

¹⁶ Per fare ciò, si cercò di separare anzitutto il ruolo di finanziamento da quello di produzione, tornando di fatto a un sistema a rimborso; si introducevano poi dei contratti che il finanziatore pubblico deve utilizzare per comprare servizi da ospedali pubblici e privati, per migliorare l’allocazione delle risorse in forma concorrenziale, cfr. PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 92; TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, cit., pp. 14 s.

¹⁷ Cfr. TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari: uno sguardo dalla regione Emilia-Romagna*, in BALDUZZI R., *I servizi sanitari regionali*, cit., pp. 537 s.

¹⁸ L’art. 13 del D.Lgs. 502/92 stabiliva che le Regioni dovessero far fronte con risorse proprie sia agli effetti finanziari conseguenti all’erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, sia all’adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento; da ciò conseguiva, in sostanza, che gli esecutivi regionali potessero scegliere il “grado” di adesione ad alcune linee guida della riforma. In particolare, era previsto che potessero optare tra un forte grado di integrazione fra le funzioni di finanziamento e produzione all’interno delle ASL, oppure potevano separare le due funzioni, mantenendo la prima in capo all’ASL e attribuendo la seconda alle Aziende Ospedaliere. Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., PP. 154 ss.; BORDOGNA M.T., *L’evoluzione del sistema*

Ne è risultata un'attuazione variegata, in cui le Regioni, pur accogliendo il modello aziendalistico, hanno altresì scelto di operare scelte differenti in alcuni ambiti toccati dalla riforma, di fatto bloccando l'ingresso massiccio del modello concorrenziale nel nostro SSN¹⁹.

Solo la Lombardia, infatti, ha accolto inizialmente *in toto* il sistema dei "quasi-mercati", scorporando *in primis* tutti gli ospedali dalle ASL per trasformarli in aziende ospedaliere (AO) e puntando molto nei propri piani sanitari regionali (PSR) sulle meccaniche della concorrenza. Nel resto del Paese, viceversa, la maggior parte degli ospedali è rimasta integrata dentro alle ASL²⁰. Alcune differenze si sono registrate anche per l'adozione dei tariffari regionali dei DRG, che avvenne inizialmente solo in Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana ed Umbria e successivamente in Veneto (1998), Sicilia, Piemonte e Lazio (tra il 2002 e il 2005). Nel frattempo, però, era intervenuta la riforma Bindi, che aveva rinnegato in una certa misura la logica dei quasi-mercati a favore di un modello

sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento, cit., p. 210.; NERI S., *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, cit., p. 101.

¹⁹ Cfr. sul punto CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., pp. 52 s., il quale sottolinea che dopo le riforme degli anni '90 il sistema avrebbe dovuto assicurare un livello di effettiva concorrenza e di mercato, con la peculiarità del finanziamento – mediante rimborso – da parte del SSN; da questa discrepanza è scaturita inevitabilmente l'espansione a dismisura della domanda. Dello stesso avviso anche CORSO G., *Pubblico e privato nelle politiche sanitarie*, in *Nuove autonomie*, 1/2011, p. 23.

²⁰ Cfr. TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, cit., p. 15 s.

basato sui tetti di spesa²¹ tra ASL e produttori²² e sul valore regolatorio delle procedure di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali²³.

La strada dei quasi-mercati, in sostanza, non si è mai imposta nella realtà italiana – se non, pur in forma peculiare, in Regione Lombardia: ogni Regione ha potuto decidere la misura della separazione tra produzione e finanziamento²⁴, permettendo una limitata autonomia delle ASL nell'esercitare una effettiva funzione di committenza. Molte Regioni, inoltre, hanno mantenuto alto il livello di regolazione delle relazioni finanziarie tra ASL e AO, in particolare riguardo

²¹ I tetti di spesa – che possono essere contenuti in atti amministrativi regionali oppure appositamente legificati – fissano limiti e percentuali massime di rimborso alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private operanti sulla base dell'accreditamento col SSN (art. 8-*quinquies* d.lgs 502/92 e art. 32 co. 8 l. 449/1997); queste misure si sono rese necessarie perché il solo sistema dei DRG non riusciva a fermare la distorsione prodotta dal finanziamento statale, mediante rimborso, delle prestazioni sanitarie, che rischiava di generare un'esplosione incontrollata della domanda.

I tetti di spesa sono stati spesso imposti con effetto retroattivo, venendo per questo portati davanti alla giurisprudenza amministrativa – senza esito – e persino davanti alla Corte costituzionale, che ha anch'essa offerto copertura a queste misure in ragione della scelta discrezionale di politica sanitaria e di contenimento della spesa, cfr. C. cost., sent. 111/2005. Questo ha creato notevoli disagi nella regolazione dei rapporti, portando gli operatori privati a considerarsi non obbligati ad erogare le prestazioni richieste dagli utenti del SSN in eccedenza; successivamente, in risposta, le Regioni hanno adottato un "sistema della regressione", consistente nel pagamento di prestazioni ad un prezzo pari ad una certa percentuale della tariffa, che si riduce man mano che aumentano le prestazioni eccedenti la soglia prevista. Quest'ultima soluzione è stata salutata con favore dalla dottrina e preservata dalla giurisprudenza, perché rispettosa del temperamento degli interessi in gioco. Cfr. CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., pp. 54 s.

²² Con relativo depotenziamento del ruolo delle tariffe e una chiara avversione alla separazione tra produttori e assicuratori. Cfr. TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, cit., p. 17.

²³ PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., pp. 399 s., che sottolinea come queste misure dovessero risolvere i problemi di rigidità della domanda e di asimmetria informativa riscontrati nelle Regioni che avevano dato attuazione alla riforma-bis (in particolare la Lombardia), cercando di fornire strumenti per una programmazione regionale forte e raggiungere un sistema di offerta equilibrato.

²⁴ A questo aspetto si ricollegava lo scorporo delle AO dalle ASL, verificatosi in molte Regioni col contagocce e principalmente per costituire poli dell'assistenza specialistica e universitari; ne è conseguito che al 2004 solo 94 ospedali erano stati scorporati dalle AUSL, di cui 29 solo in Lombardia, mentre nelle altre Regioni le AO scorporate erano minoranza e perlopiù sede di prestazioni specialistiche o di ospedali universitari.

alla specificità dei tetti di spesa ed alla disciplina dei nuovi ingressi sul mercato attraverso l'accreditamento²⁵.

Con la successiva riforma del Titolo V, la differenziazione regionale in materia di tutela della salute ha trovato copertura costituzionale, pur nei limiti specificati nel precedente capitolo: le Regioni hanno potuto muoversi negli spazi lasciati dalla normativa nazionale di principio per costruire dei SSR con caratteristiche peculiari; accanto a questo percorso, le Regioni hanno però deciso di collaborare nelle sedi cooperative, per porsi come interlocutore unitario con lo Stato, accettando di conseguenza che alcuni ambiti dovessero essere trattati in maniera omogenea anche in via amministrativa²⁶.

La legislazione regionale si è mossa in quegli anni, in particolare, con misure di contenimento della spesa sanitaria: nessuna Regione è stata esente da riforme più o meno incisive in questa direzione, soprattutto attraverso disposizioni normative o amministrative atte alla riorganizzazione delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, oppure attraverso provvedimenti specifici mirati all'uso appropriato dei farmaci o a contrastare l'uso improprio degli ospedali²⁷.

2.2. I modelli di SSR: alcune classificazioni

Alla luce dell'evoluzione storica appena esposta, si è cercato di mettere ordine nella differenziazione regionale proponendo alcune classificazioni. La prima di queste²⁸ si ispira all'analisi del rapporto tra i tre attori principali operanti nel SSR

²⁵ TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari*, cit., p. 539.

²⁶ Cfr. CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., p. 36, che sottolinea come questa attrazione nel sistema delle conferenze delle scelte sanitarie sia stata utilizzata per correre ai ripari a fronte delle cospicue competenze incamerate dalle Regioni, a tal punto da paventare future disuguaglianze insostenibili.

²⁷ POGGI A., *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 64 ss.

²⁸ Cfr. BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, cit., pp. 210 ss.; CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Introduzione*, cit. p. IX ss.; PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 94.

– utenti, erogatori e programmatori - individuando tre modelli di *governance*²⁹ nei SSR regionali che costituiscono una graduazione del modello di quasi-mercato sopra illustrato:

- il primo modello, quello *competitivo*, si fonda sulla competizione tra le organizzazioni sanitarie, l'ampia libertà di scelta dei pazienti e la netta separazione delle funzioni erogative da quelle programmatiche, ed è tipico della Lombardia³⁰;
- il secondo modello, detto *cooperativo o integrato*, è tipico delle Regioni centro settentrionali e di quelle del Nord Est e prevede una programmazione negoziata coi soggetti erogatori, pur in una logica di apertura del sistema verso misure pro-concorrenziali³¹;
- l'ultimo modello, detto *residuale-incrementale*³², funziona secondo i tradizionali modelli burocratici di governo sanitario³³, intaccati solo marginalmente da riforme pro-concorrenziali; è presente in particolare nelle Regioni meridionali³⁴.

²⁹ Con questa parola si intende la scelta regionale in merito alle capacità di programmazione pubblica e all'utilizzo delle dinamiche di mercato. In questo ambito, importanti indicatori possono ritrovarsi, per esempio, nei ricavi per ticket – per cui nel 2013 si registrava una differenziazione molto marcata tra Regioni (dall'1% di Regioni come la Sardegna, la Sicilia ed il Trentino-Alto Adige al 31% della regione Toscana) – e nei ricavi da attività *intramoenia* – con risultati simili in termini di differenziazione.

³⁰ Questo sistema è tipico anche di alcuni paesi europei: Paesi Bassi, Regno Unito, Germania, Svezia.

³¹ In Europa un sistema sanitario strutturato su questo modello è quello spagnolo, che pure sconta una consistente differenziazione a seconda del grado di autonomia concesso in materia alle varie *comunidades autonomas*.

³² Detto anche sistema *command and control*.

³³ Ciò non significa che in queste Regioni non sia presente una rappresentanza di operatori privati – anzi, tutt'altro, spesso gli operatori privati hanno fette di mercato molto cospicue – né che manchi del tutto una dinamica concorrenziale. Sembra però che lo spazio attribuito alla concorrenza in questo modello non derivi da scelte programmate di *governance*, ma sia il risultato di disservizi e malfunzionamenti, soprattutto rispetto alle funzioni regolatorie dell'ente regionale che in altri contesti limitano il prodursi di effetti distorti. Cfr. 21. NERI S., *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitari*, cit., p. 101.

³⁴ Nonché in altri stati europei come Francia e Danimarca.

Tuttavia, anche questa classificazione sembra oggi non bastare per sottolineare le numerose peculiarità regionali: anzitutto, perché le scienze dell'organizzazione hanno individuato col tempo ulteriori modelli classificatori, sulla base dell'analisi di altri indici di comparazione; in secondo luogo, essendo questa classificazione abbastanza risalente nel tempo³⁵, non può che rappresentare un elemento di staticità per dei SSR che sono stati oggetto al loro interno di trasformazioni sulla base delle scelte politiche degli esecutivi di turno e dei cambiamenti sociali ed economici che hanno interessato tanto l'Italia nel suo complesso quanto le singole Regioni.

Le classificazioni si sono dunque moltiplicate, divenendo sempre più articolate – pur mantenendo tra loro degli elementi di collegamento³⁶. La prima di esse è basata sulla suddivisione a monte dei sistemi sanitari in tre tipologie³⁷:

- *public integrated model*, in cui i finanziatori e la gestione dei servizi sono prevalentemente di tipo pubblico;
- *public contract model*, in cui i finanziatori sono pubblici ma gli attori che gestiscono i servizi sono prevalentemente privati;
- *private insurance-provider model*, in cui i finanziatori (per lo più compagnie assicurative) e i gestori sono prevalentemente privati.

Una seconda tipologia, di più recente ideazione³⁸, ha classificato i sistemi sanitari andando oltre la stretta logica finanziatori-erogatori, distinguendo tra:

- *servizio sanitario nazionale*, basato sull'equità e sull'accesso universale al sistema; in esso, il finanziamento di questi sistemi è a carico della fiscalità

³⁵ Già negli anni 2000 era questa la suddivisione di base sposata in dottrina, riconfermata fino ai primi anni 2010.

³⁶ Per una ricostruzione approfondita del percorso di individuazione dei sistemi di classificazione cfr. BERTIN G., *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, cit., pp. 26 ss.

³⁷ Il primo a proporre questa distinzione in Italia è stato GIARELLI G., *Un paradigma mediterraneo? Riforme sanitarie e società nell'Europa meridionale*, in *Salute e società*, Milano 1/2006 (supplemento).

³⁸ Cfr. ROTHGANG H., WENDT C., FRISINA L., *Healthcare system types: a conceptual framework for comparison*, in *Social Policy & Administration*, Vol. 43, Is. 1, 2009, pp. 70 ss.

generale, diretta e indiretta; i fornitori dei servizi sono pubblici e la regolazione è di tipo gerarchico, con lo stato che svolge una funzione di pianificazione e di controllo;

- *sistema assicurativo sociale*, in cui l'equità è perseguita attraverso la diffusione a tutti di fondi assicurativi obbligatori; di conseguenza, il finanziamento è in capo alla società che regola i contributi secondo il reddito degli individui; i fornitori sono società pubbliche e private e la regolazione è basata sulla negoziazione fra le corporazioni, all'interno di una cornice normativa definita e di un insieme di controlli statali;
- *sistema sanitario privato*, in cui prevale la corrispondenza fra i servizi erogati e la possibilità di pagamento; la base del finanziamento è assicurativa ed il premio versato è messo in relazione al tipo di rischio e alle modalità di risposta; i fornitori di servizi sono privati, in un contesto di regolazione pubblica limitata e concorrenza spinta.

Applicando queste due classificazioni³⁹ ai SSR italiani per distinguere tra loro i diversi sistemi sanitari regionali, si possono notare anzitutto alcune omogeneità di fondo relative ad alcuni specifici indicatori⁴⁰; altri, però, restituiscono delle differenze piuttosto marcate tra le varie Regioni⁴¹. In particolare, se si guarda

³⁹ Un'ulteriore distinzione è stata portata da REIBLING N., *Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access*, in *Journal of European Social Policy*, Is. 5, 2010, pp. 5 ss., che ha cercato di valorizzare il maggior numero di indicatori rilevanti; da qui la suddivisione in *cluster* dei vari sistemi sanitari europei. Il quarto gruppo, in cui è ricompreso il sistema sanitario italiano, si caratterizza per una ripartizione dei costi (intesa come finanziamento ed erogazione come strategie regolative e di incentivo) moderata, una densità di operatori sanitari (medici, infermieri, specialisti) bassa o medio bassa e una concentrazione di risorse tecnologiche alta.

⁴⁰ Tra le altre, il dimensionamento delle aziende e loro distrettualizzazione; contributo statale nel finanziamento dei servizi; presenza di medici ospedalieri e del medico di base; sviluppo di attività domiciliare di cura. Cfr. BERTIN G., *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, cit., pp. 32 s.

⁴¹ Quale ad esempio l'attività *extra moenia*, cfr. BERTIN G., *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, cit., pp. 33 s.

all'erogazione pubblica o privata dei servizi ospedalieri⁴² e territoriali⁴³, si nota come, a fronte di una media che si colloca in un modello "misto", si possano suddividere le Regioni in tre gruppi:

- Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Liguria, Toscana, Umbria, Basilicata, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna presentano un sistema con offerta a prevalenza pubblica, con percentuale di posti letto pubblici sul totale oltre il 75% del totale e l'offerta territoriale pubblica oltre il 50%;
- Veneto, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia, Sicilia, Sardegna e Lombardia si caratterizzano invece per un'offerta mista pubblico-privato, con posti letto ospedalieri pubblici oltre il 75% del totale e offerta territoriale pubblica inferiore al 50% del totale;
- Lazio, Campania e Calabria presentano un'offerta con rilevante presenza del privato, caratterizzata da una percentuale di posti letto pubblici inferiore al 75% ed una di ambulatori (e laboratori) pubblici inferiore al 50%⁴⁴.

⁴² Secondo la seguente classificazione si distinguono, in base alla percentuale di posti letto privati accreditati sul totale, modelli:

- a prevalenza pubblica: minore o uguale al 10%;
- misto: tra il 10% e il 20%;
- con presenza privata marcata: oltre il 20%.

⁴³ Anche qui si distinguono, in base alla quota di ambulatori privati accreditati sul totale, sistemi:

- a prevalenza di servizi pubblici: minore del 50%;
- misto: tra il 50% e il 75% del totale;
- a prevalenza privata: oltre il 75% del totale.

⁴⁴ Se si guarda poi ai due ambiti separatamente, alcune Regioni registrano una prevalenza del sistema pubblico (Liguria, Umbria e Basilicata); in altre prevale un sistema misto, sia sul fronte ospedaliero che su quello territoriale (Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna); in altre ancora, infine, la presenza del privato è più consistente (Campania e Sicilia). Nelle altre Regioni si registra invece uno scostamento tra i dati dei due settori: un gruppo piuttosto consistente di Regioni (Piemonte, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana) in cui il sistema di erogazione territoriale è nettamente a prevalenza pubblica, mentre l'assistenza ospedaliera si rifà a un modello misto; altre Regioni al contrario (Veneto, Valle d'Aosta) presentano un sistema misto in ambito territoriale e uno prevalentemente pubblico in ambito ospedaliero; rimane infine un ultimo gruppo di Regioni (Lazio, Abruzzo, Calabria) con

Se si aggiunge a questa classificazione l'analisi della diversificazione delle fonti di finanziamento⁴⁵ è possibile restituire una dimensione ancor più globale della natura pubblica o privata dei diversi sistemi sanitari regionali, che si distinguono tra:

- sistema pubblico, il più presente tra i SSR e caratterizzato da un'offerta e da un finanziamento prevalentemente pubblici. Questa situazione è propria delle Regioni: Liguria, Umbria, Basilicata Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Toscana;
- sistema pubblico nell'erogazione ma misto nelle forme di finanziamento. Presentano queste caratteristiche le Regioni: Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna;
- sistema misto nell'erogazione ma finanziato prevalentemente con risorse pubbliche. Le Regioni che presentano queste caratteristiche sono: Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Veneto, Abruzzo, Sicilia;
- sistema misto nel sistema di offerta e nelle forme di finanziamento. La sola Lombardia presenta queste caratteristiche;
- sistema di quasi-mercato: le Regioni presenti in questa categoria si caratterizzano per avere un sistema di offerta largamente gestito da soggetti privati, ma finanziato da risorse pubbliche. Questa situazione rappresenta le Regioni: Lazio, Campania, Calabria.

I SSR presenterebbero, dunque, una base comune di modelli erogativi e organizzativi; all'interno di questo riferimento comune, nei diversi sistemi regionali si sono però operate alcune differenziazioni che hanno portato talvolta

un sistema di erogazione ospedaliera molto privatizzata e quello dei servizi territoriali a sistema misto. Cfr. BERTIN G., *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, cit., p. 36. Si noti che i dati sono aggiornati al 2013.

⁴⁵ Cfr. BERTIN G., *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, cit., pp. 37 s.

a discostarsi anche significativamente dal modello tipico del SSN⁴⁶. Tali differenziazioni si sono poi acuite con l'andare del tempo, a seguito dei processi di cambiamento che hanno influito sull'organizzazione sanitaria nell'ultimo decennio.

Se, infine, si incrocia questa classificazione con la prima classificazione riportata, basata sui differenti modelli di *governance*, ne consegue che⁴⁷:

- nel panorama italiano non sono presenti sistemi regionali che hanno adottato a tutti gli effetti la logica del mercato come prevalente nella regolazione degli attori che contribuiscono alla realizzazione del sistema di offerta;
- le Regioni con un sistema di offerta riconducibile al «quasi mercato» (vedi *supra*) hanno invece optato per forme di *governance* ibride;
- le Regioni che presentano un sistema con alta incidenza della programmazione pubblica hanno scelto coerentemente un sistema di offerta di tipo pubblico (Trentino-Alto Adige) oppure misto ma finanziato dal pubblico (Valle d'Aosta, Sicilia e Sardegna);
- le altre Regioni, pur con caratteristiche differenti, sono accomunate dalla scelta di diversificare (pur con gradi diversi) il sistema degli attori che partecipano al processo di erogazione e i meccanismi di regolazione. Tra di esse si distinguono:
 - Regioni a prevalenza pubblica nel finanziamento, un sistema di erogazione misto ed una tendenza a sviluppare logiche miste di *governance* (Veneto, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia);

⁴⁶ Lo scostamento maggiore è quello relativo, in generale, allo sviluppo di sistemi misti (pur con intensità e diffusione diversi) in quasi tutte le Regioni, condizione che ha caratterizzato l'evoluzione di tutti i sistemi di *welfare* a partire dalla fine del secolo scorso.

⁴⁷ Cfr. BERTIN G., *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, cit., pp. 39 ss., che prosegue poi in un'analisi comparativa dei diversi modelli di SSR coi corrispondenti modelli di *welfare* regionali, per verificarne compatibilità e coerenza.

- Regioni a sistema di finanziamento misto e prevalenza pubblica nell'erogazione dell'offerta in presenza di logiche di *governance* miste (Emilia-Romagna);
- Regioni a sistema di finanziamento misto e prevalenza pubblica nell'erogazione dell'offerta, in presenza però di logiche di *governance* miste ma con una prevalenza di dinamiche gerarchiche (Piemonte, Friuli-Venezia Giulia);
- Regioni con un mix sia nel finanziamento che nell'erogazione, ed una *governance* ibrida (Lombardia).

Anche questa analisi deve ovviamente tener conto dei cambiamenti intervenuti nell'ultimo decennio (di tipo economico soprattutto, ma anche quelli legati all'avvicendamento di governi regionali di colori politici differenti). Da questa analisi si possono però ricavare interessanti linee di tendenza: anzitutto, l'erogazione dei servizi ha visto una presenza sempre maggiore e diffusa di soggetti privati; conseguentemente, anche i modelli di *governance* si stanno orientando verso scelte concorrenziali "ponderate" da elementi di regolazione propri di un modello integrato⁴⁸.

Lo si vedrà più ampiamente nella disamina dei tre SSR di cui si proporrà un approfondimento.

⁴⁸ Il modello integrato, perlomeno quello con assetto pubblico-pubblico, possiede degli indubbi vantaggi sul piano organizzativo – coordinamento più efficace, limitazione dei processi di manipolazione della domanda di assistenza – dettati dall'unificazione in un'unica struttura/ente pubblico le funzioni di programmazione, finanziamento, regolazione della domanda e gestione dell'offerta; questo vale anche per le versioni meno rigide di questo modello, in cui gli erogatori (che rimangono generalmente pubblici) possono essere separati dagli enti di programmazione. Vi sono però anche degli inconvenienti, quali l'alto livello di burocratizzazione di una struttura che assume su di sé una molteplicità di funzioni – cui si collegano alti costi amministrativi – la forte ingerenza della politica nella selezione degli incarichi e la carenza di incentivi verso l'efficienza interna delle strutture. Cfr. PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., p. 98.

3. La differenziazione dei SSR: modelli a confronto

Nel paragrafo precedente si è posto l'accento sulle possibili classificazioni dei sistemi sanitari regionali, sulla base delle differenze che gli stessi manifestano su alcuni aspetti fondamentali: *governance* regionale; rapporto tra soggetti erogatori e programmatori; coinvolgimento del privato nella programmazione regionale sono solo alcuni di questi.

Per avere contezza pratica della dimensione e della direzione di queste differenziazioni si è deciso in questo paragrafo di addentrarsi maggiormente all'interno di alcuni modelli regionali specifici, dando conto delle loro peculiarità anche attraverso l'analisi della loro normativa fondamentale in materia sanitaria.

Le tre Regioni su cui si concentra lo studio sono state scelte perché rispecchiano concezioni di politica sanitaria diverse tra loro; di conseguenza, tra di essi si sono create delle differenze in merito non solo all'assetto organizzativo del SSR ma anche all'erogazione dei servizi e ad altri aspetti secondari, tanto da poterle collocare – sulla base delle classificazioni riportate *supra* – in differenti modelli di servizio sanitario.

Si è scelto, anzitutto, di approfondire il SSR di regione Lombardia, anzitutto per ragioni geografiche; inoltre, come già anticipato, il SSR lombardo rappresenta un modello peculiare ed è stato il primo a discostarsi dal modello pre-1992 per aprirsi, alla fine anni Novanta, all'economia di mercato; negli anni queste peculiarità si sono consolidate, fino a divergere in maniera consistente da quanto previsto dalla legislazione nazionale; infine, perché è stato interessato di recente da una riforma stimolata dal COVID, unitamente ai rilievi sollevati dallo Stato in occasione del termine della sperimentazione gestionale inaugurata dalla l.r. 23/2015.

Si passerà poi all'analisi del SSR della Regione Emilia-Romagna: regione dell'Italia settentrionale tra le più produttive, si è caratterizzata per una diversa

governance, di tipo integrato/cooperativo, un sistema di finanziamento misto e prevalenza pubblica nell'erogazione dell'offerta, pur avendo introdotto negli anni degli elementi di concorrenza significativi; inoltre, alcune soluzioni organizzative portate avanti dall'Emilia-Romagna si sono dimostrate così efficaci da essere state recepite anche a livello nazionale⁴⁹.

Infine, verrà approfondito il SSR di Regione Puglia, che ben rappresenta la situazione sanitaria nel Mezzogiorno: un sistema che, anche a causa delle caratteristiche territoriali – minore capacità fiscale, necessità di investire per l'ammodernamento delle strutture sanitarie – ha faticato molto a recepire le novità apportate dalle riforme sanitarie degli anni Novanta; che da anni sta, inoltre, convivendo con l'esecuzione di un piano di rientro⁵⁰ che sembra lontano dal raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Prima di cominciare la disamina si ricorda che sull'efficienza del singolo SSR non pesano solo le scelte normative ed amministrative degli organi politici regionali, ma anche fattori estrinseci come le disponibilità economiche, il gettito fiscale regionale e molto altro. Di questi elementi si cercherà di rendere conto per un inquadramento contestualizzato dei singoli SSR. Occorre tenere inoltre conto nella disamina delle profonde trasformazioni che la materia sanitaria sta subendo in occasione della pandemia e delle conseguenti misure (quelle contenute nel PNRR *in primis*) predisposte per riformarla in maniera organica.

⁴⁹ Si pensi al tema delle case della comunità, attive come case della salute in ER già dal 2010 e riprese come modello prima negli strumenti di programmazione nazionali e poi nello stesso PNRR.

⁵⁰ Si tratta di un elemento importante, perché diverse tra le Regioni appartenenti al terzo gruppo sono state e sono tuttora interessate da un forte debito pregresso e dalla predisposizione di piani di rientro concordati con lo Stato; vi è da capire se ciò sia legato a caratteristiche intrinseche di questi modelli che le renderebbero più fragili dal punto di vista economico-finanziario. È però un dato di fatto che questo elemento abbia contribuito in modo rilevante ad orientare sempre più le Regioni verso l'adozione di meccanismi integrativi perché ritenuti più idonei ad interventi di razionalizzazione e di contenimento della spesa. Cfr. BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, cit., p. 212.

3.1. Il modello “competitivo” del SSR Lombardo

Sulla sanità lombarda si è sprigionato negli ultimi anni un forte dibattito politico, che ha avuto conseguenze rilevanti anche sul piano della stabilità interna degli esecutivi regionali⁵¹.

Ciò è stato in parte dovuto alla scadenza, nel dicembre 2020, della sperimentazione contenuta nella l.r. 23/2015, da cui è partito l’iter di riforma del Sistema sanitario regionale lombardo – la cui disciplina di base è contenuta nella l.r. n. 33/2009 – conclusosi con l’approvazione della Riforma Moratti (l.r. 14 dicembre 2021, n. 22⁵²).

Il percorso di riforma, in verità, è stato piuttosto tortuoso - tantoché, rispetto alla scadenza dell’aprile 2021 posta dal Ministero della Salute per superare il regime transitorio, è stata necessaria una proroga alla fine del 2021⁵³ – per via non solo delle difficoltà dovute alla gestione della pandemia, ma anche (e soprattutto) della difficoltà di raggiungere un accordo sulle direttrici della Riforma anche all’interno della stessa maggioranza.

A ciò si aggiunga poi il peso che ha rivestito nel dibattito sulla direzione da dare alla nuova riforma il *report* realizzato, nel dicembre 2020, da AGENAS⁵⁴ in occasione della scadenza della sperimentazione della l.r. 23/2015, richiamato a più riprese anche dal Ministero della Salute durante le interlocuzioni con Palazzo

⁵¹ Si ricordano, da ultimo, le dimissioni nel novembre 2022 dell’assessora al Welfare Moratti, chiamata in sostituzione di Giulio Gallera – assessore anche all’epoca dell’approvazione della Riforma Maroni nel 2015 – per la gestione della pandemia, e dimessasi dall’incarico dopo poco meno di due anni per divergenze con il Presidente Fontana e il resto della giunta.

⁵² “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”.

⁵³ Cfr. BARBATO A., BADINELLA MARTINI M., NOBILI A., *Quale riforma per la sanità in Lombardia? Siamo proprio sicuri che non sia possibile trovare soluzioni condivise?* in *quotidianosanita.it*, 22 luglio 2021.

⁵⁴ AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI, *La riforma del Sistema Socio-sanitario Lombardo (l.r. 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall’avvio*, dicembre 2020, Prot. n. 2020/0007526 del 16/12/2020, 73 pp., di seguito indicato come rapporto AGENAS o più semplicemente *report*.

Lombardia. Il dubbio, peraltro, è che l'agenzia nazionale abbia approfittato anche di questo termine per muovere dei rilievi sulle problematiche strutturali emerse durante l'emergenza pandemica⁵⁵, anche se, in verità, ciò non è stato esplicitato nel *report*.

Sulla base di queste premesse, il 22 luglio 2021 la Giunta regionale aveva predisposto con D.G.r. n. XI/5068 una *"proposta di progetto di legge recante "modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"*.

Il testo proposto è stato poi modificato solo in parte durante l'iter consiliare prima dell'approvazione finale, giunta nel novembre 2021; ad oggi, dunque, la l.r. 22/2021 o Riforma Moratti è in vigore ed è in fase di attuazione.

Per una disamina esauriente del SSR lombardo e dei suoi profili evolutivi è imprescindibile uno studio della recente riforma; tuttavia, per comodità di esposizione, giova nei paragrafi seguenti effettuare una ricostruzione storica dell'evoluzione del modello lombardo. A partire dalle riforme della fine degli anni Novanta del secolo scorso, si passerà all'analisi della l.r. 33/2009 (Testo unico delle leggi in materia sanitaria), pesantemente modificata con l.r. 23/2015; solo successivamente si ricostruiranno le modifiche intervenute di recente con l.r. 22/2021⁵⁶.

3.1.1. Il SSR lombardo dal 1995 alla l.r. 33/2009

Si è già accennato al fatto che la Lombardia è stata la prima – e sotto certi aspetti l'unica – regione che ha provato a seguire, a partire dal 1997, il modello del quasi-mercato inaugurato dal D.Lgs. 502/92; modello poi seguito anche a seguito del

⁵⁵ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo: un nuovo modello di politica pubblica?* in *Le Regioni*, 5/2021., p. 1309.

⁵⁶ Le quali, peraltro, hanno già ricevuto sporadiche modifiche con l.r. 8/2022.

ridimensionamento del modello competitivo avvenuto a livello nazionale dalla Riforma Bindi⁵⁷.

Ha giocato un ruolo determinante in questo processo la vittoria alle elezioni regionali del 1995 – la prima che prevedeva l'elezione diretta del Presidente della regione – di Roberto Formigoni, esponente di una nutrita coalizione di centro-destra. Si è così inaugurata una fase di stabilità al governo della Regione che dura ancora oggi, con il susseguirsi di esecutivi di colore politico omogeneo. Tale uniformità si è vista anche nelle politiche sanitarie, rispetto alle quali le riforme susseguitesi nel tempo hanno sempre mantenuto invariati alcuni pilastri fondamentali del sistema: su tutti, il principio della libertà di scelta del cittadino nella selezione delle strutture e la consistente presenza del privato nel sistema e nella programmazione sanitaria regionale⁵⁸.

La prima⁵⁹ riforma orientata in questo senso (l.r. 31/1997⁶⁰) ha segnato un momento significativo per tutto il SSN, perché ha costituito il primo tentativo di

⁵⁷ Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit. p. 159; ID., *I servizi sanitari regionali*, cit., p. 19.

⁵⁸ Alcuni dati sulla presenza del privato nel SSR lombardo: al 2017, il settore privato accreditato assorbiva una quota rilevante di fondo sanitario regionale (30%), di gran lunga al di sopra della media nazionale (21%); analizzando poi il mix della produzione privata accreditata, è possibile osservare come la spesa privata fosse al di sopra della media nazionale, sia per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali specialistiche (4,7% contro 4%), sia per i ricoveri (13,3% contro 8%) e per l'area dell'assistenza convenzionata e accreditata (12% contro 9%). Entrando più nello specifico, in Lombardia il 30% dei ricoveri ospedalieri venivano offerti da strutture private (contro la media nazionale del 23%), con un tasso di specializzazione superiore all'11% per i ricoveri di pazienti della regione (contro circa il 7% di ricoveri nel pubblico) e pari al 19% per i ricoveri fuori regione (la più alta percentuale in assoluto in Italia); ancora, gli ospedali privati lombardi hanno fatto registrare nel 2017 uno tra i più alti tassi di attrazione di pazienti fuori regione del Ssn (il 51% dei pazienti in mobilità attiva in Lombardia si rivolgono a strutture private accreditate), cfr. *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero del 2017*, pubblicato sul sito del Ministero della Salute.

⁵⁹ In verità la prima giunta Formigoni aveva già introdotto alcune disposizioni in linea coi dettami del D.Lgs. 502/92: già nel 1995 aveva determinato tariffe proprie con valori uguali per tutte le strutture di ricovero ed aveva individuato una nutrita tipologia di funzioni ospedaliere sottratte al pagamento a prestazione, da remunerare sulla base di un articolato sistema di finanziamento; aveva inoltre costituito un fondo di riequilibrio, da utilizzare esclusivamente a favore delle strutture pubbliche, con lo scopo di attutire l'impatto conseguente all'adozione del sistema di pagamento a prestazione.

⁶⁰ "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali".

introdurre un modello sanitario basato sulla logica del quasi-mercato: scorporo dei grandi poli ospedalieri dalle ASL, con riduzione e ridefinizione territoriale di queste ultime; separazione tra funzioni di erogazione (di competenza delle AO e degli erogatori privati) e di programmazione, acquisto e controllo (attribuite alle ASL)⁶¹; apertura all'economia di mercato, con entrata degli erogatori privati nel sistema dell'offerta in concorrenza e parità con il pubblico⁶². Questo modello competitivo spinto aveva l'obiettivo di migliorare quantità e qualità dei servizi offerti a prezzi più bassi; dall'altra parte, esso doveva comportare una maggiore responsabilizzazione del pubblico in funzione di soggetto acquirente le prestazioni, portandolo a concentrare maggiormente le risorse finanziarie sugli obiettivi individuati⁶³.

Le difficoltà di regolazione riscontrate in tale modello pro-concorrenziale⁶⁴ hanno però spinto il Legislatore regionale, sin dal 1998, ad adottare i primi correttivi: si è inaugurata una tendenza al rafforzamento degli strumenti di regolazione in capo alla Regione – di per sé estranea alla logica originaria del modello – che ha

⁶¹ Art. 2 commi 4, 5 e 6 l.r. 31/1997.

⁶² PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., p. 402; PORTERA L. (a cura di), *Schede di documentazione – 3. Modello sanitario della regione Lombardia*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., p. 183.

⁶³ Cfr. PORTERA L., *Modello sanitario della regione Lombardia*, cit., p. 183.

⁶⁴ La prima versione della riforma sanitaria lombarda era orientata verso una logica di mercato pressoché pura, in cui non vi erano tetti di spesa per i privati – che godevano di completa libertà di scelta nel rivolgersi ad essi – accesso quasi incondizionato di tutte le strutture erogatrici in possesso dei requisiti e ruolo marginale della programmazione delle ASL – risultando essere queste ultime alla stregua di meri finanziatori del sistema. In tale sistema, l'accreditamento era condizione sufficiente per erogare prestazione a carico del SSR, senza che su ciò incidesse la definizione di flussi quantitativi e dalla selezione attraverso gli accordi contrattuali, utilizzati o come copia-carbone delle regole legislative e amministrative oppure per vincolare gli erogatori semplicemente all'utilizzo di meccanismi di determinazione di alcuni contenuti tariffari. Cfr. PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., p. 403.

Questo modello è durato ben poco, perché già nel 1997 e nei primi mesi del 1998 è stato interessato da tutte le dinamiche distorte proprie di un'economia di mercato non regolata: è stato infatti potenziato il ruolo della Direzione generale della sanità; conseguentemente, si è potenziato il ruolo programmatori delle ASL, che hanno iniziato a svolgere effettivamente una funzione di regia in merito alla programmazione integrata e di coordinamento rispetto ai soggetti del proprio territorio di riferimento.

contribuito a costruire un assetto ibrido⁶⁵; coerentemente, poi, si è avviato un secondo periodo di riforme⁶⁶ a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, in cui sono stati ulteriormente attenuati gli incentivi alla competizione – a favore del recupero di forme di programmazione centralizzata – e modificati gli strumenti di controllo della spesa; sono stati altresì ridotti⁶⁷ i numeri dei nuovi accreditamenti – affidati in via sperimentale a soggetti *super partes*⁶⁸ – e introdotti dei tetti di spesa diffusi per singolo erogatore⁶⁹.

Si è registrato, dunque, un ritorno parziale alla regola delle quattro A, con il moltiplicarsi degli accordi contrattuali con le strutture private; si è scelto, però,

⁶⁵ A questo ha contribuito anche l'adesione al modello delle "quattro A"; in un simile contesto, la libertà di scelta degli utenti risultava limitata rispetto al modello iniziale, potendo essi scegliere solo tra i fornitori con i quali le ASL hanno via via stipulato accordi contrattuali.

⁶⁶ L.r. 17 dicembre 2001, n. 26 e 16 febbraio 2004, n. 22.

⁶⁷ La l.r. 26/2001 ha stabilito il legame tra accreditamento (a cui viene introdotto un tetto "fino al raggiungimento degli indici programmatori) e indici programmatori definiti dalla normativa nazionale e regionale; si è poi proseguito con l'adozione del PSSR 2002/2004, introduttivo della distinzione tra idoneità a prestare (accreditamento) e abilitazione a fornire attività sanitarie per conto del SSR (accordi contrattuali), nonché soprattutto del superamento dell'equivalenza tra posti letto autorizzati ed accreditati. Questo ha fatto sì che si creassero differenti regimi di erogazione: attività regolarmente accreditati e oggetto di contratto; attività accreditate (requisiti superiori al D.P.R. 1997); attività esercitate in regime privatistico (solo requisiti ex D.P.R. 14 gennaio 1997). Infine, la l.r. 2/2004 ha completato il passaggio chiarendo la funzione degli indici programmatori, i quali fungono da parametro/requisito per l'accreditamento (e non da limite). Cfr. PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., p. 404.

⁶⁸ Regione Lombardia ha infatti utilizzato fino al 2010 il sistema *Joint Commission International (JCI)*, creato dalla organizzazione JCHAO (l'ente accreditante di strutture sanitarie più grande al mondo) e basato su una serie di requisiti *standard* riconosciuti a livello internazionale; il relativo programma è stato previsto nel PSR 2002-2004 e portato avanti dal 2004 al 2010, cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 130 e PORTERA L., *Modello sanitario della regione Lombardia*, cit., p. 187. L'obiettivo era di eliminare alla radice il potenziale conflitto di interessi insito nella confusione tra ente accreditante e ente erogatore pubblico (ma anche privato) sottoposto a procedura. Cfr. sul punto anche DE SCALZI F., *Strutture private e organizzazione sanitaria*, cit. pp. 128 ss., in cui si può ritrovare un efficace parallelismo tra la scelta lombarda e quella della regione Toscana, che – come del resto si vedrà anche per l'Emilia-Romagna – ha preferito ancor oggi mantenere le funzioni di accreditamento in mano a soggetti di derivazione regionale.

⁶⁹ BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, cit., p. 211; NERI S., *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, p. 107.

di far condurre le relative procedure di negoziazione del budget direttamente alla Regione⁷⁰.

3.1.2. Il modello di SSR nella l.r. 23/2015

Al netto dei correttivi al modello competitivo introdotto negli anni, il SSR lombardo ha continuato comunque a caratterizzarsi per alcune peculiarità costanti nel tempo: separazione tra funzioni di programmazione ed erogazione; inserimento massiccio dei privati nel mercato sanitario in condizione di concorrenza e parità con gli erogatori pubblici; libertà di scelta del cittadino, fatti salvi i limiti apportati dalle misure introduttive di specifici tetti di spesa.

Questo assetto è stato comunque interessato da diversi interventi di riforma negli ultimi quindici anni: è prima intervenuta la l.r. 33/del 2009; successivamente, è intervenuta una riforma dell'assetto organizzativo, con l.r. n. 23/2015⁷¹; il modello ivi contenuto non è stato poi superato, come si vedrà, dalla l.r. 22/2021, ma semplicemente implementato e corretto.

La Riforma Maroni ha introdotto un assetto sperimentale del SSR, di durata quinquennale, marcatamente innovativo rispetto al modello del D.Lgs. 502/1992 e diretto secondo i promotori a sopperire ad alcune criticità sussistenti

⁷⁰ Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 129, che però fa notare come mancasse il riferimento, nel riformare le procedure di accreditamento e conclusione degli accordi contrattuali, alla "funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale" aggiunta dalla riforma-ter all'art. 8 *quater* co. 1 D.Lgs. 502/1992, scelta probabilmente dettata dalle difficoltà di ordine budgetario incontrate dal modello lombardo; DE SCALZI F., *Strutture private e organizzazione sanitaria*, cit., p. 129, che poneva ulteriormente il modello lombardo in contrapposizione con quello toscano, in cui la ASL conservava saldamente la competenza di negoziare con le strutture sanitarie sul territorio.

⁷¹ C.D. Riforma Maroni, dal nome dell'allora Presidente di regione, scomparso nel 2022.

nell'operatività del SSR Lombardo – talune anche risalenti nel tempo⁷². Giova qui richiamarne i punti salienti.

È stata confermata la caratteristica fondamentale del SSR Lombardo, ossia la completa separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo, in capo alle neonate Agenzie di Tutela della Salute⁷³, da quelle di erogazione delle prestazioni – con particolare riguardo all'erogazione dei LEA – assegnate alle nuove Aziende Socio-Sanitarie Territoriali⁷⁴ e agli altri erogatori pubblici e privati accreditati. Tale assetto è stato pensato dal legislatore lombardo per ovviare alla frammentazione dei servizi di cura e alla scarsa integrazione tra le attività di cura ospedaliere e quelle territoriali.

Come conseguenza di ciò, il sistema si è strutturato secondo un rigido dualismo istituzionale.

Le otto ATS sono state impostate come articolazione amministrativa della Regione e si sono viste attribuire rilevanti competenze di programmazione e indirizzo: attuazione degli indirizzi regionali; programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi; accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie; stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori sanitari e sociosanitari pubblici e privati accreditati; governo del percorso di presa in carico e del sistema dell'assistenza primaria erogata dai medici di medicina generale⁷⁵ e pediatri di libera scelta⁷⁶, curando anche le convenzioni con questi ultimi e la loro

⁷² Tra di esse, l'incremento della prevalenza dei pazienti con patologie croniche con relativa necessità di tutela della fragilità e di presa in carico; l'elevata frammentazione delle unità di offerta; la centralità marcata dei poli ospedalieri e la conseguente distorsione nell'erogazione dei servizi verso la logica della prestazione; la carenza nella presa in carico da parte del territorio successiva al ricovero; la scarsa integrazione del sistema sanitario con quello socio-sanitario. *Cfr.* Rapporto AGENAS, pp. 5 ss.

⁷³ Nel seguito del documento chiamate ATS; in sostanza, esse andavano a sostituire le vecchie ASL, con competenze parzialmente rinnovate.

⁷⁴ In seguito, semplicemente ASST, sostitutive a grandi linee delle vecchie aziende ospedaliere.

⁷⁵ In seguito, MMG.

⁷⁶ In seguito, PLS.

organizzazione in aggregazioni funzionali territoriali; controllo e vigilanza sulle strutture sanitarie e sociosanitarie, di concerto con l' Agenzia di controllo del SSR.

Emerge qui una differenza sostanziale con il sistema delineato dalla l. 502/1992, che non prevede direttamente un' articolazione territoriale per le attività di programmazione, indirizzo e controllo, ponendole, invece, nella diretta gestione dell' amministrazione regionale, tramite l' assessorato competente.

Nel sistema lombardo ogni ATS è articolata in distretti di numero pari alle ASST in essa ricomprese; fanno capo alla Direzione generale della ATS e sono in connessione funzionale col Dipartimento della programmazione per l' integrazione delle prestazioni sociosanitarie e sociali; ciascun distretto ha competenze variegata e prevalentemente riconducibili a una funzione di raccordo con le ASST di riferimento⁷⁷.

Nella sostanza, dunque, il distretto costituiva, a differenza di quanto delineato con la l. 502/1992, un livello di governo strettamente legato alla Direzione generale della ATS e con funzioni di programmazione ed organizzazione nei confronti delle funzioni degli erogatori del SSL; il tutto, ovviamente, all' interno dell' attività di programmazione superiore effettuata da ATS.

Le ASST, viceversa, sono state configurate come i soli soggetti deputati ad erogare i servizi, in concorrenza con gli altri erogatori pubblici (come gli IRCCS) e privati accreditati.

Esse si compongono innanzitutto di un settore (o polo) territoriale, che ha come competenza primaria l' erogazione, in concorrenza con gli altri erogatori del SSL, delle prestazioni distrettuali di cui al D.Lgs. 502/1992 – contrariamente a quanto

⁷⁷ Tra le altre, programmazione per la realizzazione della rete d' offerta territoriale, con il coinvolgimento dell' assemblea dei sindaci dei piani di zona; gestione delle risorse destinate ad ASST e soggetti erogatori, al fine di garantire l' omogeneità dell' erogazione delle prestazioni distrettuali; garanzia delle funzioni proprie del distretto di cui all' articolo 3 *quinquies* del D.Lgs. 502/1992; governo delle cure primarie e delle attività rivolte alla presa in carico delle persone con cronicità.

accade in altre Regioni, in cui tali prestazioni sono erogate direttamente dai distretti che afferiscono alle ASL. – per il tramite del Settore aziendale Rete Territoriale.

Ogni polo territoriale è stato poi sostanzialmente articolato in due tipologie di strutture: i Presidi ospedalieri territoriali⁷⁸ e i Presidi sociosanitari territoriali⁷⁹, gestiti *in-house* o mediante accordi con un privato accreditato.

Accanto al polo territoriale si è configurato un settore ospedaliero, articolato in presidi ospedalieri, a propria volta disposti su due livelli (ospedali di rete a minore intensità di cura e ospedali di riferimento ad alta intensità di cura), e in dipartimenti. Compiti del settore sono l'erogazione delle prestazioni sanitarie in fase acuta e di quelle specialistiche a livelli crescenti di complessità.

Anche in questo caso, marcata è la differenza col sistema delineato nella l. 502/1992, dove tale dualismo tra soggetti responsabili della programmazione e dell'erogazione delle prestazioni non viene menzionato, riconducendo viceversa entrambe le funzioni alle ASL territoriali; altrettanto peculiare è stata l'articolazione interna delle ASST, che costituisce un *unicum* rispetto all'assetto delle Aziende ospedaliere⁸⁰ configurate dalla normativa nazionale, i cui compiti si limitano unicamente all'erogazione delle prestazioni nosocomiali e non – come nel caso lombardo – anche di quelle di prevenzione e sociosanitarie.

⁷⁸ I Presidi ospedalieri territoriali (di seguito POT) sono strutture multi-servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e socio-sanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

⁷⁹ I Presidi Socio-sanitari Territoriali (di seguito PreSST) costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. Essi:

a) erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità;

b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente;

c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

⁸⁰ In seguito, AO.

Altra caratteristica peculiare del sistema inaugurato dalla Riforma Maroni è consistita nella gestione delle attività di prevenzione: le ATS si sono dotate di un dipartimento *ad hoc* – i cui ambiti di intervento spaziano tra igiene e sanità pubblica, igiene degli alimenti, prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro, etc. – che, assieme alle direzioni sanitarie dell'azienda, avrebbe dovuto svolgere un'attività di coordinamento delle attività di prevenzione e di raccordo con le ASST (attraverso le unità organizzative dell'Area di Prevenzione) e gli erogatori finali delle prestazioni di prevenzione specialistica.

Le attività di prevenzione si sono dunque divise, in ossequio al ricorrente binomio programmazione-erogazione, tra ATS e ASST o altri erogatori accreditati, laddove invece la normativa nazionale prevedeva che l'intera catena venisse gestita dalle ASL.

Riguardo al sistema di controllo e vigilanza, grande importanza è stata conferita all'attività dell'Agenzia regionale di controllo: si trattava di un organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente rispetto alla macchina amministrativa, il cui direttore era però comunque nominato dal Presidente della Giunta regionale – seppur selezionato da un elenco di esperti predisposto da un comitato tecnico consultivo⁸¹.

L'Agenzia predispondeva e proponeva alla Giunta regionale il piano annuale dei controlli e dei protocolli: con essi le ATS – cui spetta in concreto l'attività di controllo⁸² – si devono integrare e coordinare, attraverso l'attività del

⁸¹ Cui si aggiunge un comitato di direzione nominato dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei Presidenti dei gruppi di minoranza, da un elenco di esperti predisposto da un comitato tecnico consultivo che effettua una selezione individuando le candidature più adatte.

⁸² In particolare, sui soggetti erogatori rispetto alla coerenza della loro attività con i documenti di programmazione sanitaria regionale e i relativi protocolli, nonché al rispetto dei requisiti di accreditamento dei privati.

Dipartimento di programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie⁸³.

In sostanza, dunque, l'Agazia si è posta come ente di raccordo funzionale e di garanzia della coerenza del sistema dei controlli sugli erogatori effettuati dalle ATS. Oltre a ciò, si è curata anche di analizzare i dati che derivano dall'attività di controllo e riferiva in merito alla Giunta regionale, a supporto dell'attività di programmazione, nonché al Consiglio regionale stesso.

L'esistenza di questa agazia e il suo lavoro di sinergia con le ASL hanno costituito un *unicum* in un sistema che, a livello di principio, dovrebbe prevedere che i controlli siano in carico a Regione e ASL in via diretta. Nessun ruolo invece è previsto nel sistema dei controlli lombardo per i soggetti erogatori – ovverosia le ASST – se non meramente interni⁸⁴ e volti al miglioramento dei risultati gestionali delle singole aziende.

3.1.3. Il rapporto AGENAS

Come già accennato poco fa, in vista della scadenza della sperimentazione voluta con l.r. 23/2015, nel dicembre 2020 AGENAS ha pubblicato un *report* sullo stato del SSR lombardo, elaborato anche sulla base dei dati forniti dalla Direzione Generale regionale Welfare della stessa Regione.

L'indagine ha restituito un quadro complesso, in cui al riconoscimento dei diversi punti di forza della sperimentazione si è contrapposto un monito su alcune criticità, relative tanto al funzionamento del modello in sé, quanto allo scostamento dello stesso da quanto dettato in via di principio dal D.Lgs. 502/1992; successivamente, veniva prospettata una proposta di modifica organizzativa del sistema che riavvicinasse il modello lombardo alla normativa statale, cui si

⁸³ È lo stesso dipartimento che svolge le funzioni di programmazione.

⁸⁴ Controllo di gestione, nuclei interni di controllo sulle prestazioni, *internal audit*, RPCT.

aggiungevano alcune raccomandazioni in grado di favorire risultati migliorativi in termini di efficienza⁸⁵.

3.1.3.1. Le criticità emerse a seguito del monitoraggio

La prima parte del *Report* si è concentrata sulla disamina del contesto e delle esigenze che avevano portato la precedente giunta lombarda ad operare la sperimentazione del 2015⁸⁶ e sulla ricostruzione delle caratteristiche che la differenziano dal modello configurato dal già citato D.Lgs. 502/1992⁸⁷; in seguito, l'agenzia ha compiuto⁸⁸ un'approfondita analisi dei dati raccolti in sede di verifica della sperimentazione stessa. Questi dati, ha sottolineato l'agenzia, hanno restituito un quadro negativo rispetto alla riforma del 2015, che ha modificato l'architettura istituzionale e organizzativa del SSR ma non ha prodotto nel breve e medio periodo un miglioramento del livello di servizio e della qualità del sistema sanitario lombardo.

Sulla base di queste premesse, nella seconda parte del documento l'Agenzia ha adottato un approccio critico, mettendo in luce le problematiche riscontrate nell'operatività quinquennale del modello sperimentale lombardo. Si è puntato il dito, anzitutto, sulla frammentazione dell'impianto di *governance* del sistema, i cui effetti sono riassumibili sostanzialmente in una risposta non coordinata ai bisogni sociosanitari della popolazione da parte della totalità dei soggetti erogatori⁸⁹.

⁸⁵ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1309.

⁸⁶ Rapporto AGENAS, pp. 5 ss.

⁸⁷ Come si vedrà diffusamente più avanti, l'eccessivo scostamento dal modello nazionale è uno dei capisaldi su cui l'agenzia ha costruito le critiche e le proposte di modifica del sistema sperimentale lombardo.

⁸⁸ Rapporto AGENAS, pp. 32 ss.

⁸⁹ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1310.

Nello specifico, l’Agenzia ha sottolineato le difficoltà di coordinamento in tema di attribuzione delle competenze tra ATS e ASST, per via della separazione⁹⁰ delle funzioni di governo da quelle di erogazione delle attività territoriali; a tale questione si legava inoltre la critica mossa dall’Agenzia verso l’ambiguità del ruolo e delle funzioni del distretto nel sistema lombardo, non più luogo di sintesi tra i bisogni di salute della popolazione di riferimento e l’offerta dei servizi ma articolazione delle ATS titolare di compiti di governo e programmazione.

Il secondo punto su cui si è soffermato il report – peraltro supportato anche dalle critiche mosse dalle consultazioni effettuate presso gli stessi enti erogatori, segnala AGENAS⁹¹ – concerne la frammentazione delle funzioni di controllo in capo ad enti diversi⁹², mancando invece del tutto un ruolo di vigilanza diretta da parte della Regione.

In questo scenario, l’attività dell’Agenzia di controllo sarebbe apparsa insufficiente a uniformare gli *standard* di vigilanza su tutto il territorio regionale; ciò avrebbe causato la disomogeneità nell’erogazione dell’offerta stessa⁹³ – tanto

⁹⁰ La quale peraltro risulta non sempre efficace – come nel caso della materia della prevenzione – a tal punto da sfociare in alcuni casi in una cogestione delle singole funzioni relative a un determinato ambito tra i due enti, con relativo problema di attribuzione di responsabilità e di coordinamento.

⁹¹ Rapporto AGENAS, p. 15.

⁹² Riassumendo, l’Agenzia di controllo svolge un ruolo di coordinamento, mentre le otto ATS effettuano i controlli specifici per il loro ambito territoriale.

⁹³ La disomogeneità tanto dei miglioramenti quanto delle criticità legate al modello sperimentale del SSR lombardo è il principale elemento emerso nell’analisi dei dati di AGENAS, la quale punta molto sulla capacità di risposta omogenea del sistema: secondo l’agenzia, infatti, dovrebbe essere obiettivo primario dello stesso “*minimizzare la cosiddetta “variabilità evitabile”, ovvero quelle disomogeneità geografiche nel livello e nella qualità dei servizi sanitari, non imputabili alle preferenze dei pazienti o della collettività, quanto piuttosto a problemi di inappropriata clinico-organizzativa, a squilibri non giustificati nell’allocazione delle risorse o più in generale a fenomeni di iniquità*”, p. 43 del rapporto.

Agenas ha così condotto un’analisi (pp. 44 e seguenti) delle tendenze su 34 indicatori di efficienza del SSR, aggregando i risultati a livello di ATS e di distretto. Ne è risultato che, in riferimento all’anno 2019, tra gli indicatori che registrano la maggiore variabilità infra-regionale sono inclusi sia gli indicatori indiretti sulla presa in carico delle patologie croniche, sia gli indicatori attinenti all’assistenza domiciliare; gli ambiti rispetto ai quali si registra invece la minore variabilità infra-regionale nel 2019 sono invece relativi agli indicatori inerenti al tasso di ospedalizzazione.

tra le diverse ATS quanto nelle diverse aggregazioni territoriali all'interno delle stesse – non segnalata né rettificata *post* controlli.

Nello specifico dell'attività di vigilanza, particolare attenzione è dedicata nel *report* ai sistemi di accreditamento, i cui requisiti sono apparsi talvolta obsoleti agli occhi dell'agenzia, e ai criteri di erogazione delle sanzioni, reputati disomogenei tra le diverse ATS.

Sullo stesso binario si è mossa poi la critica mossa dall'agenzia all'attività di controllo delle ATS in merito al rispetto degli adempimenti previsti dalle regole di sistema, la quale è risultata non efficiente a causa delle carenze nei flussi informativi o di non meglio specificate ragioni di natura organizzativa emerse al momento delle relative verifiche.

Lo stesso sistema di controllo, secondo AGENAS, non rispecchierebbe, inoltre, pienamente l'obiettivo dell'aderenza dell'offerta sanitaria al fabbisogno, dal momento che il relativo monitoraggio privilegia gli aspetti quantitativi rispetto alle verifiche sulla qualità delle prestazioni erogate⁹⁴.

Altra critica di AGENAS ha riguardato l'assenza di un solido raccordo organizzativo tra strutture ospedaliere (ASST) e territorio, cui l'agenzia associa come conseguenza l'inappropriatezza nel percorso di presa in carico, soprattutto dei pazienti più fragili e relativamente ad alcuni territori⁹⁵.

Più nello specifico, è sembrato essere il settore sociosanitario quello più in difficoltà rispetto alla risposta efficace ai fabbisogni della popolazione: secondo Agenas, tutto ciò è dovuto all'assenza di un percorso strutturato, analogo a quello

Rispetto invece all'andamento temporale della variabilità infra-regionale dei 34 indicatori in esame, il confronto tra il 2016 e il 2019 ha fatto emergere delle contrazioni del coefficiente di variazione più marcate per gli indicatori riferiti all'attività vaccinale, all'area farmaceutica e ai tassi di ospedalizzazione, e degli aumenti per gli indicatori indiretti sulla presa in carico delle patologie croniche e per quelli attinenti all'assistenza domiciliare.

⁹⁴ Questo vale in particolare per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di salute degli assistiti.

⁹⁵ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1310.

che si svolge nell'ambito sanitario, di confronto e definizione di obiettivi con gli erogatori pubblici e privati accreditati basato sulle evidenze epidemiologiche e sugli indicatori PNE⁹⁶.

Grande accento è stato posto dall'agenzia anche sulla separazione delle funzioni di prevenzione, con l'attribuzione delle competenze di governo alle ATS e di erogazione alle ASST; anche in questo caso, il dualismo programmazione-erogazione avrebbe creato secondo l'agenzia una risposta non coordinata della medicina preventiva, col risultato di indebolire questa funzione strategica⁹⁷.

La chiosa finale dell'agenzia verte sull'assetto competitivo instauratosi nel SSL tra ASST ed erogatori privati accreditati – alcuni dei quali con rilevanza nazionale oltre che locale – il quale ha generato difficoltà nell'assegnazione dei budget, nel controllo delle prestazioni erogate, nella garanzia dell'omogeneità nella qualità dei servizi e infine nella coerenza dell'offerta rispetto alla programmazione regionale e alla effettiva soddisfazione del fabbisogno di assistenza rilevato.

3.1.3.2. L'impatto della pandemia sul SSR lombardo

Nel report AGENAS ha dedicato uno spazio anche all'impatto che ha avuto la pandemia da Covid-19 sul sistema sanitario lombardo.

La disamina si è concentrata – al netto della sua redazione in una fase precoce della pandemia stessa – sulla riorganizzazione che il SSR Lombardo ha subito a partire da quanto stabilito con le delibere regionali che si sono susseguite a partire dall'8 marzo 2020⁹⁸.

⁹⁶ Questo aspetto è stato ripreso da AGENAS seguendo anche quanto pervenuto nelle audizioni degli *stakeholder*, *cfr.* Rapporto AGENAS, *cit.*, p. 12.

⁹⁷ Rapporto AGENAS, *cit.*, pp. 63-64.

⁹⁸ Sinteticamente, la D.G.r. n. 2906 ha decretato una sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, l'individuazione di centri *hub* per le patologie tempo-dipendenti e oncologiche, la creazione di una Centrale Unica Regionale di Dimissione Post-

A causa delle tempistiche di redazione e uscita del *report*, nonché per evitare probabilmente di connotare politicamente un resoconto di natura prettamente tecnica, AGENAS ha evitato invece di approfondire gli aspetti problematici emersi in relazione alla risposta del sistema lombardo verso l'emergenza; tuttavia, sarebbe stato opportuno probabilmente effettuare alcuni rilievi su alcune criticità emerse in Lombardia, soprattutto durante la prima fase dell'epidemia.

L'apparato sanitario lombardo è stato il primo, assieme a quello veneto, ad essere investito dall'emergenza pandemica nel febbraio-marzo 2020; la Lombardia è risultata essere anche la Regione più colpita, in termini di contagi e numero di decessi in assoluto. Se però si guarda ai dati ponderati⁹⁹, si nota che la situazione epidemiologica regionale non si discosti eccessivamente da quanto verificatosi a livello nazionale; questi dati sono, peraltro, in linea con la manifestazione diffusa di criticità in gran parte dei SSR, soprattutto in termini di saturazione degli ospedali e di differimento nell'erogazione delle prestazioni non emergenziali.

Ospedaliera e l'istituzione di un servizio ADI COVID. Tale organizzazione ha permesso di separare i pazienti COVID e non-COVID e garantire la redistribuzione dei pazienti necessitanti di terapia intensiva a livello regionale e.

Con la successiva Delibera n. 3115 del 7 maggio 2020 la Regione si è impegnata invece al ripristino delle attività non urgenti, comprese le attività di vaccinazione dell'infanzia e screening oncologici che erano state garantite anche durante il periodo di emergenza.

Con la delibera n. 3525 del 5 agosto 2020, l'ultima considerata dal rapporto, il SSL ha approvato un Piano di potenziamento della rete territoriale volto a dare nuovi strumenti in caso di nuova ondata pandemica; in particolare, gli interventi sono stati rivolti alla revisione della rete territoriale, della rete delle cure primarie, della rete delle unità di offerta extra-ospedaliera riabilitativa e subacuta, alla promozione dei servizi di telemedicina.

⁹⁹ In verità, i dati statistici (aggiornati al 06/09/2023, fonti: portale del Ministero della salute, consultabile su opendatamds.maps.arcgis.com, e portale curaitalia.it/covid-19-regioni) raccontano una situazione piuttosto diversificata sull'incidenza del virus nelle diverse Regioni. La Lombardia non si differenzia tanto né per il numero di casi (che ogni centomila abitanti si attesta al 42,03%, leggermente inferiore rispetto al 44,01% nazionale e in linea col 41,97% di Regione Puglia; molto decisamente meno, invece, del 48,85% dell'Emilia-Romagna), quanto piuttosto per il numero di decessi (che ogni centomila abitanti si attesta allo 0,46%, ben maggiore dello 0,32% nazionale e del dato di Regione Puglia, 0,25%; in linea, invece, il dato emiliano-romagnolo, 0,44%). Bisogna però considerare che i dati lombardi si sono riallineati a quelli nazionali sul lungo periodo, mentre erano molto maggiori durante le prime fasi della pandemia.

Ciò non toglie che in Lombardia si siano comunque manifestate delle criticità peculiari¹⁰⁰: difficoltà nel tracciamento dei contagi e nella corretta rendicontazione dei dati periodici sui positivi, sugli ospedalizzati, sulle dimissioni, etc.; scelte discutibili in merito all'istituzione delle c.d. zone rosse di rischio a livello locale¹⁰¹; il collocamento, previsto con D.G.r.¹⁰², dei degenti e convalescenti da COVID-19 nelle strutture sociosanitarie (in particolare RSA)¹⁰³; le difficoltà di gestione delle prenotazioni vaccinali da parte di ARIA, con relativo dibattito sull'efficienza dell'operato dell'agenzia stessa.

In alcuni casi, è ragionevole pensare che queste difficoltà siano scaturite da singole scelte estemporanee prese dagli attori istituzionali durante l'emergenza, come nel caso delle zone rosse o del ricovero nelle RSA dei lungodegenti Covid; in altri, esse sono state riscontrate non solo in Lombardia, testimoniando una generale impreparazione del SSN di fronte a una eventuale emergenza pandemica¹⁰⁴; in altri casi ancora, esse sono scaturite da scelte di politica sanitaria, proprie del modello sanitario lombardo, che già prima della pandemia hanno causato delle criticità.

¹⁰⁰ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1308.

¹⁰¹ Ci si riferisce in particolare alla scelta di non istituire una "zona rossa" nei comuni di Alzano Lombardo e Nembro a cavallo tra febbraio e marzo del 2020. Su questo ritardo si è aperta un'indagine giudiziaria rispetto a possibili responsabilità tanto del governo regionale (in particolare dell'allora assessore al *welfare* Gallera e del Presidente Fontana), quanto dell'esecutivo nazionale (Ministro Speranza e Presidente del Consiglio Conte *in primis*). Le accuse vertevano su presunte pressioni che alcuni rappresentanti delle attività produttive lombarde avrebbero esercitato sugli attori istituzionali per evitare la chiusura generalizzata.

¹⁰² D.G.r. n. XI / 3018 del 30/03/2020.

¹⁰³ È plausibile che l'alto tasso di mortalità registrato in Lombardia sia dovuto proprio a questa scelta, che ha causato un altissimo numero di decessi tra i ricoverati nelle RSA; tuttavia, le inchieste in merito sono state archiviate, sulla base della constatazione che le conoscenze presenti all'epoca per fronteggiare l'epidemia non fossero tali da permettere di prendere una decisione diversa. Di conseguenza, non sono stati riscontrati dei profili di responsabilità per colpa nella scelta della collocazione dei degenti Covid.

¹⁰⁴ Un esempio eclatante di ciò è stato la difficoltà di reperimento, agli inizi dell'emergenza, delle DPI necessarie per le dotazioni del personale, delle forze dell'ordine e di tutte le categorie a rischio che svolgono un servizio pubblico essenziale.

AGENAS avrebbe dovuto dedicare uno spazio *ad hoc* per la disamina di questi aspetti specifici; come si vedrà poi, la riforma regionale del 2022 contiene in realtà diverse previsioni sulla materia pandemica.

3.1.3.3. Le soluzioni proposte da AGENAS

A seguito delle analisi esposte¹⁰⁵, AGENAS ha proseguito il *report* con l'individuazione di alcune proposte migliorative della l.r. 23/2015, dirette alla correzione delle criticità emerse¹⁰⁶.

AGENAS ha precisato che *“la proposta che viene prospettata più avanti riprende gli attori del sistema lombardo – senza stravolgerne la tassonomia istituzionale”*¹⁰⁷, proponendo viceversa una revisione di alcuni specifici aspetti dell'impianto organizzativo e istituzionale del SSL.

L'obiettivo principale è stato innanzitutto l'armonizzazione della normativa regionale con il D.Lgs. 502/1992¹⁰⁸. Accanto a ciò, l'agenzia ha fissato poi degli obiettivi più specifici: semplificazione della catena di comando; maggior appropriatezza nella definizione delle aree di responsabilità; maggiore integrazione degli attori nel sistema, in particolare dei privati accreditati, la cui offerta deve essere finalizzata verso gli ambiti in cui siano rilevate, sulla base dei controlli della Regione stessa, delle criticità nel soddisfacimento dei bisogni

¹⁰⁵ Comprensive, come si è già sottolineato *obiter dictum*, anche di segnalazioni e richieste scaturite dalle attività di audizione degli stakeholder regionali.

¹⁰⁶ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1309.

¹⁰⁷ Rapporto AGENAS, p. 62.

¹⁰⁸ È d'obbligo sottolineare come questo sia stato, agli occhi di AGENAS, il principale obiettivo da perseguire con una revisione della sperimentazione del SSR lombardo, tanto che i relativi cambiamenti auspicati sono reputati dall'agenzia come *“obbligatori e necessari”*.

Questa impostazione appare scontata se ricondotta alla regola generale del rispetto dei principi nazionali da parte della normativa regionale nelle materie di c.d. legislazione concorrente; tuttavia, come si vedrà in seguito, molte di queste indicazioni di AGENAS hanno trovato poco o nullo riscontro nelle proposte di modifica contenute nella bozza licenziata dalla Giunta regionale a fine luglio, a testimonianza dell'importanza di alcune scelte di politica sanitaria fatte a suo tempo nella riforma del 2015 e difese gelosamente dall'attuale amministrazione regionale in continuazione di quella visione.

effettivi della popolazione; maggiore funzionalità dell'impianto istituzionale del SSL, al fine del rafforzamento del governo regionale sull'offerta.

Sulla base di queste linee direttive, AGENAS ha proposto innanzitutto che le principali funzioni oggi in capo alle diverse ATS venissero ricondotte – laddove non lo fossero già – nell'alveo del governo regionale: oltre alle più generali funzioni di pianificazione, programmazione e indirizzo dell'offerta sanitaria regionale, già in capo all'ente regionale, si sarebbero aggiunte così anche le funzioni di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta¹⁰⁹.

Rispetto al riordino istituzionale, AGENAS ha suggerito la costituzione di un'unica ATS di ambito regionale, in sostituzione delle attuali otto, suddivisa eventualmente in articolazioni territoriali funzionali più omogenee rispetto all'attuale suddivisione¹¹⁰.

Tale ATS avrebbe assunto su di sé innanzitutto delle funzioni tecnico-amministrative specialistiche a livello accentrato, oltre a porsi come organismo di coordinamento delle ASST e di supporto nel miglioramento dei processi tecnico amministrativi e di organizzazione sanitaria e sociosanitaria; essa avrebbe ricoperto, inoltre, l'incarico tecnico di supporto alla programmazione regionale¹¹¹, nonché tutte le funzioni tecnico amministrative per cui l'accentramento permette efficienze e semplificazione dei processi.

Nell'ottica poi di un'ulteriore rafforzamento della *governance* regionale, AGENAS ha auspicato che le restanti funzioni oggi in capo ad ATS transitino sotto il

¹⁰⁹ Competenza particolarmente delicata in un contesto come quello lombardo in cui gli operatori privati operano in gran numero; non sempre, peraltro, questa funzione di accreditamento ha garantito, secondo AGENAS, che i privati accreditati fossero valorizzati all'interno della programmazione regionale al fine di colmare le criticità emerse nell'erogazione dell'offerta sanitaria.

¹¹⁰ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1311.

¹¹¹ Attraverso attività di valutazione epidemiologica, analisi di dati e informazioni, supporto tecnico per l'adozione di provvedimenti regionali.

cappello della Regione, in via diretta o per il tramite dell'ATS unica: *in primis*, le attività di negoziazione e contrattazione con gli erogatori privati accreditati di profilo regionale ed extraregionale¹¹², pur sulla base dell'analisi del fabbisogno locale svolta dalle ASST; in secondo luogo, le attività di controllo sul rispetto degli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati di valenza regionale¹¹³.

Per le ASST¹¹⁴ AGENAS ha ipotizzato invece un ruolo ampliato rispetto all'attuazione degli atti di indirizzo, pianificazione e programmazione regionali (funzione oggi completamente demandata alle ATS), da realizzarsi attraverso una programmazione di secondo livello orientata all'organizzazione dei servizi a livello locale; più nello specifico, rientrerebbero nelle competenze delle ASST la definizione – previa valutazione del fabbisogno locale – degli Accordi Contrattuali con gli erogatori di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali e sociosanitarie di scala prettamente locale, nonché l'attività di controllo sul rispetto degli stessi (con particolare attenzione sulla congruità delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriale)¹¹⁵.

AGENAS ha lanciato proposte anche in merito alla rivisitazione dei distretti sanitari, per i quali veniva auspicato un ritorno nell'alveo della normativa nazionale; non più, dunque, distretti come sottordine organizzativo delle ATS, ma incardinati all'interno delle ASST e coordinate col polo ospedaliero di queste ultime.

¹¹² I quali, segnala AGENAS, per loro natura non sono prettamente interessati a rispondere ad una domanda di salute localmente delimitata. Rapporto AGENAS, p. 64.

¹¹³ Ambito nel quale si auspica il coinvolgimento dell'Agenzia di controllo.

¹¹⁴ Per le quali viene auspicata una revisione del numero e delle dimensioni, al fine di renderle maggiormente funzionali all'organizzazione dei servizi sanitari della popolazione di riferimento ed efficienti nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

¹¹⁵ Queste ultime previsioni in particolare costituiscono il superamento della dicotomia organizzazione/erogazione che contraddistingue il SSR lombardo, per approdare a una suddivisione delle competenze maggiormente settata sulla dimensione, da un lato regionale/interregionale e dall'altro locale, dell'ambito considerato e degli attori coinvolti. Cfr. BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1311.

I compiti dei distretti, di conseguenza, sarebbero stati completamente ridefiniti: si è auspicato un ritorno al distretto come luogo cardine dell'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale, con la possibilità di garantire tanto il livello di erogazione dei servizi quanto il governo dei processi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

In questo modo, i distretti sarebbero tornati di prepotenza in primo piano in sede di erogazione dei LEA territoriali; la conformità dell'offerta distrettuale, d'altro canto, sarebbe stata coordinata col fabbisogno del territorio di riferimento costituendo distretti che siano omogenei dal punto di vista territoriale¹¹⁶.

Nella visione dell'agenzia è apparso necessario che tra distretto (quale erogatore di prestazioni sociosanitarie) ed Enti locali (nella veste di erogatori delle prestazioni sociali) vi fosse un coordinamento ed un'integrazione maggiori; per questo vi dovrebbe essere coincidenza territoriale tra distretto e ambito distrettuale di pertinenza degli enti locali associati, nonché coinvolgimento dei sindaci tramite incontri operativi stabili al fine di delineare una programmazione integrata.

Sul piano dei controlli, oltre a quanto già detto in precedenza, AGENAS ha proposto nuove e ulteriori attribuzioni all'Agenzia di controllo¹¹⁷: tra le altre, nuovi compiti di programmazione, analisi, vigilanza e supervisione dell'attività di controllo svolta sul sistema di erogazione delle prestazioni da parte di aziende pubbliche ed erogatori privati accreditati, nonché la competenza all'emanazione di direttive basate sulle analisi dei risultati dell'attività di controllo e alla

¹¹⁶ Proposta condivisa anche dagli *stakeholder* auditi, p. 13 del report.

¹¹⁷ Per la quale si auspica, peraltro, una revisione non meglio specificata della composizione, al fine di accentuarne la terzietà e il profilo tecnico-scientifico.

risoluzione delle contestazioni sorte a seguito dei controlli svolti dagli altri enti regionali¹¹⁸.

Sul capitolo prevenzione, AGENAS ha posto l'accento innanzitutto sulla necessità di istituire dei Dipartimenti di prevenzione non più nelle ATS, ma all'interno delle ASST, con compiti completamente ridefiniti, tanto di governo quanto di erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione¹¹⁹.

AGENAS poi ha avanzato delle proposte più specifiche, tra cui spiccava quella di istituire dei Dipartimenti di Salute Mentale, quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio di riferimento; essi avrebbero dovuto, nei propositi dell'agenzia, lavorare a stretto contatto coi neocostituiti dipartimenti di prevenzione delle ASST e col direttore sociosanitario, in modo da poter avere una regia comune rispetto all'erogazione delle prestazioni riguardanti la salute mentale tanto in via diretta quanto tramite gli operatori dell'offerta sanitaria.

Sempre sul versante dell'erogazione si è collocata poi la proposta di rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio¹²⁰, facendo leva sulla valorizzazione di

¹¹⁸ AGENAS, in un inciso, suggerisce peraltro che una soluzione alternativa potrebbe consistere nel trasformare l'Agenzia di controllo nel catalizzatore di tutte le attività di vigilanza sugli erogatori pubblici e privati accreditati; soluzione probabilmente solo abbozzata perché nel concreto comporterebbe l'ampliamento consistente dell'organico e dell'impianto organizzativo dell'agenzia stessa, soprattutto mediante ricollocamento del personale proveniente dalle altre istituzioni del SSL. Cfr. BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1311.

¹¹⁹ Alla prevenzione AGENAS dedica inoltre numerose proposte di complemento: *in primis*, auspica la riconduzione della competenza in materia di prevenzione delle malattie infettive (tanto di *governance* quanto di erogazione) ad un unico soggetto, viste le difficoltà nella celere risposta sul punto da parte del sistema durante la gestione pandemica; in secondo luogo, suggerisce di potenziare le campagne di comunicazione, al fine di aumentare la diffusione della conoscenza dei programmi di prevenzione e promozione della salute; infine, l'agenzia richiede di puntare sull'intensificazione degli interventi di prevenzione specifici per gli anziani fragili in età pre-non autosufficienza (70-80 anni).

¹²⁰ Obiettivo peraltro condiviso dalla stessa l.r. 23/2015, con esiti però esigui.

alcune soluzioni organizzative e di alcuni strumenti già previsti dalla riforma lombarda¹²¹, oltre a investire sull'introduzione o il rafforzamento di innovazioni organizzative¹²².

AGENAS si è soffermata infine anche sull'ambito delle cure primarie, per le quali viene auspicata l'integrazione tra la medicina primaria e gli altri servizi del sistema sanitario tramite la condivisione del fascicolo sanitario elettronico e il finanziamento di infrastrutture e tecnologie adeguate.

3.1.4. La riforma del SSR con l.r. 22/2021

A distanza di un anno dalla scadenza della sperimentazione della l.r. 23/2015, il SSR lombardo è stato riformato con l.r. 22/2021 – c.d. Riforma Moratti – approvata a partire dal progetto licenziato dalla Giunta regionale della Lombardia con D.G.r. XI/5068 del 22.7.2021.

Ancora prima, nel maggio 2021 la Giunta aveva approvato le *Linee di dell'assetto del sistema socio-sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 232*¹²³; in questo documento, assieme al disconoscimento di numerose richieste di modifica di AGENAS, la giunta ha formulato gli indirizzi cui la riforma si sarebbe dovuta attenere¹²⁴.

Anzitutto, sono state confermate con forza le due colonne portanti su cui si regge il modello sanitario regionale: il principio della libertà di scelta del cittadino – dei percorsi di diagnosi e cura, delle strutture sanitarie e sociosanitarie e del

¹²¹Si ricordano, tra le altre: l'incremento numerico dei POT e dei PreSST; il potenziamento del servizio di ADI; la valorizzazione della Gestione Operativa anche in sede di dimissione; investimenti ulteriori sul fascicolo sanitario elettronico; l'estensione modello di Presa in Carico (PIC) dei pazienti cronici.

¹²²Su tutte l'introduzione della figura dell'infermiere di comunità e dell'infermiere di famiglia e la promozione di forme di cooperazione/agggregazione dei MMG/PLS, soprattutto in configurazioni multi-specialistiche.

¹²³ D.G.r. n. 4811 del 31 maggio 2021. Si noti la scelta – discrezionale, trattandosi di un documento di indirizzo – di non approvare tale deliberazione con passaggio consiliare.

¹²⁴ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1311.

personale sanitario – considerato irrinunciabile patrimonio del Sistema socio-sanitario Lombardo¹²⁵; l'equivalenza, l'integrazione e la sussidiarietà tra strutture pubbliche e private accreditate, da salvaguardare e rafforzare nel percorso volto alla ricerca della sempre maggior appropriatezza e qualità¹²⁶.

Sul piano della struttura della *governance*, il documento non prevedeva particolari stravolgimenti, né modifiche sostanziali delle funzioni in capo all'assessorato al welfare, del quale sarebbero state consolidate le funzioni guida; di conseguenza, è stata rigettata la strada della costituzione di un'unica ATS a cui affidare la contrattazione con i privati.

Qualche elemento di novità era previsto per il potenziamento della rete territoriale, con l'obiettivo prioritario dello sviluppo della continuità assistenziale; sotto questo profilo, la riforma avrebbe dovuto prevedere misure di valorizzazione delle professioni sanitarie (con particolare riguardo alla figura dell'infermiere di famiglia), la costituzione delle Centrali Operative Territoriali (da qui in poi COT), la definizione di protocolli e percorsi gestiti dalle COT per le dimissioni dei pazienti fragili e regolamentazione del relativo progetto individuale e, infine, l'implementazione del servizio di assistenza domiciliare integrata quale prima scelta del paziente dimesso¹²⁷.

Particolare attenzione, a detta della giunta, sarebbe stata rivolta alla medicina territoriale, attraverso una sempre maggiore integrazione tra i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri e la realizzazione delle Case della Comunità. All'interno proprio di queste ultime dovrebbe realizzarsi l'integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari con i servizi sociali

¹²⁵

¹²⁶ Coerentemente con questo indirizzo, dovevano essere previsti alcuni interventi correttivi per assicurare la parità di diritti e obblighi tra strutture pubbliche e private – come l'adozione di un sistema d'informazione trasparente sulle performance. Cfr. BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1312.

¹²⁷ Anche in questo caso, come si vedrà, affidando la gestione dell'ADI tanto a erogatori pubblici quanto ai privati. Cfr. BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1313.

territoriali, configurandosi così quale punto di riferimento continuativo per la popolazione.

Coerentemente con queste linee programmatiche, la riforma è intervenuta solo in maniera parziale sull'impianto della l.r. 33/2009, operando solo delle modifiche mirate ai Titoli I e VII¹²⁸; sono state altresì richiamate esplicitamente in alcuni punti le considerazioni pervenute dal *report* di AGENAS¹²⁹; tralasciando però quelle più incisive e aggiungendo d'altro canto ulteriori elementi non emersi nel citato *report*.

Si segnala, peraltro, che la pur giovane riforma ha già subito alcune modifiche – la maggior parte delle quali con l.r. 20 maggio 2022, n. 8¹³⁰ – volte ad onorare l'impegno assunto con il Governo¹³¹, a seguito delle osservazioni formulate dal Ministero della salute, dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della giustizia in ordine a diverse disposizioni della riforma¹³².

¹²⁸ Non sono state invece presentate modifiche, come si vedrà più avanti, per alcune parti della l.r. 33 che riportano la disciplina di dettaglio di alcuni ambiti, toccati solo marginalmente dalla riforma: il titolo III sui rapporti tra Regione e università con facoltà di medicina; il titolo V, dedicato alla salute mentale; infine, il titolo VI, in materia di prevenzione e promozione della salute.

La sensazione, ad una prima lettura, è che l'obiettivo del governo regionale con questa riforma fosse intervenire sul livello organizzativo del SSR lombardo, piuttosto che su quello sostanziale.

¹²⁹ Al quale si rimandava già nell'introduzione del progetto di legge, per sottolineare alcune necessità di intervento di armonizzazione con la normativa nazionale.

¹³⁰ "Prima legge di revisione normativa ordinamentale 2022", proposta in ottemperanza all'art. 1 co. 3 l.r. 8 luglio 2014, n. 19 ("Disposizioni per la razionalizzazione di interventi regionali negli ambiti istituzionale, economico, sanitario e territoriale"), per cui il Presidente della Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, due volte l'anno, un progetto di legge di revisione normativa ordinamentale.

¹³¹ Nota prot. Protocollo A1.2022.0120093 del 10/02/2022.

¹³² Come si può chiaramente dedurre dalla rubrica del Titolo IV della l.r. 8/2022, in cui sono contenute le previsioni di modifica (art. 10) della l.r. 22/2021: "attuazione di impegni assunti con il Governo in applicazione del principio di leale collaborazione"; le modifiche verranno via via illustrate con l'analisi della riforma Moratti.

3.1.4.1. Le novità della riforma Moratti: le previsioni pandemiche

Tra le previsioni contenute nella legge spiccano senza dubbio quelle necessarie al fine di garantire in futuro una risposta adeguata da parte del Sistema sanitario regionale ad una eventuale situazione pandemica come quella verificatasi col Covid-19.

Come da richiesta di AGENAS, la prima e principale previsione aggiuntiva in materia è stata l'introduzione¹³³ del c.d. Piano pandemico regionale – ora Piano regionale strategico operativo influenzale a seguito di modifica con l.r. 8/2022¹³⁴ – il cui contenuto dovrà necessariamente essere correlato al futuro Piano pandemico nazionale.

Il piano strategico, di durata triennale ed aggiornato in funzione dei dati epidemiologici, viene approvato dal Consiglio su proposta della Giunta regionale; interessante, in ottica futura, sarà capire quale margine di discrezionalità verrà accordato alla Regione nella redazione del piano e quali enti del SSR verranno chiamati a partecipare alla sua redazione e alla sua attuazione¹³⁵

Sempre in ottica pandemica qualche perplessità destano invece le modifiche all'art. 5 *bis*¹³⁶, disciplinante le funzioni dell'Osservatorio epidemiologico regionale, l'organismo tecnico che, per conto della Direzione generale

¹³³ Art. 5 l.r. 22/2021, introduttivo dell'art. 4 *ter* l.r. 33/2009.

¹³⁴ La modifica si è resa necessaria a seguito di quanto stabilito nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 25 gennaio 2021, di cui si parlerà più diffusamente *infra* nel paragrafo conclusivo del Cap. IV.

¹³⁵ Il riferimento è non solo agli enti che compongono il SSR lombardo, in particolare le ATS e le ASST – le quali, specie con l'introduzione dei nuovi dipartimenti di prevenzione, saranno sicuramente investite di competenze in tal senso: è auspicabile infatti che alcune funzioni vengano attribuite anche agli enti locali, comuni *in primis*, soprattutto per quanto concerne alcuni aspetti legati non tanto alla vigilanza pre-pandemica, ma successivi allo sviluppo di una eventuale pandemia (come ad es. l'organizzazione emergenziale dell'assistenza socio-sanitaria delle persone fragili e la distribuzione di DPI nelle prime fasi dell'emergenza).

¹³⁶ Modificato con art. 7 l.r. 22/2021.

dell'Assessorato al Welfare, si occupa principalmente della raccolta dei "dati che riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione"¹³⁷.

Le previsioni di modifica sono perlopiù di natura formale e dunque poco rilevanti; considerate le difficoltà – invero non solo relative a Regione Lombardia – rispetto all'efficace tracciamento dei contagi e alla conseguente raccolta dei dati epidemiologici verificatesi nella prima fase dell'emergenza, era lecito aspettarsi interventi più sostanziosi su questo tema, mirati a efficientare l'attività dell'organismo tecnico attraverso il miglior coordinamento in sede di trasmissione dei dati con la rete territoriale¹³⁸.

Questa scelta suscita ulteriori perplessità se collegata poi alla proposta di costituzione del nuovo Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive¹³⁹: pensato come ente di supporto tecnico-scientifico¹⁴⁰ alla Regione e al SSR, esso assumerebbe numerose funzioni prevalentemente legate all'organizzazione *pre* e *post* pandemica: gestione dei dati epidemiologici in relazione ad epidemie e pandemie; preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche; gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche a livello clinico e diagnostico; ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione,

¹³⁷ È l'organo che a inizio 2021 era stato protagonista in negativo per le incongruenze emerse nella comunicazione dei dati Covid di Regione Lombardia all'ISS, necessari per la valutazione delle fasce di rischio stabilite dal governo nazionale al fine dell'applicazione graduale delle misure anti-Covid a seconda della gravità della pandemia nelle singole Regioni. Cfr. sul punto https://www.infodata.ilsole24ore.com/2021/01/31/cronaca-critica-della-diffusione-dei-dati-nuova-puntata-aggionato/?refresh_ce=1.

¹³⁸ In particolare, l'intervento più urgente era richiesto al fine di velocizzare e rendere omogenea per tutto il territorio la trasmissione del flusso dei dati, nonché per rendere omogenei i criteri di conteggio per i vari indici ritenuti rilevanti per l'andamento della pandemia (contagi, numero di ospedalizzati, posti occupati nelle terapie intensive, etc.).

¹³⁹ Art. 17 l.r. 22/2021, introduttiva del nuovo art. 11 *bis* l.r. 33/2009.

¹⁴⁰ La natura tecnica e le numerose e importanti funzioni medico-scientifiche dell'organo suggerirebbero una composizione dello stesso il più possibile indipendente e una struttura simile a paragonabili strutture pubbliche di ricerca come il CNR, *cf.* l'organigramma dello stesso sul sito del CNR; non sembra però che tali requisiti siano rispettati, essendo previsto per tale ente un organigramma simil-aziendale, con Direttore Generale e Consiglio di amministrazione in cima, il primo nominato dalla giunta regionale all'interno di una rosa composta *ad hoc* ex art. 12 co. 6 l.r. 33/2009, il secondo composto da cinque membri – esterni all'amministrazione regionale – di cui tre sempre di nomina della Giunta.

della diagnosi e della cura derivanti dalla diffusione di microorganismi; ricerca di nuove strategie terapeutiche; studio e controllo delle infezioni trasmissibili potenzialmente pericolose per la popolazione; ricerca e sviluppo di nuovi vaccini¹⁴¹.

Ciò che non convince pienamente è, anzitutto, l'attribuzione a questo ente di funzioni che oggi sono già di titolarità di altri soggetti del SSR, senza che questi ultimi ne vengano formalmente esautorati: il riferimento è in particolare all'individuazione di nuovi vaccini e alla ricerca di nuove strategie terapeutiche, funzioni storicamente allocate nelle diverse strutture operative del Sistema sanitario¹⁴², nonché alla gestione dei dati epidemiologici, funzione ad oggi in capo alla Direzione generale *Welfare* per il tramite dell'Osservatorio epidemiologico¹⁴³.

Dal tenore letterale delle disposizioni emergono dei dubbi sul coordinamento tra il lavoro del neonato organo e gli altri enti competenti¹⁴⁴: l'ipotesi più accreditata e maggiormente rispettosa dei criteri di appropriatezza, coordinamento ed efficienza del sistema vedrebbe il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive come coordinatore dell'attività di ricerca in campo epidemiologico tra i vari enti del SSR – e non esso stesso concreto erogatore di quella funzione; per quanto riguarda i dati epidemiologici, si auspica che l'attività di tale ente si ponga in sinergia con quella dell'Osservatorio epidemiologico, quest'ultimo come organismo di raccolta dei dati e il primo

¹⁴¹ Macroscopica appariva invece l'assenza di un riferimento al Piano pandemico regionale codificato pochi articoli prima ed oggi cancellato: non si comprendeva quale ruolo avrebbe avuto il neonato centro tanto in fase di predisposizione dello stesso, quanto in fase di attuazione.

¹⁴² Non solo le ASST, ma anche e soprattutto gli IRCCS.

¹⁴³ Senza citare poi il lavoro di programmazione ed erogazione sulla materia che dovrebbero svolgere, come vedremo fra poco, rispettivamente i dipartimenti di prevenzione delle ATS e gli omonimi e neonati dipartimenti delle ASST, con relativi problemi di coordinamento.

¹⁴⁴ A maggior ragione questo vale in quanto il personale impiegato nel nuovo ente è stato selezionato all'interno di quello già presente nel SSR per la metà, in una logica di abbattimento dei costi di avviamento e gestione – stimati al ribasso in 18 milioni di euro per il 2022 e 28,6 milioni per il 2023.

come interprete degli stessi nell'ottica di elaborare le migliori strategie operative di contrasto ad eventuali fenomeni epidemici.

Visto l'impatto dell'emergenza pandemica sul Sistema sanitario regionale lombardo, le previsioni appena elencate appaiono in prospettiva poco incisive: l'introduzione del piano pandemico regionale – considerato un atto dovuto visto che costituiva attuazione necessaria di previsioni nazionali di principio, invero cancellato a distanza di pochi mesi – colmava un vuoto rispetto alla pianificazione delle attività in fase di emergenza pandemica, d'altro canto non convincono alcune modifiche su elementi che dovrebbero regolarne l'aspetto operativo – su tutti l'attività dell'osservatorio epidemiologico regionale e la costituzione del Centro per il controllo delle malattie infettive.

Era difficile pensare, infatti, che l'esecuzione di un piano pandemico, comunque configurato, potesse prescindere da un efficientamento delle attività di raccolta dei dati epidemiologici e di reperimento degli strumenti necessari al contenimento di una futura pandemia, dalla configurazione *ex ante* di una riorganizzazione straordinaria del personale al verificarsi dell'emergenza, etc.

3.1.4.2. La riorganizzazione istituzionale e la riallocazione delle funzioni fondamentali degli enti del SSR

La maggior parte delle richieste di modifica della l.r. 33/2009 provenienti da AGENAS erano incentrate sulla riorganizzazione istituzionale del SSR lombardo: già prima della pandemia, infatti, si sono verificate delle criticità nella risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione, che l'agenzia statale ha ricondotto, attraverso le analisi riportate nel proprio *report*, anche alla scarsa efficienza della struttura sperimentale inaugurata con la l.r. 23/2015.

Era dunque inevitabile che le proposte di revisione della giunta regionale contenessero alcuni elementi di forte innovazione sul punto; il governo regionale

ha però di fatto accantonato diverse proposte – alcune ritenute indifferibili dall’agenzia, specie se rapportate all’obiettivo dell’armonizzazione del sistema lombardo con la normativa nazionale – codificate nel report di AGENAS, intervenendo con relativa parsimonia sulla materia.

Questa discrepanza appare giustificata soprattutto dalla fiducia che gli amministratori lombardi nutrono ancora nel principio cardine della c.d. Riforma Maroni, per cui alla base del SSR debba sussistere una sostanziale separazione tra le funzioni di programmazione e quelle di erogazione, delle quali debbono essere incaricati enti diversi; questo principio – fortemente criticato da AGENAS perché a suo dire produttivo di difficoltà di coordinamento tra struttura amministrativa ed enti erogatori in diversi settori del SSR – non viene abbandonato nella l.r. 22/2021; viene anzi, laddove possibile, condotto alle estreme conseguenze.

In questa direzione appaiono innanzitutto le modifiche dell’art. 6 sulle ATS¹⁴⁵, con le quali si intende *“porta[re] a compimento il principio di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto, controllo di competenza delle ATS da quelle erogative di competenza delle ASST e delle altre strutture sanitarie e sociosanitarie”*¹⁴⁶.

In questa direzione, alle ATS viene attribuito, in aggiunta alle funzioni originarie, anche il *“coordinamento delle politiche di investimento”* del territorio di riferimento e la *“raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento”*.

Secondo queste previsioni, dunque, Regione Lombardia non ha rinunciato al modello che prevede un livello di governo intermedio tra amministrazione regionale ed enti erogatori rappresentato dalle ATS; viceversa, ne ha previsto un potenziamento, estromettendo al contempo alcuni controlli da parte degli organi

¹⁴⁵ Art. 8 della l.r. 22/2021.

¹⁴⁶ Relazione illustrativa del progetto di legge 5068, p. 3.

politici elettivi¹⁴⁷. Si è rafforzato, dunque, il modello amministrativo fortemente decentrato esistente, diametralmente opposto alle proposte AGENAS di riconduzione delle funzioni amministrative delle otto ATS direttamente in capo alla Regione oppure in alternativa ad un'ATS unica.

L'altra faccia della medaglia di questa impostazione concerne il completamento del passaggio di tutte le attività di erogazione dei servizi alle ASST, le quali si organizzano stabilmente in tre dipartimenti: quelli, già esistenti, delle cure primarie e di prevenzione, e quello neo-istituito della salute mentale.

Viene confermata poi la loro suddivisione strutturale in due poli, ospedaliero e territoriale; quest'ultimo però, come si vedrà più approfonditamente tra poco, è stato nuovamente articolato in distretti funzionali¹⁴⁸.

Questa conferma del duopolio ATS-ASST è solo parzialmente smorzata dall'assegnazione alle ASST dell'attuazione degli atti di indirizzo, pianificazione e programmazione regionali con le connesse attività di programmazione ed organizzazione dei servizi a livello locale, sulla base della popolazione di riferimento; la proposta ricalca, sostanzialmente, quanto richiesto sul punto da AGENAS.

L'altra richiesta principale di AGENAS in materia istituzionale e di suddivisione delle competenze – complementare a quella appena esposta – concerneva poi il

¹⁴⁷ Il riferimento è in particolare alla cancellazione dell'obbligo di sottoporre l'atto di adozione dell'organizzazione interna delle singole ATS al parere obbligatorio della Commissione salute del Consiglio regionale; se ne parlerà diffusamente più avanti.

¹⁴⁸ Sempre rispetto alle ASST, nella riforma viene accolta solo parzialmente la richiesta di AGENAS di rimodularne numero e dimensioni sul territorio regionale: viene infatti prevista unicamente la possibilità di istituire nuove aziende ospedaliere, con particolare attenzione al territorio della Città metropolitana di Milano, per la quale, entro due anni dall'entrata in vigore della riforma, dovrebbe essere effettuato un riordino complessivo della rete d'offerta e l'istituzione di nuove ASST (Art. 7 commi 18 e 18 *bis* della l.r. 33/2009, come modificati dalla riforma).

consolidamento del *ruolo di guida del sistema sanitario regionale*¹⁴⁹ in capo all'Amministrazione regionale stessa.

Su di essa la riforma appare essere stata più conforme, come dimostra l'intervento sull'art. 5 della l.r. 33/2009 in materia di funzioni della Regione in ambito sanitario¹⁵⁰: con una serie di modifiche consistenti viene configurato un Assessorato al *Welfare* con funzioni ampliate in materia di indirizzo verso le ATS e gli erogatori pubblici e privati.

È stato così ribadito il ruolo della regione in materia di programmazione strategica, indirizzo e controllo, con particolare riferimento alla garanzia dell'erogazione dei LEA e di eventuali livelli di assistenza aggiuntivi; viene richiamato come obiettivo l'incremento della capillarità della rete territoriale – anche tramite il potenziamento della medicina a domicilio e della telemedicina¹⁵¹.

Vengono anche aggiunte alle funzioni principali della Regione lo sviluppo dell'*innovation communication technology* (ICT)¹⁵², l'organizzazione dell'osservatorio epidemiologico regionale, l'istituzione della funzione di promozione del servizio sociosanitario lombardo¹⁵³ e la promozione dell'esercizio delle professioni mediche e sanitarie in aree montane o disagiate¹⁵⁴

Come anticipato, è stata altresì predisposta una serie di previsioni¹⁵⁵ atte a potenziare il ruolo di governo e di indirizzo dell'assessorato al *Welfare*.

¹⁴⁹ Cfr. relazione illustrativa del progetto di legge, proposta 5068, p. 2.

¹⁵⁰ Art. 6 della l.r. 22/2021.

¹⁵¹ Art. 5 commi 1 e 2 l.r. 33/2009 n.t.

¹⁵² Art. 5 co. 4 *bis* l.r. 33/2009 n.t. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (in acronimo TIC o ICT, dall'inglese *information and communications technology*) sono l'insieme dei metodi e delle tecniche utilizzate nella trasmissione, ricezione ed elaborazione di dati e informazioni (tecnologie digitali comprese).

¹⁵³ Art. 5 co. 5 *bis* l.r. 33/2009, modificato prima dalla l.r. 22/2021 e successivamente da l.r. 8/2022. La funzione è in capo alla competente direzione generale della Giunta regionale.

¹⁵⁴ Art. 4 co. 7 lett. n *ter*) l.r. 33/2009 n.t.

¹⁵⁵ Corrispondenti ai commi 5 *ter*, *quater* e *quinquies* dell'art. 5 l.r. 33/2009 n.t.

Anzitutto vengono istituite presso le ATS delle specifiche unità operative a valenza regionale che, attraverso gli indirizzi dettati dall'unità organizzative di riferimento della direzione generale Welfare, hanno l'obiettivo di garantire l'esercizio coordinato delle funzioni erogative in specifiche tematiche.

In secondo luogo, viene istituito nell'ambito della DG Welfare il comitato di coordinamento, composto dal direttore generale e dai direttori generali delle ATS e delle ASST, col compito di elaborare linee di indirizzo per l'attuazione della programmazione regionale sanitaria e sociosanitaria.

Novità di rilievo riguardano poi l'integrazione del privato nel SSR – tema su cui AGENAS richiedeva insistentemente un cambio di paradigma; la direzione delle modifiche appare però leggermente diversa da quella indicata dall'agenzia.

Viene, anzitutto, posto un chiaro limite all'enucleazione dei requisiti di accreditamento e contrattualizzazione, i quali devono ispirarsi *“anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori”*; ne consegue che essi non possano, viceversa, ricadere su caratteristiche dei soggetti erogatori che vincolino eccessivamente la propria autonomia decisionale agli indirizzi amministrativi¹⁵⁶.

Piuttosto scarse, invece, le modifiche concernenti la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta, la cui riconduzione alla Regione era un punto cardine delle proposte AGENAS¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Art. 5 co. 4 l.r. 33/2009 n.t. Per evitare che ciò vanifichi la coerenza dell'organizzazione dei soggetti erogatori alla programmazione regionale, è data possibilità alle ATS di rimodulare eventuali economie verificatesi sui singoli contratti, purché ciò non riconduca a una compensazione tra il finanziamento complessivo delle strutture pubbliche e quello dei soggetti privati accreditati o a contratto.

¹⁵⁷ Questa modifica avrebbe contribuito, a detta dell'agenzia, a porre rimedio anche ad un altro dei nodi segnalati nel *report*, quello dell'inserimento efficiente dei privati accreditati all'interno della programmazione regionale – recepito anche nella l.r. 33/2009 con l'inserimento come

Le novità apportate dalla l.r. 22/2021 all'art. 15 della l.r. 33/2009¹⁵⁸ – il quale disciplina la “*autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie*” – sono state infatti meno incisive di quanto auspicato; l'unica modifica rilevante prevede che “*l'accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private si perfeziona con l'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della regione*¹⁵⁹”.

Se dunque la procedura di accreditamento viene ricondotta dal punto di vista strettamente burocratico alla Regione, manca tuttavia una disciplina di dettaglio¹⁶⁰ adeguata che aiuti a comprendere come le scelte di accreditamento vengano gestite realmente e da quali organismi interni all'Amministrazione regionale.

principio regolatore del SSR della “*equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate*”. Secondo l'agenzia, infatti, una conduzione più omogenea dell'attività di accreditamento avrebbe dei riflessi positivi anche sulle capacità del governo regionale di orientare le strutture e le attività dei privati con maggiore aderenza rispetto alla programmazione regionale.

Interessante in quest'ottica è anche la modifica, contenuta nell'art. 28 della l.r. 22/2021 (modificativo dell'art. 19 l. 33/2009), alla disciplina delle sperimentazioni gestionali: in sostanza, è stata eliminata la natura definitiva di autorizzazioni, accreditamento e contrattualizzazione del soggetto gestore al termine della sperimentazione, sostituendola con un meccanismo di proroga della durata massima di quindici anni, durante la quale potranno essere richieste dall'ente gestore – diversamente da quanto previsto dalle disposizioni previgenti – delle rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti del monitoraggio della sperimentazione e in un'ottica di sostenibilità e appropriatezza delle prestazioni. Viene inoltre precisato che il soggetto privato gestore della sperimentazione deve essere selezionato con procedura ad evidenza pubblica.

¹⁵⁸ Art. 20 della l.r. 22/2021.

¹⁵⁹ Art. 15 co. 5 l.r. 33/2009 n.t. La lettera stessa della disposizione in realtà suggerirebbe prudenza, in assenza di specificazioni: secondo una interpretazione più conservativa, infatti, si potrebbe ipotizzare che solo la formale iscrizione nel relativo registro regionale verrebbe effettuata dall'amministrazione regionale, mentre la concreta attività di verifica dei requisiti rimarrebbe in capo alle ATS.

¹⁶⁰ Se infatti la costante rimane la tenuta del registro delle strutture accreditate, nulla è stato previsto invece rispetto alle modalità di presentazione della domanda di accreditamento, all'ente o organismo interno deputato per la sua valutazione, alle modalità con cui la domanda viene analizzata, etc.

Anche per questo motivo con l.r. 8/2022 si è provveduto a un'ulteriore aggiunta, specificando che l'iscrizione avviene “*previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati*”. In questo modo si è ancorata la procedura di verifica dei requisiti perlomeno al rispetto della programmazione regionale.

Ancora sul tema del rapporto tra SSR ed erogatori pubblici e privati, viene in rilievo anche la previsione¹⁶¹ con cui viene attribuito alla regione anche il compito di *“stabili[re] per tutti gli erogatori pubblici e privati le tariffe delle prestazioni e i meccanismi premianti e penalizzanti sulla loro valorizzazione, finalizzati al perseguimento della qualità, dell’appropriatezza e al governo dei tempi d’attesa”*.

Si tratta di una previsione che fa il paio con quanto previsto poco sopra¹⁶² in materia di decisione sui volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da soddisfarsi in sede pubblica e privata; le statuizioni prese in tale ambito non devono più basarsi su una logica di “competitività”, ma di “integrazione”.

Chiude il quadro dell’integrazione pubblico-privato la previsione¹⁶³ dell’istituzione di un tavolo permanente con le rappresentanze dei gestori pubblici e privati dei servizi sanitari e socio-sanitari, col compito di contribuire all’attuazione della programmazione regionale.

A conclusione delle modifiche riguardanti la struttura organizzativa regionale vi è infine la previsione, contenuta nell’art. 22 della l.r. 22/2021¹⁶⁴, con cui viene affidata ad ARIA¹⁶⁵ la garanzia dell’efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR: questa attribuzione non suscita perplessità di per sé, visto che le attribuzioni dell’ente sono compatibili con la funzione in esame; essa tuttavia stride con la situazione problematica venutasi a creare con l’imperversare della pandemia nei rapporti tra l’azienda e il governo regionale, alla quale si sono accompagnate aspre critiche nei confronti

¹⁶¹ Nuovo art. 5 co. 7 lett. 1 *bis*) l.r. 33/2009.

¹⁶² Art. 5, comma 7, lett. 1) n.t.

¹⁶³ Nuovo comma 16 *bis* dell’art. 5 l.r. 33/2009.

¹⁶⁴ Modifiche all’art. 17 della l.r. 33/2009.

¹⁶⁵ Acronimo di Azienda Regionale per l’innovazione e gli Acquisti della Regione Lombardia, società in-house costituita nel 2019 dalla fusione di ARCA (Azienda Regionale Centrale Acquisti s.p.a.), LISPA (Lombardia Informatica S.p.A) e ILSPA (Infrastrutture Lombarde s.p.a.) con compiti di progettazione e gestione delle infrastrutture fisiche e digitali, nonché di gestione del ciclo degli acquisti aggregati degli enti della Pubblica Amministrazione regionale.

dell'operato della stessa provenienti non solo dalla minoranza politica lombarda, ma anche dalla maggioranza stessa¹⁶⁶.

3.1.4.3. Le novità in materia di rafforzamento della rete territoriale

L'esigenza di implementare l'articolazione territoriale del Sistema sanitario lombardo – superando al contempo l'eccessiva attitudine “ospedale-centrica” dello stesso – era già presente, come indicato *supra*, al momento della stesura della Riforma Maroni; tuttavia, questo obiettivo era rimasto solo sullo sfondo in sede di attuazione della l.r. 33/2009¹⁶⁷.

Questa criticità è emersa con prepotenza al momento dell'esplosione dell'emergenza pandemica: se infatti nella prima fase sarebbe stato auspicabile uno sforzo coordinato tra ospedali e rete territoriale per la gestione emergenziale, viceversa la debolezza della seconda nel rispondere all'emergenza ha spinto i primi ad accollarsi quasi del tutto il peso della situazione critica, congestionando al limite del collasso la rete ospedaliera e compromettendo perfino l'erogazione delle prestazioni più urgenti¹⁶⁸.

¹⁶⁶ Tra le altre questioni oggetto di disputa tra ARIA e Regione Lombardia, particolare spazio ha avuto quella in merito alle criticità emerse nella gestione delle prenotazioni del vaccino anti-covid nella prima parte della campagna. Cfr. CRIPPA M., *Cap, sms e altri ferri vecchi di ARIA che affossano la Lombardia*, in *Il foglio*, 22 marzo 2021, consultabile sul sito del quotidiano. In un simile scenario, appare azzardato essere intervenuti sulle attribuzioni dell'agenzia senza avviare una discussione più approfondita tanto sull'organigramma della stessa quanto sull'efficienza del suo operato.

¹⁶⁷ Anche per motivazioni indipendenti dalle dinamiche regionali. Si pensi, per esempio, alle carenze di organico tra i medici di base riscontrate diffusamente in Italia negli ultimi anni, le quali sono il risultato di una serie di fattori (disciplina nazionale della professione, convenzioni stipulate tra rappresentanze dei medici di base e amministrazioni a livello nazionale e regionale, numero delle borse di studio assegnate per la specialistica, etc.) non sempre dipendenti dalla normativa e dalle scelte amministrative riconducibili al livello regionale.

¹⁶⁸ Più nello specifico, nella prima parte della pandemia è sicuramente mancata l'attività della rete territoriale rispetto alle azioni di contrasto alla diffusione del virus (distribuzione di DPI, tracciamento dei contagi, etc.) e alla gestione dei pazienti contagiati che non necessitavano di ospedalizzazione (grazie all'attività delle USCA, la cui attivazione in molte zone della Lombardia è stata problematica); questo ha spinto ovviamente la popolazione a rivolgersi ai servizi ospedalieri di emergenza-urgenza, saturandone l'attività.

Sulla base di queste considerazioni, nella riforma è stata predisposta una serie di previsioni proprio in materia di assistenza territoriale, a partire dall'inserimento¹⁶⁹ del suo rafforzamento come principio ordinatore del SSR lombardo; nella medesima direzione, inoltre, si muove l'inserimento tra le finalità del SSR dell'implementazione dell'offerta dei servizi di prossimità¹⁷⁰.

Importante in questa direzione è anche la previsione, contenuta nelle modifiche all'art. 5 della l.r. n. 33/2009, di favorire la capillarità della rete territoriale¹⁷¹, cui si associa la previsione¹⁷² più puntuale per la quale la Giunta regionale è tenuta a individuare specificatamente le risorse per l'assistenza territoriale all'interno dei fondi assegnati alle ASST e agli erogatori privati accreditati e a contratto.

Rispetto all'organizzazione delle strutture territoriali, si è accennato in precedenza alla riforma dei distretti come articolazioni del polo territoriale delle ASST¹⁷³: essi vengono individuati in modo da coprire un territorio con non meno di centomila abitanti¹⁷⁴; assumono su di sé delle corpose funzioni di governo e, soprattutto, l'erogazione delle prestazioni distrettuali¹⁷⁵; la loro gestione è stata

Altra questione rilevante, di cui peraltro si è già accennato, riguarda l'accumularsi delle prestazioni ospedaliere diverse da quelle legate alla pandemia (visite specialistiche, *screening*, interventi di bassa e media urgenza, etc.), con la conseguenza dell'allungamento dei tempi d'attesa già piuttosto corposi.

¹⁶⁹ Art. 1 della l.r. 22/2021, di modifica dell'art. 2 l.r. 33/2009, lett. n *bis*).

¹⁷⁰ Purché essi risultino in coerenza "con i programmi di investimento e potenziamento delle reti territoriali previsti a livello statale ed europeo", Art. 2, co.1 lett. a) della l.r. 22/2021, che introduce la lettera d *bis* all'art. 3 co. 1 della l.r. 33/2009.

Tra i servizi di prossimità che sono oggetto di specifica attenzione nella proposta, spiccano senza dubbio quelli mutuati dalle previsioni del PNRR, implementazione delle attività di telemedicina e rafforzamento dell'assistenza domiciliare su tutti.

¹⁷¹ Art. 6, co 1, lett. a), n. 2 della l.r. 22/2021.

¹⁷² Art. 6 co. 1, lett. h) della l.r. 22/2021, che modifica l'art. 5, co. 6 della l.r. 33/2009.

¹⁷³ Nuovi articoli 7 co. 11 e 7 *bis* co. 6 l.r. 33/2009. Il territorio del distretto coincide con uno o più ambiti sociali territoriali individuati per i piani di zona. Tuttavia, il nuovo comma 1 *bis* prevede anche la possibilità di creare distretti in comune tra due o più ASST, purché ricompresi in uno o più ambiti sociali territoriali di cui *supra*.

¹⁷⁴ Tranne nelle aree montane dove il limite minimo sarebbe di 20mila abitanti, art. 7 *bis* co. 2 l.r. 33/2009 n.t.

¹⁷⁵ Cui corrisponde una rinnovata autonomia economico-finanziaria e gestionale, art. 7 *bis* co. 5 n.t.

affidata alla neo-costituita figura del direttore di distretto, individuato con le stesse modalità previste dalla normativa vigente per gli organi di vertice delle ATS ed ASST. Sempre rispetto al polo territoriale delle ASST, la proposta di riforma raccoglie le indicazioni pervenute dal PNRR¹⁷⁶, prevedendo l'istituzione di nuove strutture erogative che contribuirebbero a rafforzarne la capillarità sul territorio¹⁷⁷: si tratta degli ospedali di comunità¹⁷⁸ – i quali sostituiscono i POT¹⁷⁹ nel SSR lombardo – delle case della comunità¹⁸⁰ - che sostituiscono i PreSST¹⁸¹ – e delle centrali operative territoriali¹⁸². Rispetto alle modalità di gestione di questi nuovi punti salute, nulla di diverso rispetto a quanto già previsto in precedenza per i POT e PreSST: le ASST potranno gestirli direttamente oppure delegarne l'attività attraverso la stipulazione di accordi con altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS¹⁸³.

Su questo nuovo assetto si registra un rilievo critico: non è stato infatti previsto infatti alcun obbligo per la Regione di garantire che una parte più o meno

¹⁷⁶ Il contributo del PNRR viene richiamato copiosamente all'interno della riforma; già nella Relazione finanziaria al relativo progetto di legge vi si rimandava per alcuni dettagli rispetto al finanziamento delle nuove strutture erogative di cui si parlerà tra poco, pp. 2 e ss.

¹⁷⁷ Art- 7 co. 13 l.r. 33/2009 n.t.

¹⁷⁸ Definiti nel nuovo art. 7 co. 15 l.r. 33/2009 come “*strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e socio-sanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari*”.

¹⁷⁹ Art. 36 comma 17 l.r. 22/2021.

¹⁸⁰ Art. 7 co. 16 l.r. 33/2009 n.t. Esse svolgono le loro funzioni in collaborazione con le farmacie convenzionate; in esse operano i professionisti indicati nel PNRR, inclusi MMG e PLS associati o in cooperativa; le loro funzioni – tra cui l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e domiciliari a bassa e media intensità, l'attivazione di degenze intermedie, subacute e riabilitative a bassa intensità prestazionale, il collegamento tra ospedale e territorio etc. – sono elencate nello stesso comma 16.

L'idea di estendere al territorio nazionale l'utilizzo di queste strutture è maturata dall'utilizzo di modelli simili in alcuni SSR regionali – in particolare in Emilia-Romagna, dove esistono come Case della Salute dal 2010 – che si sono rivelati molto efficienti nell'erogazione dell'assistenza territoriale.

¹⁸¹ Art. 36 comma 17 l.r. 22/2021.

¹⁸² Di seguito più brevemente COT, nuovo art- 7 co. 17 *bis* l.r. 33/2009. Saranno una per distretto e assumeranno il ruolo di punti di accesso territoriali che facilitino e governino la rete di offerta socio-sanitaria all'interno del distretto stesso.

¹⁸³ Artt. 7 co. 14 e 8 co. 2 *bis* l.r. 33/2009.

consistente di queste nuove strutture sia gestita direttamente dal SSR¹⁸⁴; di conseguenza, vi è il rischio concreto che nella gestione dei presidi sanitari territoriali subentrino in modo massiccio i privati¹⁸⁵, viste anche le risorse limitate e la previsione¹⁸⁶ per cui circa la metà del personale¹⁸⁷ impiegato in queste strutture viene reclutato tra il personale già presente nel SSR¹⁸⁸.

Una menzione, infine, meritano le novità in materia di emergenza-urgenza, per la quale si riscontra l'assenza di previsioni rispetto all'implementazione dell'attività delle USCA e di AREU¹⁸⁹, nonostante il PNRR lo menzioni espressamente come ambito prioritario di intervento: visto l'impatto della pandemia sull'efficienza delle prestazioni emergenziali quali quelle di intervento

¹⁸⁴ I numeri e le risorse necessarie per la predisposizione di tali presidi sono stati specificati dal PNRR: per Regione Lombardia dovrebbero essere individuati circa 90 COT, 216 Case della Comunità e 64 Ospedali di Comunità. L'intenzione di Regione Lombardia era in ogni caso di raggiungere tali numeri "potendo riclassificare alcune aree degli attuali PreSST in Case della Comunità e alcuni spazi degli attuali POT in Ospedali di Comunità" (Relazione finanziaria al progetto di legge, pp. 2 e 3), intento poi effettivamente messo in pratica finora.

¹⁸⁵ Come già verificatosi nella realtà socio-economica per alcune strutture socio-sanitarie come le RSA.

¹⁸⁶ Relazione finanziaria al progetto di legge, p. 3.

¹⁸⁷ Secondo quanto riportato nel progetto di legge (Relazione finanziaria, pp. 2-3), l'individuazione del numero *standard* di risorse professionali necessarie al funzionamento delle strutture territoriali consta di:

- 5 infermieri e 1 coordinatore per ciascuna COT;
- 9 infermieri, 6 operatori socio-sanitari, 1 medico con disponibilità giornaliera di 4 ore per ogni Ospedale di Comunità.

Per le Case della Comunità la valutazione è più complessa, in virtù della vocazione multifunzionale che esse assumono, nonché per l'assenza allo stato attuale di linee guida per la loro organizzazione interna. AGENAS comunque ritiene che queste strutture debbano essere prioritariamente occupate da medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia e altri professionisti, cui potrebbe aggiungersi un ulteriore *standard* minimo di personale che vada ad integrare tali figure (ad es. con la presenza di due ostetriche).

¹⁸⁸ Questa previsione costituisce un *leitmotiv* della proposta di riforma, nell'ottica di un abbattimento dei costi e dell'efficientamento delle risorse umane già presenti nel sistema; è però anche alto il rischio che si trasformi in un pericoloso *boomerang*, sottraendo personale ad altri ambiti del SSR.

¹⁸⁹ Per quest'ultima l'unica novità normativa concerne l'introduzione dell'autorizzazione all'attività di ricerca su nuovi modelli organizzativi relativi agli ambiti di competenza dell'agenzia.

domiciliare e di pronto soccorso – era lecito aspettarsi un maggiore sforzo normativo per implementare ulteriormente queste attività¹⁹⁰.

3.1.4.4. Integrazione sociosanitaria nei percorsi di cura e multidisciplinarietà

Altro principio del SSR individuato *ex novo* dalla riforma¹⁹¹ concerne “*la multidisciplinarietà, l’interdisciplinarietà e l’integrazione nei percorsi di cura*”, che costituiscono delle specificazioni del principio cardine dei modelli contemporanei di rete sanitaria territoriale, ovverosia l’integrazione sociosanitaria.

Con l’intento di tener fede a questo principio, la riforma appronta sul punto specifiche previsioni, a partire da quelle sul comparto delle cure primarie¹⁹²: le relative funzioni vengono trasferite in blocco da ATS¹⁹³ ad ASST¹⁹⁴ – in ossequio, ancora una volta, al principio di separazione tra funzioni organizzative e di erogazione.

Punto focale di questo ambito è poi ovviamente l’attività dei medici di base e dei pediatri di libera scelta. In merito, viene esplicitamente assegnata alle ATS la funzione di “*coordinamento e governo dell’attività necessaria per la stesura e*

¹⁹⁰ Per esempio, nessuna menzione veniva fatta del ruolo di AREU nella predisposizione e nell’attuazione del Piano pandemico regionale; e ancora, non viene fatto cenno ad alcun meccanismo automatico che assicuri il potenziamento dell’attività di questi organismi al verificarsi di un evento pandemico.

¹⁹¹ Art. 1, co. 1, lett. l) della l.r. 22/2021, introduttivo della lett. n *quinquies*) all’art. 2 co. 1 della l.r. 33/2009.

¹⁹² Sulla necessità di una riforma del dipartimento di cure primarie si erano espressi numerosi esperti in materia. Si veda il contributo di POLILLO R., COSENTINO G., PREITI N, PROIA S., *La riforma delle cure primarie e del ruolo giuridico del personale a convenzione. Una proposta per cambiare davvero*, in *Quotidianosanità.it*, 2 marzo 2021 (consultabile sul sito del quotidiano) in cui sostanzialmente si anticipava come elemento innovatore la ritrovata centralità del distretto – punto ripreso dalla proposta lombarda, come riportato *supra* – e l’integrazione delle reti cliniche con la definizione di un contratto di filiera per tutto il personale che in essa opera.

¹⁹³ Art. 8 co. 1 lett. d) l.r. 22/2021, soppressivo dell’art. 6 co. 3 lett. c) l.r. 33/2009.

¹⁹⁴ Art. 14 co. 1 lett. e) l.r. 22/2021, modificativo dell’art. 10 co. 10 l.r. 33/2009.

sottoscrizione [...] degli accordi con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta del territorio di competenza"¹⁹⁵; essa dovrà tuttavia essere eseguita "unitamente alle ASST di riferimento"¹⁹⁶. Discorso diverso invece per le c.d. *aggregazioni funzionali territoriali*¹⁹⁷, della cui individuazione verrebbero investite non più le ATS, ma le ASST¹⁹⁸.

Dell'attività di MMG e PLS si occupa anche l'art. 14 della riforma, predisposto a detta degli estensori per "assicurare una sempre maggiore integrazione"¹⁹⁹ tra tali professionisti e gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri; questo obiettivo sarebbe assicurato, tra le altre previsioni, da quella di favorire l'esercizio delle attività di queste figure professionali nelle forme associative già previste²⁰⁰ all'interno dei neocostituiti ospedali e case di comunità²⁰¹.

Ulteriore e importante novità consiste nell'istituzione dei servizi dell'infermiere di famiglia e di comunità, di ostetrica e delle professioni sanitarie²⁰². Questi

¹⁹⁵ Art. 8, co. 1, lett. k) l.r. 22/2021, introduttivo della lett. i *quater*) all'art. 6, co. 3 della l.r. 33/2009.

¹⁹⁶ Inciso che, tuttavia, non viene corredato da alcuna disciplina di dettaglio, sicché è legittimo pensare che, essendo l'attività di sottoscrizione degli accordi e delle convenzioni con MMG e PLS già effettuata in concreto dalle ATS, non vi sarà una concreta modifica dell'attuale assetto.

¹⁹⁷ L'Aggregazione Funzionale Territoriale (di seguito AFT) è una forma organizzativa monoprofessionale dei MMG o dei PLS; essa costituisce in sostanza un raggruppamento di medici di medicina generale incaricato di garantire, per l'intera giornata e per tutti i giorni della settimana, la tutela della salute della popolazione di riferimento (di norma tra i 20.000 e i 30.000 abitanti), attraverso l'attività ambulatoriale o mediante disponibilità telefonica.

¹⁹⁸ Art. 14 co. 1 lett. c) l.r. 22/2021, modificativo dell'art. 10 co. 5 l.r. 33/2009.

¹⁹⁹ Relazione illustrativa del progetto di legge, p. 5.

²⁰⁰ Si tratta delle c.d. *medicina di gruppo* (forma di associazionismo in cui un gruppo di MMG o PLS svolge la propria attività in ambulatori collocati in una stessa sede) e *medicina di rete* (volgarmente detta anche *associazione semplice di MMG o di PLS*, prevede che tali professionisti, pur svolgendo la propria attività in sedi differenti, siano tra loro coordinati attraverso le tecnologie informatiche, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale all'interno dell'associazione stessa).

Tali disposizioni sono da coordinare anche con la previsione dei c.d. ambulatori socio-sanitari territoriali (nuovi artt. 6 co. 16 lett. c *bis*) e 10 co. 11 *quater*), per la cui realizzazione – con particolare riguardo all'acquisto di apparecchiature medicali e altre strumentazioni – le ATS finanziano programmi di investimento *ad hoc*.

²⁰¹ Nuovo art. 10 co. 11 l.r. 33/2009.

²⁰² Nuova art. 10 co. 10 l.r. 33/2009.

professionisti riconosciuti, singoli o associati, vengono posti “a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali”²⁰³.

Rilevante è poi la previsione che istituisce il comitato di indirizzo cure primarie²⁰⁴, nuovo organismo partecipato di supporto tecnico²⁰⁵ dell’amministrazione regionale: esso si curerebbe nello specifico di predisporre, ogni anno, delle linee guida, relative alla presa in carico dei pazienti cronici, da sottoporre all’approvazione della giunta regionale; si occuperebbe, inoltre, della programmazione della formazione dei MMG.

Molto importante nella direzione dell’integrazione dei percorsi di cura, infine, è la previsione²⁰⁶ che istituisce i dipartimenti della salute mentale e delle dipendenze, costituiti quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all’assistenza e alla tutela della salute mentale nell’ambito del territorio di riferimento; la proposta, in sostanza, ricalca quanto indicato da AGENAS nel proprio *report*, anche se non coadiuvata da un ulteriore sforzo di modifica del paradigma dettato dalla l.r. 33/2009 in materia di salute mentale²⁰⁷.

²⁰³ Anche per gli infermieri di famiglia e di comunità, poi, è estesa *ex art.* 10 co. 11 l.r. 33/2009 la possibilità di esercitare in forma associata la propria attività all’interno degli ospedali o delle case di comunità.

²⁰⁴ Art. 14, co. 1 lett. g) l.r. 22/2021, introduttivo del comma 11 *ter* all’articolo 10 della l.r. n. 33/2009.

²⁰⁵ Della natura prettamente tecnica di tale organo si dubita, dato che la composizione del comitato e le modalità di funzionamento sono decise dalla Giunta regionale; unico limite in tal senso è rappresentato dalla previsione che il comitato debba essere “composto da dirigenti della direzione generale Welfare [...] e da rappresentanti della medicina territoriale”.

²⁰⁶ Nuovo art. 7 co. 11 *bis* l.r. 33/2009.

²⁰⁷ Titolo V l.r. 33/2009. Sul punto era intervenuta invero già la l.r. 120/2016, la quale però è stata poco efficace nell’intervenire su alcuni specifici aspetti: attività di prevenzione; riduzione del ricovero ospedaliero; formazione permanente degli operatori, finalizzata anche alla riduzione del ricorso ai TSO; presa in carico globale e continuativa delle persone con disabilità e comorbidità. Sono tutti aspetti strettamente correlati ai temi del superamento dell’ospedale-centrismo, dell’integrazione socio-sanitaria e della risposta territoriale ai bisogni di salute. *Cfr.* <https://lombardia.forumterzosettore.it/a-che-punto-e-lapplicazione-della-riforma-sanitaria-lombarda-nel-campo-della-salute-mentale/>.

3.1.4.5. Previsioni in materia di controllo e vigilanza

Altro elemento ricorrente nelle richieste di AGENAS era la rivisitazione delle disposizioni in materia di controllo e vigilanza sul rispetto delle normative e sull'efficienza del servizio ai diversi livelli del SSR lombardo, sul presupposto che la relativa funzione non sia stata espletata in maniera efficace nel sistema inaugurato con la l.r. 33/2009.

In particolare, AGENAS aveva auspicato un'implementazione delle funzioni dell'Agenzia di controllo; tuttavia, nonostante i proclami²⁰⁸, tale suggerimento non appare aver avuto seguito nella l.r. 22/2021²⁰⁹, nella quale è prevista l'attribuzione a detta agenzia unicamente della funzione di verifica di applicazione dei protocolli da parte delle ATS²¹⁰, oltre all'uniformazione delle modalità di nomina del direttore generale dell'agenzia con quelle degli altri DG delle strutture pubbliche²¹¹.

La riforma contiene, poi, numerose previsioni rispetto ai c.d. controlli politici, prevalentemente indirizzate all'eliminazione di specifici controlli sull'operato degli enti del SSR da parte del Consiglio regionale e dei suoi organi.

In quest'ottica, si è già parlato *supra* della cancellazione dell'obbligo di sottoporre l'atto di adozione dell'organizzazione interna delle singole ATS al parere obbligatorio della Commissione salute del Consiglio regionale; una previsione

²⁰⁸ Nella Relazione illustrativa del progetto di legge, p. 1, vi era un riferimento alla previsione per cui la proposta "assegna alla Regione, tramite l'Agenzia di controllo, funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli accordi contrattuali", prescrizione di cui però non si trova riscontro nella riforma.

²⁰⁹ Dell'Agenzia di controllo si occupa l'art. 16 della l.r. 22/2021, che modifica l'art. 11 della l.r. 33/2009.

²¹⁰ Nuovo art. 11, co. 4, lett. a bis) della l.r. 33/2009.

²¹¹ Nuovo art. 11, co. 2, lett. a) l.r. 33/2009. Questa previsione, insieme a quella aggiunta opportunamente al successivo comma 6 per cui il DG deve essere "sentito" dal comitato di direzione nell'esercizio delle proprie funzioni, appare andare nella direzione di un potenziamento del ruolo del DG dell'agenzia, a tal punto da apparire un tentativo di ulteriore ingerenza dell'Amministrazione regionale nelle attività di quello che dovrebbe essere un organismo di natura tecnica.

simile è contenuta anche nell'art. 22 della riforma²¹², secondo la quale per l'approvazione del POAS²¹³ delle ATS non sarebbe più necessaria la previa acquisizione del parere obbligatorio da parte del Consiglio regionale.

Sul piano dei controlli si registrano anche alcuni interventi mancati, come nel caso della normativa sui nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico²¹⁴: nonostante, infatti, le disposizioni che regolano la composizione dell'organismo appaiano insufficienti per assicurare l'assenza di conflitto di interessi tra i membri dello stesso e l'ente controllato²¹⁵, si è deciso comunque di non intervenire su di esse.

3.1.4.6. Attività di prevenzione

La funzione di prevenzione viene riconfigurata in maniera organica nella l.r. 22/2021, con alcune previsioni più mirate ed altre di più ampio respiro, nel complesso dimostrando di aver posto una discreta attenzione alle richieste di AGENAS sul tema²¹⁶.

²¹² Modificativo dell'art. 17 co. 2 della l.r. 33/2009.

²¹³ Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico è il documento in cui vengono individuati i modelli organizzativi adottati dalla singola ATS o ASST; contiene altresì le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del funzionamento dell'azienda, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale; in esso sono esplicitate, infine, le articolazioni delle funzioni territoriali dell'azienda di riferimento.

²¹⁴ Art. 18 *bis* della l.r. 33/2009.

²¹⁵ Il nucleo di valutazione viene composto sulla base di un avviso pubblico con provvedimento del DG dell'ente sanitario in questione: sulla base di esso, vengono individuati tre esperti esterni alla struttura, di cui uno selezionato tra il personale in servizio presso la giunta; i requisiti personali dei candidati sono definiti da quest'ultima con propria deliberazione.

²¹⁶ Anche se a questa profonda rivisitazione della medicina preventiva si sarebbe dovuta accompagnare una riforma diffusa anche del titolo VI della l.r. 33/2009; in particolare, sarebbe stato opportuno modificare la previsione (art. 60 *quater*) per cui almeno il 5% della spesa sanitaria annuale deve essere destinato al finanziamento delle attività di prevenzione – limite evidentemente esiguo, specie rapportato alle rilevanti novità che la riforma introduce in questo ambito.

La prima modifica rilevante in tal senso è contenuta nel nuovo art. 4 *bis* – concernente il Piano regionale della prevenzione²¹⁷ – nel quale non può che notarsi una certa incidenza dell’esperienza pandemica: in questa direzione è orientata innanzitutto la previsione²¹⁸ per cui “*la Regione favorisce lo sviluppo e l’implementazione di network scientifici in grado di orientare e riorientare, in tempo reale, le politiche di prevenzione basate su validate evidenze scientifiche*”; l’intento è di creare un’organizzazione e una struttura digitali che permettano in futuro di scongiurare il ripresentarsi dei problemi verificatisi durante l’emergenza pandemica, a partire dall’incapacità del sistema di adeguare in tempo reale le misure di contrasto alla pandemia all’andamento della stessa.

Nella medesima direzione si muove anche l’inserimento dell’obbligo di ricomprendere tra le linee guida degli indirizzi di programmazione anche le politiche di prevenzione, tra le quali devono necessariamente essere presenti le attività di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione²¹⁹.

Rilevantissima poi è la previsione, già anticipata *supra*, che introduce i nuovi dipartimenti funzionali di prevenzione del polo territoriale delle ASST²²⁰: essi assumono delle funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione, con particolare riferimento a quelle di prevenzione individuale – come, ad esempio, la profilassi delle malattie infettive e le vaccinazioni.

La previsione è sostanzialmente in linea con quanto previsto nel report di AGENAS; tuttavia, rispetto alla soluzione proposta dall’agenzia – che mirava a ricompattare le funzioni in materia di prevenzione sotto l’egida di un unico ente – l’assetto scelto dalla giunta lombarda sembra muoversi in una direzione

²¹⁷ Di seguito PRP. Modifiche a cura dell’art. 4 l.r. 22/2021.

²¹⁸ Art. 4, co. 1, lett. a) l.r. 22/2021, .

²¹⁹ Nuovo art. 4 *bis*, co. 1 *ter* della l.r. 33/2009.

²²⁰ Nuovo art. 7 co. 11 *bis* lett. c) l.r. 33/2009.

diversa, più aderente al principio ricorrente della separazione tra attività di programmazione ed erogazione.

Lo si nota chiaramente indagando più a fondo in alcune previsioni complementari²²¹: si scopre così che le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria collettiva sono di competenza tanto di ATS, quanto di ASST, pur “secondo le relative funzioni”²²²; più avanti nel testo²²³, poi, si specifica che le funzioni di programmazione delle attività²²⁴ dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST saranno svolte dai corrispondenti dipartimenti delle ATS.

Questa scelta desta alcune perplessità, perlopiù affini a quelle già esposte altrove in merito alla rigidità di un sistema basato sulla netta separazione di attività programmatiche e erogative come quello lombardo: da un lato, l’istituzione dei dipartimenti di prevenzione nelle ASST colmerebbe quel *gap* esistente in questo ambito, attraverso un organismo *ad hoc* che si occupi del monitoraggio dell’attività erogativa e della misurazione del fabbisogno territoriale in un ambito complesso come quello della medicina preventiva²²⁵; dall’altro, però, la duplicazione dei soggetti che si occupano di prevenzione nel SSR potrebbe portare gli stessi problemi di coordinamento – già sperimentati in altri settori – tra politiche di prevenzione, erogazione delle prestazioni di medicina preventiva

²²¹ Art. 4 della l.r. 22/2021, modificativo dell’art. 4 *bis* della l.r. 33/2009.

²²² Nuovo art. 4 *bis* co. 4 l.r. 33/2009.

²²³ Art. 8 co. 1 lett. f) l.r. 22/2021, che ha introdotto l’art. 6 co. 3 lett. d *bis*) l.r. 33/2009.

²²⁴ Tali attività hanno, naturalmente, natura strettamente erogativa e devono essere espletate in coerenza con gli indirizzi di programmazione del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, nonché con il PRP, il quale assicura la funzione di *governance* da parte dell’Amministrazione regionale e l’identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione.

²²⁵ Non è un mistero, infatti, che questo aspetto della politica sanitaria sia da tempo considerato erroneamente marginale perché poco remunerativo e diretto a rispondere a un fabbisogno di salute non immediato ma in prospettiva; per questo, negli ultimi anni esso è stata oggetto – non solo in Lombardia – di politiche poco lungimiranti di tagli del budget e del personale addetto.

e monitoraggio del fabbisogno e dell'efficacia del sistema di prevenzione nel suo complesso in un dato territorio.

3.1.4.7. Coinvolgimento degli enti locali

Come corollario dei tentativi di implementazione della rete sanitaria territoriale e dell'integrazione con i servizi sociosanitari, la riforma ha cercato di intervenire in materia di coinvolgimento degli enti locali all'interno dell'attività di programmazione dell'offerta sociosanitaria dei rispettivi territori.

Le principali previsioni in tal senso sono ovviamente una conseguenza della ridefinizione della natura e del ruolo del distretto: innanzitutto²²⁶ si interviene sulle dimensioni e sulla composizione della Conferenza dei sindaci, non più modellata sui comuni ricompresi in ciascun distretto dell'ATS, bensì composta da tutti i primi cittadini compresi nel territorio dell'ASST di riferimento, pur con competenze immutate; viene poi prevista l'istituzione di un nuovo organo, la Conferenza dei sindaci del distretto, composta da sindaci o loro delegati, la quale assumerebbe le funzioni del Comitato dei sindaci del distretto di cui all'art. 3 *quater* del D.Lgs. 502/1992²²⁷.

3.1.4.8. Rapporti tra SSR e Università, terzo settore e ordini professionali

Diverse previsioni della riforma sono intervenute sulla dimensione partecipativa del sistema sanitario regionale, pur senza costituire un insieme organico di interventi accomunati da un preciso indirizzo politico-amministrativo.

²²⁶ Art. 27 l.r. 22/2021, che sostituisce integralmente l'art. 20 della l.r. 33/2009.

²²⁷ Quest'ultima previsione segna un importante segnale di avvicinamento verso l'armonizzazione del modello lombardo alle prescrizioni del D.Lgs. 502/1992: prima, infatti, non esisteva alcun organo interno al SSR lombardo che svolgesse le funzioni del Comitato dei sindaci, il quale nel resto d'Italia si è imposto come importante luogo di pianificazione dell'integrazione socio-sanitaria e di individuazione dei bisogni di salute del territorio di riferimento.

Innanzitutto, ci si concentra sul rapporto tra università e SSR, inserendo²²⁸ tra i principi organizzativi del SSR del *“consolidamento dei rapporti con il mondo universitario [...] e con il sistema di istruzione e formazione [...]”*, nonché con *“gli ordini professionali sanitari”*. A questa previsione programmatica, tuttavia, non segue poi alcuna modifica sostanziale delle disposizioni che si occupano di rapporto con le università e di formazione continua²²⁹, eccettuata la modifica della norma che concerne l’istituzione di contratti regionali aggiuntivi²³⁰ di formazione specialistica: trattasi di una modifica di riordino strettamente formale, che però non interviene sulla discussa previsione²³¹ per cui a tali contratti specialistici possano accedere solo i *“laureati delle università aventi sede in Lombardia”*.

Rispetto invece al coinvolgimento del terzo settore, la giunta regionale interviene in particolare sulla disciplina e la promozione delle raccolte fondi: con il nuovo art. 24 della l.r. 33/2009²³², infatti, viene ampliata la platea di obiettivi cui tali iniziative possono essere dirette, includendovi anche quelli del *“potenziamento delle attività del SSL”* e degli *“investimenti in edilizia sanitaria e tecnologia o attività di studio e ricerca”*.

²²⁸ Art. 1 co. 1 lett. j) della l.r. 22/2021, introduttiva delle lettere *l bis*) e *l ter*) all’art. 2 co. 1 della l.r. 33/2009.

²²⁹ Il riferimento è in particolare alla mancata modifica del Titolo III della l.r. 33/2009, che per l’appunto disciplina i *“rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche, formative e di ricerca”*.

²³⁰ Modifica all’art. 5 co. 7 lett. n) l.r. 33/2009, art. 6 co. 1 lett. o) l.r. 22/2021.

²³¹ Sulla questione delle regole di assegnazione delle borse regionali aggiuntive si è pronunciata in passato la Corte costituzionale, da ultimo con la sentenza n. 20/2021: *“L’identificazione dei principi fondamentali chiamati a regolare la materia sarebbe stata ancor più necessaria alla luce dello spazio di intervento che compete al legislatore regionale nel modulare la disciplina della formazione specialistica. Come questa Corte ha ricordato, le Regioni possono attivare contratti aggiuntivi, al fine di colmare il divario tra fabbisogno effettivo e numero dei contratti statali, e delineare la disciplina dei contratti che intervengono a finanziare, «in attuazione della normativa statale e dell’Accordo fra Governo, Regioni e Province autonome» deliberato nella Conferenza Stato-Regioni del 15 marzo 2012 (sentenza n. 126 del 2014, punto 3.1. del Considerato in diritto)”*. Non sembra dunque residuare spazio alcuno per un dubbio di costituzionalità sulla previsione in oggetto per violazione degli artt. 3, 32 e 117 co. 3 Cost.

²³² Modificato dall’art. 31 della l.r. 22/2021.

Questo ampliamento suscita alcune perplessità per via dell'inserimento degli investimenti in edilizia sanitaria come meritevoli di promozione da parte del SSR: se infatti il fine liberale è di per sé un valore, risulta però inusuale che attività di beneficenza promosse dal comparto pubblico, di norma orientate alla ricerca scientifica e all'innovazione tecnologica, siano invece rivolte verso un ambito tradizionalmente lucrativo come quello dell'imprenditoria edilizia.

I dubbi sono ancor più marcati dal momento che, sul piano dei controlli, ai soggetti promotori è richiesto unicamente di garantire *“l'assenza del conflitto di interessi, dando indicazione ai soggetti beneficiari di assicurare la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività”*: tali garanzie sembrano piuttosto lievi, vista la loro natura sostanzialmente auto-dichiarativa e l'ulteriore constatazione che i soggetti dichiaranti non dovranno più essere obbligatoriamente iscritti agli albi regionali del terzo settore.

Sul piano della partecipazione delle rappresentanze e degli ordini professionali, numerosi sono in particolare gli interventi di riordino degli organismi ed enti c.d. partecipativi.

Innanzitutto, la riforma prevede la soppressione²³³ dell'osservatorio integrato del SSL, organismo partecipato dalle associazioni di categoria delle professioni e realtà sanitarie chiamato ad esprimere parere consultivo sulla proposta di PSL e sue variazioni; ad esso erano attribuiti, altresì, i compiti individuati dall'art. 2 co. 2 *bis* D.Lgs. 502/92, seppur in composizione integrata dai presidenti delle conferenze dei sindaci dei comuni compresi nei territori di competenza delle ATS.

Il motivo della cancellazione risiederebbe nella scarsa produttività dell'organismo stesso, probabilmente perché titolare di un numero di

²³³ Art. 6 co. 1 lett. u) della l.r. 22/2021, abrogativo dell'art. 5 co. 14 l.r. 33/2009.

competenze troppo elevato per la sua natura partecipata ed eccessivamente eterogeneo nella composizione.

Naturale conseguenza di questa eliminazione è l'istituzione di nuovi organismi partecipati che ne assumano le funzioni separatamente. In primo luogo, le funzioni di cui all'art. 2 co. 2 *bis* D.Lgs. 502/1992 vengono attribuite²³⁴ alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale²³⁵.

A questo si aggiunge poi l'istituzione di nuovi organismi partecipativi; i primi sono il Tavolo regionale di confronto permanente con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e il forum del terzo settore²³⁶ – chiamati ad esprimere pareri sul PSSL, sugli indirizzi annuali di programmazione regionale e sui piani pluriennali²³⁷; accanto ad essi viene inoltre prevista la costituzione con decreto della DG competente di un osservatorio regionale con la partecipazione delle associazioni di rappresentanza dei comuni, degli enti gestori e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Viene infine prevista l'istituzione del nuovo comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie²³⁸ – di composizione mista e avente anch'esso funzioni prevalentemente consultive²³⁹.

²³⁴ Nuovo art. 5, co. 13 della l.r. 33/2009, modificato dall'art. 6 co. 1 lett. s) della l.r. 22/2021.

²³⁵ Organismo già esistente, costituito con l.r. 14 gennaio 2000, n. 2 e regolato con reg. regionale del 12 agosto 2003, n. 19. È composto dal Sindaco del comune di Milano, dai Presidenti delle Conferenze dei sindaci delle ATS, dal Presidente di ANCI Lombardia, dal Presidente di UPL e dal presidente della delegazione regionale dell'UNCCEM; vi partecipano senza diritto di voto l'Assessore al Welfare e quello alla Famiglia, i DG degli assessorati competenti e delle ATS e ASST coinvolte negli argomenti di volta in volta iscritti all'ordine del giorno.

²³⁶ Al quale partecipano, oltre ai rappresentanti del terzo settore, le direzioni generali competenti in materia socio-sanitaria e sociale.

²³⁷ Nuovo art. 5, co. 13 *bis* l.r. 33/2009.

²³⁸ Art. 25 co.1 lett. c) della proposta, che inserisce l'art. 18 co. 1 *bis* della l.r. 33/2009.

²³⁹ Le funzioni non sono dissimili da quelle del Tavolo di confronto coi sindacati: parere obbligatorio in merito alla proposta di PSSR di cui all'articolo 4 l.r. 33/2009 e ai conseguenti indirizzi programmatici regionali di interesse del comitato stesso.

3.1.5. Conclusioni: la continuità del modello sanitario lombardo, tra eccellenze e criticità

Da quanto esposto si evince come la l.r. 22/2021 abbia apportato delle modifiche piuttosto conservative alla sperimentazione introdotta con la l.r. 23/2015, soprattutto rispetto a quanto auspicato da AGENAS nel proprio *report*. Ne è risultata, così, una riforma che ha raccolto solo alcuni degli spunti pervenuti dall'agenzia, intervenendo prevalentemente sulle parti della legge incidenti sul livello organizzativo del SSR – il titolo I e VII - e lasciando quasi del tutto invariata, viceversa, la parte relativa alla gestione nel concreto delle attività medico-assistenziali.

Come si è visto, la discrepanza principale tra le proposte AGENAS e quanto inserito nel progetto di riforma riguardava l'articolazione dell'apparato istituzionale e la distribuzione delle funzioni tra i vari enti del SSL: la giunta regionale non ha accolto la proposta di soppressione del livello istituzionale delle ATS e di ricondurre alla Regione (o ad ATS unica) le relative funzioni, configurando invece delle modifiche di minore impatto, come la reintroduzione dei distretti e l'istituzione dei dipartimenti di prevenzione e della salute mentale – entrambi come articolazioni delle ASST. Su questo fronte, l'unica modifica rilevante è stata il ritorno della funzione di accreditamento direttamente in capo al governo regionale, di cui però, vista la laconicità della relativa disposizione, dovrà essere monitorata l'efficacia operativa.

Il perché di questa apparente duplicazione – accentuata dal fatto che, in sostanza, tanto i sindacati quanto gli ordini professionali sono rappresentativi della medesima platea, ovverosia i professionisti sanitari – risiede probabilmente nella necessità di distinguere le organizzazioni sindacali dagli organi rappresentativi degli ordini professionali come differenti ed autonomi *stakeholder*; questo, tuttavia, rischia di vanificare l'efficacia dell'attività consultiva sui documenti di programmazione regionale, frammentando eccessivamente le istanze che arriverebbero dai tanti portatori di interessi individuati.

Questo approccio conservativo, come già sottolineato in precedenza, è probabilmente figlio della convinzione, da parte dell'amministrazione regionale lombarda, che il principio della netta separazione tra attività di programmazione e di erogazione in capo ad enti diversi e ben individuati – fortemente criticato da AGENAS – risulti meritevole di conferma e anzi da implementare ulteriormente; ne consegue, dunque, uno sforzo di armonizzazione con la normativa nazionale fortemente ponderato e attento a conservare le principali peculiarità della struttura istituzionale del SSR lombardo.

In particolare, Regione Lombardia si è guardata bene dal recuperare un forte «governo pubblico» del sistema, sacrificando anche solo in parte i meccanismi che garantiscono la libera scelta del cittadino riguardo alle strutture sociosanitarie; quest'ultima continuerà dunque ad andare avanti in assetto di concorrenza tra pubblico e privato²⁴⁰.

Si è confermato, dunque, l'orientamento verso un modello di mercato²⁴¹, dimostratosi negli anni molto efficace nell'assicurare la competizione sulle qualità erogative e foriero di cospicue eccellenze a livello nazionale, soprattutto in ambito ospedaliero²⁴²; a rafforzare questa visione è il dato incontrovertibile

²⁴⁰ BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1314.

²⁴¹ Sulle criticità dei modelli di *welfare* concorrenziali si vedano i contributi di PIOGGIA A., CIVITARESE MATTEUCCI S., DUGATO M., RACCA G.M. (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, 2008, 448 pp.; ID., *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione privata delle aziende sanitarie*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 57 ss.; ID., *Razionalizzazione organizzativa in sanità: quali modelli*, in BOTTARI C., FOGLIETTA F., VANDELLI L. (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Santarcangelo di Romagna, 2013, pp. 61 ss.

²⁴² Alcuni dati possono aiutare: nella classifica dei *World's best hospitals 2023* stilata da *newsweek.com* figurano diversi istituti ospedalieri lombardi: l'Ospedale Metropolitano di Niguarda (n. 60), l'Ospedale San Raffaele del Gruppo San Donato (n. 64), l'Humanitas di Rozzano (n. 89), il Policlinico San Matteo di Pavia (n. 101), l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (n. 134). Simili risultati sono rilevabili anche nelle classifiche degli ospedali "specializzati" (IRCCS, ortopedia, oncologia, etc.). Per passare a degli indici operativi, lo studio della Fondazione Sanità Futura del 2021 (basato sui dati raccolti da AGENAS nel Piano Nazionale Esiti 2017-2019), il SSR di Regione Lombardia è risultato primo in classifica nella maggior parte delle *performances* sanitarie considerate, con dati positivi tanto rispetto alle strutture pubbliche quanto a quelle private.

della migrazione sanitaria verso la Lombardia, tra i più alti d'Italia – se non la più alta, almeno in termini assoluti.

L'utilizzo di questo modello si è però caratterizzato anche per l'emersione di alcune criticità: la Regione ha scelto da sempre di non forzare le strutture private nel subordinarsi alla programmazione sanitaria regionale, confidando che la copertura dei bisogni e delle carenze di offerta avvenisse in modo naturale mediante l'operatività stessa dell'assetto competitivo. La presenza, tuttavia, di alcune esternalità (maggiore libertà operativa dei privati, asimmetrie informative, etc.) ha però fatto sì che alcuni ambiti prestazionali siano rimasti "sguarniti", aprendo le porte alla presenza oligopolistica dei privati. È per questo che i risultati eccezionali del SSR a livello ospedaliero non si traducono automaticamente in risultati di vertice in termini di garanzia nell'erogazione dei LEA²⁴³.

Queste scelte sembrano rientrare, in ogni caso, nella piena discrezionalità del legislatore regionale²⁴⁴ nella scelta del modello di *governance* sanitaria; sembrano anche essere maggiormente rispettosi e compatibili, rispetto alle proposte

²⁴³ Si veda in tal senso il *report* pubblicato dal Ministero della Salute – Direzione generale della programmazione sanitaria, in merito al *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia*, riferito all'anno 2021 e disponibile sul sito di *quotidianosanità.it*. I risultati sono stati elaborati in base al Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (D.M. 12 marzo 2019), che ha sostituito il precedente sistema di analisi, risalente al 2000. All'interno del NSG viene individuato un sottoinsieme di indicatori (denominato "CORE") da utilizzare per una valutazione sintetica dell'erogazione dei LEA.

Gli indicatori CORE relativi al 2021 collocano la Lombardia nei primi posti – ma non prima – nei tre settori di riferimento: area prevenzione, 86,84 – quinto posto dietro a Provincia autonoma di Trento, Umbria, Toscana ed Emilia-Romagna; area distrettuale, 93,09 – quarto posto; area ospedaliera, 85,33 – quinto posto).

²⁴⁴ Pur discostandosi consistentemente dai principi dettati dalla normativa nazionale, infatti, la l.r. 33/2009 e le successive modificazioni non sono state oggetto di dichiarazioni di illegittimità costituzionale in via principale; è innegabile, peraltro, che nella discrezionalità consentita dall'art. 32 Cost. (coordinato con l'art. 118 co. 2) rientra senz'altro la scelta di un modello in cui siano costantemente presenti gli erogatori privati, cfr. CARUSO E., *L'accreditamento nei servizi sanitari e socio-sanitari fra esigenze di sistema e prospettive di liberalizzazione*, in *Le Istituzioni del federalismo*, 1/2017, p. 158.

avanzate da AGENAS²⁴⁵, con l'evoluzione del modello lombardo e con le eccellenze da esso generate²⁴⁶.

Ciò non toglie, tuttavia, che alla lunga l'operatività di questo modello stia generando delle perdite di efficienza nell'erogazione delle prestazioni essenziali, su cui incide soprattutto la misura della presenza e la natura del ruolo degli operatori privati nel sistema: la presenza del privato non dovrebbe intaccare, direttamente o indirettamente, la garanzia del nucleo duro del diritto alla salute connesso al rispetto della dignità umana; sacrificando le esigenze regolatorie in interi settori – non sempre al di fuori del perimetro dei LEA²⁴⁷ – per favorire l'assetto concorrenziale si rischia invece di far arretrare il pubblico oltre il limite astrattamente consentito²⁴⁸.

Nemmeno si può dire, basandosi sugli studi dei modelli organizzativi, che il principio della separazione tra le competenze di programmazione e quelle di

²⁴⁵ Queste ultime, peraltro, non sono esenti da rilievi – pur trattandosi di un documento prettamente tecnico-valutativo: si è già detto in precedenza infatti quanto il documento sia carente, per esempio, sotto il profilo dell'analisi delle problematiche sorte in Lombardia durante l'emergenza da COVID-19.

²⁴⁶ Se ne parla diffusamente in CARAVITA DI TORITTO B., *Salute e federalismo fiscale*, cit., pp. 80 ss., in cui viene espresso apprezzamento per l'efficienza del modello lombardo, in particolare rispetto allo sfruttamento fruttuoso delle procedure sperimentali individuate dall'art. 9-bis del D.Lgs. 502/92, alla separazione tra ASL e presidi ospedalieri e alla parificazione tra pubblico e privato; l'insieme di queste scelte ha permesso di costruire un modello concorrenziale che ha consentito una livellazione verso l'alto dell'erogazione delle prestazioni.

Un'ulteriore conseguenza positiva di questo modello sarebbe rappresentata da un'ospedalità privata di grandi dimensioni – a differenza di altre Regioni, dove la presenza massiccia di piccole cliniche e laboratori incide negativamente sulla portata della spesa sanitaria.

Senza poi dilungarsi, ancora, sulle *best practices* caratterizzanti il SSR lombardo sul piano organizzativo e su quello clinico, si rimanda a quanto riportato da AGENAS nel proprio *report* rispetto all'analisi dell'impatto della Riforma Maroni sui parametri di efficienza del SSR lombardo, in cui vengono sottolineati alcuni significativi miglioramenti – come la contrazione, pur modesta, del tasso di ospedalizzazione generale e per patologie specifiche. Cfr. pp. 34 ss. rapporto AGENAS.

²⁴⁷ L'esempio portato è ancora una volta quello delle campagne vaccinali influenzali per i cittadini over 65, rientranti nei LEA ma spesso gestite in Lombardia in modo tale da non riuscire a coprire (in assoluto o con tempistiche tali da non essere compatibili con l'urgenza del trattamento stesso) la domanda; il che ha spostato una larga parte di utenti a rivolgersi al privato non convenzionato.

²⁴⁸ Cfr. BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1315; BALDUZZI R., *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?* in CHIEFFI L., RICCA M. (a cura di), *Il governo della salute. Regionalismo e diritti di cittadinanza*, Roma, 2005, pp. 23 ss.

erogazione sia in sé sbagliato: si è già sottolineato nei precedenti paragrafi che la realizzazione di un modello de-integrato si porta dietro tanto dei vantaggi²⁴⁹ quanto delle criticità²⁵⁰; la prevalenza degli uni o delle altre dipende dai correttivi introdotti dal singolo modello e da come riesce a utilizzare i meccanismi di correzione delle esternalità che si manifestano.

Il meccanismo più efficace, in questo senso, è rappresentato dall'accREDITAMENTO: se ben gestito, esso permette di controllare a monte la qualità delle prestazioni, oltre a consentire una più accentuata differenziazione nelle caratteristiche dei servizi offerti e contenere il potere negoziale dell'offerta²⁵¹. Come visto, per lungo tempo Regione Lombardia ha deciso di delegare – alle ASL prima e alle ATS poi – questa specifica funzione regolatrice, tanto che AGENAS ne ha sottolineato le criticità. La riforma è intervenuta prospettando una riconduzione alla regione di tale competenza, ma solo la realtà applicativa saprà dirci se questo ri-accentramento avverrà effettivamente.

Una volta confermato il proprio modello, comunque, Regione Lombardia dovrà fare i conti con la ricerca delle soluzioni alle difficoltà puntualmente individuate da AGENAS nel proprio *report*: su tutti, spiccano le criticità dell'impostazione ospedalocentrica del SSR lombardo, modello di cui gli studiosi²⁵² hanno evidenziato alcuni limiti e di cui lo stesso Governo regionale tenta da diversi anni

²⁴⁹ Gli effetti incentivanti che emergono dalla contrapposizione di interessi tra ASL e aziende ospedaliere; il percorso virtuoso concorrenza-qualità-scelta; la facilitazione delle procedure contabili e di misurazione dei risultati di gestione; la maggiore specializzazione nelle tre funzioni di base del *management* di una ASL (assicurazione, produzione e acquisto); la maggiore responsabilità delle aziende sanitarie nel ruolo di acquirenti di servizi.

²⁵⁰ La limitata diffusione delle economie di scala; gli elevati costi di transazione; la perdita di una visione d'insieme delle tre funzioni citate *supra* in nota, che causa l'inefficacia del controllo della domanda e della spesa; la presenza di asimmetrie informative che distorcono il meccanismo della libertà di scelta.

²⁵¹ Elemento, quest'ultimo, molto importante per frenare i fenomeni di asimmetria informativa. Cfr. PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., pp. 96 s.

²⁵² Cfr. DENTE B., *Dopo il coronavirus. Che fare del sistema sanitario?* in *welforum.it*, Osservatorio nazionale delle politiche sociali, link: <https://www.welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/dopo-il-coronavirus-che-fare-del-sistema-sanitario/>.

un superamento; di per contrario, vi sono da affrontare le fragilità della rete sanitaria territoriale, le difficoltà nell'assicurare l'erogazione omogenea dei LEA su tutto il territorio – soprattutto quelli relativi alla prevenzione e all'integrazione sociosanitaria e dei percorsi di cura – e i problemi nell'inserimento efficiente del privato nella programmazione regionale.

Si tratta di problematiche legate prevalentemente all'efficienza della rete territoriale dei servizi sociosanitari, la cui complessità può anche risultare accentuata dall'impostazione scelta per l'organizzazione del comparto sanitario lombardo e poco sopra richiamata, ma che nascono innanzitutto da scelte sostanziali di politica sanitaria; per affrontarle, servirebbero delle scelte più coraggiose su diversi fronti – finanziario²⁵³, organizzativo²⁵⁴ e clinico²⁵⁵ – che permetta la trasformazione del sistema durante i periodi emergenziali per gestire i bisogni di cura – legati all'emergenza e non - ma in contemporanea sia maggiormente efficace di valutare le scelte da compiere nei momenti di gestione ordinaria²⁵⁶.

Questi risultati sarebbero raggiungibili costruendo un modello che sposti maggiormente il baricentro verso una forte rete territoriale che permetta di raggiungere meglio chi si trovi in situazione di difficoltà grave e non abbia accesso – se non tramite pronto soccorso – all'assistenza di cui avrebbe bisogno; per avviare un simile processo, occorrerebbe partire dal livello più vicino ai

²⁵³ Si ricorda qui a titolo di esempio la previsione, contenuta nella l.r. 33/2009, con cui viene stabilito un limite minimo del 5% della spesa sanitaria regionale dedicato alle attività di prevenzione; limite, lo si è già detto *supra*, giudicato troppo esiguo.

²⁵⁴ A titolo di esempio, si ricorda l'assenza nella l.r. 33/2009 e nelle disposizioni di attuazione della stessa di quote limite per l'assegnazione al privato accreditato della gestione delle strutture territoriali di erogazione (PreSST e POT); la scelta, diversa rispetto a quella compiuta da altre Regioni come l'Emilia-Romagna, è di mantenere un regime di concorrenza aperta pubblico-privato anche nel polo territoriale delle ASST.

²⁵⁵ Si guardi ad esempio alle necessità di implementazione effettiva dei servizi ADI.

²⁵⁶ Cfr. BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1317.

cittadini e, quindi, dall'ambito di Comuni, privato sociale, terzo settore e soggetti privati.

In qualche misura la nuova legge lombarda ha mostrato attenzione a tale sollecitazione, investendo cospicuamente sui presidi di assistenza territoriale (pur su sollecitazione nazionale, come visto per le case di comunità); il passo ulteriore, a livello operativo, deve consistere nella scelta di un modello di *governance* regionale che regoli l'accesso dei soggetti che andranno a occupare gli spazi di offerta che comporranno la nuova struttura territoriale²⁵⁷.

L'intera vicenda della riforma sanitaria lombarda ha sollevato, infine, interrogativi di portata generale, in particolare sul fronte dei rapporti tra lo Stato e la Regione e tra quest'ultima e le componenti al suo interno (minoranze politiche, parti sociali, etc.). Ad alcuni Autori è sembrato²⁵⁸ che, in questo frangente, il Governo regionale non sia stato particolarmente aperto ai rilievi esposti, spesso rigettati; queste posizioni appaiono più ispirate a logiche "separatiste" che rischiano di irrigidire il dibattito politico-amministrativo, quando invece sarebbe necessario, anche alla luce dell'approssimarsi all'attuazione dell'autonomia differenziata – di cui si discuterà più avanti nel capitolo –, uno sforzo cooperativo ulteriore.

3.2. Il SSR dell'Emilia-Romagna: tra modello integrativo e slanci concorrenziali

Dopo aver approfondito lo studio del SSR di regione Lombardia, si è ritenuto necessario utilizzare come primo termine di paragone un sistema sanitario regionale che presentasse delle caratteristiche generali differenti, con un grado di

²⁵⁷ Tantoché, in attesa dei primi dati, si prospetta il rischio di un oligopolio privato per i nuovi servizi territoriali. Cfr. BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1318.

²⁵⁸ Cfr. BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1315.

aderenza maggiore al modello gestionale strutturato dalla normativa nazionale di principio.

Il SSR della regione Emilia-Romagna appare compatibile con questi requisiti. In una regione tra le più produttive del Paese, infatti, le scelte di politica sanitaria hanno configurato un sistema che ha da tempo raggiunto gli *standard* qualitativi richiesti dalla programmazione sanitaria nazionale, permettendo delle sperimentazioni gestionali poi replicate anche a livello superiore²⁵⁹.

Come anticipato, il SSR emiliano-romagnolo si ispira senz'altro ai principi della cooperazione e della integrazione tra le diverse organizzazioni sanitarie: un sistema che si fonda sulla costruzione di reti di offerta di servizi in cui ogni struttura costituisce un nodo essenziale della rete stessa, pur in un rapporto di complementarietà con gli altri nodi²⁶⁰; obiettivo di questo approccio è ridurre le ridondanze di servizi, raggiungendo al contempo una maggior appropriatezza clinica e una razionalizzazione delle risorse.

Per assicurare questi risultati, il ruolo giocato dalla programmazione regionale e territoriale risulta fondamentale: Regione Emilia-Romagna ha deciso di declinare questa funzione puntando sulle procedure negoziate²⁶¹, coinvolgendo i soggetti erogatori pubblici e privati sia a livello locale che regionale.

Altro aspetto rilevante del modello emiliano-romagnolo è, in una logica di razionalizzazione dell'offerta e di contenimento della spesa, la costituzione – pur tardiva, rispetto a Regione Lombardia – di un numero limitato di Aziende

²⁵⁹ È il caso, come si è anticipato *supra*, delle case della comunità, esistenti in Emilia-Romagna già dal 2010 come forma di attuazione del Patto per la salute 2006-2008.

²⁶⁰ BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, cit., pp. 211 ss.; NERI S., *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, cit., pp. 110 ss.

²⁶¹ Approccio comune anche al sistema sanitario della regione Toscana; viceversa, tra le Regioni che prediligono un modello integrato ve ne sono alcune (come il Veneto), in cui la concertazione territoriale acquista minore importanza, perché fortemente ancorata a una programmazione regionale più articolata e dettagliata.

Ospedaliere (oggi 11)²⁶². Infine, merita segnalare che lo spazio attribuito ai produttori privati nel sistema pubblico è stato fortemente regolato per renderlo il più possibile funzionale agli obiettivi della programmazione pubblica²⁶³.

3.2.1. La l.r. 29/2004²⁶⁴

Scorrendo il *corpus* normativo sanitario dell'Emilia-Romagna si nota subito una differenza sostanziale rispetto a quanto deciso a suo tempo dal Legislatore lombardo, che invece ha optato per l'accorpamento in un testo unico: accanto a una normativa di base individuata nella l.r. 23 dicembre 2004, n. 29, vi è un numero consistente di leggi regionali di portata speciale atte a regolare specifici aspetti del SSR quali l'organizzazione delle aziende sanitarie locali, le politiche di prevenzione, etc.

La l.r. 29/2004 è in ogni caso il testo normativo da cui partire per una disamina del sistema emiliano-romagnolo.

Questa normativa segue le modifiche al D.Lgs. 502/92 operate dalla riforma Bindi e la riforma costituzionale del 2001, che come già visto *supra* hanno ridisegnato l'assetto delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria; si pone inoltre come normativa di rinnovamento rispetto a testi, piuttosto risalenti nel tempo²⁶⁵, che regolavano in via generale il sistema sanitario emiliano.

Non trattandosi di un testo unico onnicomprensivo, si presenta piuttosto breve, con un numero ristretto di articoli; è qui evidente l'intento, da parte del

²⁶² Cfr. TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari*, cit., p. 540.

²⁶³ Altro elemento, questo, in comune con sistema sanitario toscano, che costituisce il paradigma del modello *integrato*: in queste due Regioni è particolarmente limitata la scelta dei fornitori privato. Cfr. BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, cit., p. 212.

²⁶⁴ Per una disamina delle linee essenziali della l.r. 29/2004, cfr. TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari*, cit., pp. 535 ss.

²⁶⁵ La normativa precedente era datata 1982, con delle aggiunte nel 1994 a seguito della contro-riforma nazionale del 1992.

legislatore regionale, di trasporre nella dimensione locale i principi nazionali, senza però, da un lato, innovare eccessivamente la normativa previgente –ancora oggi in vigore per alcuni aspetti, come si vedrà più avanti – e, dall’altro, entrare nel dettaglio della normazione della sanità regionale, lasciando ad altre fonti speciali questo onere.

Con ogni probabilità si è scelta questa via anche in ragione della continuità politica tra i governi regionali sin dall’istituzione della regione nel 1970, cui si è accompagnata una continuità di scelte di politica sanitaria dagli esiti positivi.

3.2.1.1. I principi del SSR Emiliano-Romagnolo

La l.r. 29/2004 non differisce da quanto già visto per la corrispondente normativa lombarda rispetto alla definizione dei principi direttivi del SSR: richiamata prima infatti la normativa nazionale rilevante – art. 33 Cost., artt. 1 e 2 l. 833/78, etc. – si passa poi all’enucleazione dei principi ispiratori del SSR²⁶⁶.

Tra di essi, alcuni (libertà di scelta, universalità ed equità di accesso alle prestazioni, finanziamento dei LEA) sono comuni a quanto già visto per il SSR lombardo, altri sono peculiari (globalità della copertura assistenziale quale garanzia dei LEA, valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive nella promozione degli stili di vita, leale collaborazione con le altre Regioni e con lo Stato).

Questi principi si riflettono poi nei criteri organizzativi del SSR²⁶⁷; tra di essi, sono peculiari la partecipazione delle Aziende sanitarie all’elaborazione, da parte degli enti locali, dei piani per la salute previsti dal PSR; il governo clinico delle Aziende sanitarie e la partecipazione organizzativa degli operatori.

²⁶⁶ Art. 1 co. 2 l.r. 29/2004.

²⁶⁷ Art. 2 co. 2 l.r. 29/2004.

3.2.1.2. Assetto organizzativo del SSR

L'assetto organizzativo del SSR emiliano non si discosta particolarmente da quanto definito dalla normativa statale di principio: manca del tutto, qui, la netta divisione tra funzione di programmazione ed erogativa che sussiste, come visto, tra ATS ed ASST nel sistema lombardo.

Di entrambe le funzioni sono titolari le unità di base del SSR, le Aziende Unità sanitarie locali (AUSL)²⁶⁸, dotate di autonomia imprenditoriale e organizzate nel loro funzionamento con l'atto aziendale²⁶⁹; esse sono finanziate dalla Regione sulla base dei LEA e in base alla popolazione residente, pur *“con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi”*²⁷⁰. Si nota quindi una differenza sostanziale, rispetto ad altre Regioni, in merito al livello – molto elevato – di autonomia delle AUSL, in particolare nella funzione di committenza; autonomia rispecchiata dalla quota cospicua di fondo sanitario regionale trasferito senza vincoli alle aziende²⁷¹ e al potere delle stesse di stabilire in autonomia appositi rapporti coi produttori²⁷².

²⁶⁸ Art. 3 l.r. 29/2004.

²⁶⁹ La disciplina dell'atto aziendale a livello regionale è disposta con l.r. 19/1994, come si vedrà in seguito.

Tuttavia, anche la l.r. 29/2004 dispone in merito in maniera piuttosto diffusa, precisando che l'atto aziendale si occupa della disciplina dell'articolazione distrettuale delle AUSL e la loro organizzazione secondo il modello dipartimentale, come disposto dalla l. 502/1992; altro contenuto necessario è la disciplina dei compiti e delle responsabilità dei dirigenti di dipartimento e di distretto, art. 3 co.1 ult. periodo l.r. 29/2004.

Il successivo comma 4 specifica poi che gli atti aziendali vengono adottati dai DG in coerenza con le direttive emanate dalla Giunta regionale, ai sensi di quanto disposto dall'art. 4 della l.r. 19/1994, ma previo parere della Commissione consiliare competente, la quale ha anche potere di verifica sugli atti aziendali stessi.

²⁷⁰ Art. 3 co. 2 l.r. 29/2004.

²⁷¹ L'Emilia-Romagna trasferisce il 92,5% del fondo sanitario regionale alle AUSL, senza vincoli di destinazione e con libertà di contrattazione con le AO; ciò sulla base di accordi di lungo periodo tramite i quali si abbandona una logica di mercato per sostituirla con una di programmazione dei servizi concertata.

²⁷² TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari*, cit., p. 540.

In ER è operativa, poi, sin dal 2004, la suddivisione territoriale in distretti sanitari²⁷³ delle AUSL, con compiti definiti²⁷⁴, autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, pur all'interno delle risorse assegnate per ogni esercizio.

L'attività distrettuale – di natura prettamente erogativa – viene coordinata e integrata con quella dei dipartimenti centrali dell'AUSL come quelli di sanità pubblica e di salute mentale²⁷⁵.

Sono ricompresi tra gli enti del SSR anche le Aziende ospedaliere. Proprio in merito alla costituzione di queste ultime – potere demandato dalla l.r. 29/2004 alla Regione²⁷⁶ – si è sollevato all'epoca dell'entrata in vigore della l.r. 29/2004 un conflitto di costituzionalità, su azione dell'allora governo Berlusconi II.

Secondo la formulazione della l.r. 29/2004, infatti, la Regione può esercitare tale potere *“motivando sulla base della complessità della casistica trattata e del ruolo di ospedale di riferimento per specifici programmi regionali di assistenza individuati dal Piano sanitario regionale”*; il Governo riteneva che tale previsione fosse in contrasto con la normativa nazionale di principio, in particolare con le norme che stabiliscono i criteri cui le Regioni debbano indirizzare le disposizioni regionali che regolano la costituzione delle AO.

²⁷³ Art. 4 l.r. 29/2004.

²⁷⁴ Ai sensi dell'art. 4 l.r. 29/2004 spetta ai distretti il compito di: a) promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento; b) assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi socio-sanitari di cui all' articolo 3-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, nonché il coordinamento delle proprie attività fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovradistrettuale; c) favorire la partecipazione dei cittadini.

I distretti attuano inoltre, con riferimento a ciascun ambito territoriale, le strategie aziendali sulla base dei Programmi delle attività territoriali, di cui all' articolo 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

²⁷⁵ Attraverso determinazione dell'atto aziendale, art. 4 co. 3 l.r. 29/2004. Cfr. BALDUZZI R., *I servizi sanitari regionali*. cit., p. 18.

²⁷⁶ Art. 2 co. 1 lett. b) l.r. 29/2004.

La Corte costituzionale, tuttavia, con sentenza n. 181 del 5 maggio 2006 ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale, ritenendo che la normativa contenuta nel D.Lgs. 502/1992 permettesse alle Regioni un margine di discrezionalità ampio sulla determinazione dei presupposti per la costituzione di nuove aziende ospedaliere, aggiungendo normativamente se ritenuto opportuno dei criteri aggiuntivi e più stringenti, purché non incompatibili con quelli definiti a livello nazionale.

L'ER ha utilizzato questa disposizione per mettere mano – in linea con quanto fatto anche dalle altre Regioni ad inizio anni 2000 – al sistema ospedaliero regionale, cercando di spostare il baricentro verso l'assistenza territoriale²⁷⁷: si è infatti portata avanti una progressiva riduzione dell'offerta ospedaliera²⁷⁸, attraverso anche una riduzione cospicua delle infrastrutture. Si è cercato, tuttavia, di sopperire incrementando la capacità funzionale delle strutture restanti²⁷⁹; questa operazione ha avuto esiti positivi, anche grazie alla gradualità con cui è stata condotta al coinvolgimento di organi e istituzioni territoriali²⁸⁰.

Completano poi il quadro dei soggetti istituzionali gli IRCCS e le Aziende ospedaliero-universitarie; di queste ultime si parlerà poco più avanti.

La disciplina regionale degli IRCCS²⁸¹ ricalca in maniera piuttosto marcata quanto disposto in merito dalla normativa nazionale²⁸² per ciò che concerne le

²⁷⁷ L'Emilia-Romagna nel 2002 dedicava il 54% circa della spesa sanitaria all'assistenza distrettuale (ben sopra la media nazionale), il 41% a quella ospedaliera e il 4% alla prevenzione.

²⁷⁸ Ad esempio, attraverso la riduzione del 44% del numero di posti letto per acuti e la riduzione del 41% della durata della degenza media.

²⁷⁹ Aumentando ad esempio il crollo della durata media di degenza, che ha permesso di recuperare e superare le diminuzioni dettate dalla chiusura dei posti letto.

²⁸⁰ In ossequio al principio cardine del SSR emiliano-romagnolo, la regione si è infatti limitata a definire parametri e criteri per la riorganizzazione; sono state poi le AUSL, in virtù della loro autonomia, a concertare con i Comuni i piani attuativi locali. Cfr. TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari*, cit., pp. 550 s.

²⁸¹ Art. 10 l.r. 29/2004.

²⁸² D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288, "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della l. 16 gennaio 2003, n. 3".

caratteristiche di base e l'organigramma dell'ente²⁸³: essi svolgono la loro attività nell'ambito degli indirizzi della programmazione regionale²⁸⁴; la vigilanza e il controllo su di esse sono esercitate secondo forme e modalità dettate dalla Giunta regionale²⁸⁵.

Aziende ospedaliere e IRCCS sono organizzati²⁸⁶ in analogia con le Aziende USL, fatto salvo quanto previsto dagli articoli 9 e 10. La remunerazione delle loro attività assistenziali è definita nell'ambito di accordi da essi stipulati con l'Azienda o le Aziende Usl interessate, salvo gli eventuali trasferimenti regionali connessi a specifiche funzioni assistenziali, nonché i trasferimenti collegati alle procedure della mobilità sanitaria interregionale.

Chiude la parte sull'organizzazione del SSR l'art. 7 sulle sperimentazioni gestionali; la previsione, invero, ricalca la normativa nazionale²⁸⁷, specificando solo la relativa competenza – attribuita alla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente²⁸⁸ – e la durata, consistente in un periodo di cinque anni²⁸⁹ sulla base di motivate ragioni. L'aridità delle previsioni sul punto ha una motivazione storica: dopo l'inaugurazione di alcune sperimentazioni pubblico-privato in campo sanitario e sociosanitario²⁹⁰ a fine anni '90, a inizio

²⁸³ Art. 10 co. 2 l.r. 29/2004. Sono organi degli IRCCS, lo si ricorda, il direttore generale, il Consiglio di indirizzo e verifica, il Collegio sindacale, il Collegio di direzione e il direttore scientifico. A questi organi si applica la normativa nazionale contenuta nel D.Lgs. 502/1992, art. 10 co. 4 l.r. 29/2004, fatti salvi il Consiglio di indirizzo e verifica – normato dall'art. 10 commi 5 e 5 *bis* – e il collegio sindacale – art. 10 co. 6.

²⁸⁴ Art. 10 co. 3 l.r. 29/2004.

²⁸⁵ Art. 10 co. 3 *bis*) l.r. 29/2004.

²⁸⁶ Art. 3 co. 6 l.r. 29/2004.

²⁸⁷ Art. 9 *bis*, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992.

²⁸⁸ Nonché su proposta dell'Azienda sanitaria interessata che motivi analiticamente le ragioni dell'atteso miglioramento della qualità dei servizi, della convenienza economica e della funzionalità rispetto alla programmazione regionale.

²⁸⁹ Ma la Giunta regionale, sulla base di motivate ragioni legate alla complessità della sperimentazione, può prevedere una durata della sperimentazione anche più lunga.

²⁹⁰ Le sperimentazioni gestionali, in numero di otto, erano relative alla partecipazione a nuovi soggetti a capitale misto per la fornitura di servizi.

nuovo secolo la regione ne ha disposto una valutazione²⁹¹; l'analisi ha evidenziato dei risultati mediocri in termini di efficienza tecnica od allocativa²⁹², così come per l'innovazione di prodotto e di processo, rispetto a quanto osservabile negli ospedali a gestione pubblica²⁹³. Per questi motivi regione ER ha dichiarato conclusa l'esperienza delle sperimentazioni gestionali, facendo rientrare tre delle strutture integralmente sotto controllo pubblico.

3.2.1.3. Personale

Le norme sul personale del SSR sono ovviamente scarse, perché buona parte del comparto è regolata da normative nazionali.

Se ne occupa nello specifico l'art. 8 l.r. 29/2004, che per l'appunto richiama il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 sul pubblico impiego, con le *"eventuali previsioni speciali"* stabilite dalla Regione nell'ambito dei principi della normativa statale.

Per quanto concerne la dirigenza sanitaria, valgono le regole sul rapporto di lavoro esclusivo dettate dal D.Lgs. 502/92²⁹⁴, con alcune aggiunte con normativa regionale.

²⁹¹ Il report, a cura dell'agenzia sanitaria regionale, è disponibile su www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan.

²⁹² In particolare, l'affidamento dell'erogazione di servizi a terzi partecipanti non si è dimostrato superiore ai modelli tradizionali di gestione diretta, rispetto al governo della spesa, manifestando viceversa rigidità rispetto ai tradizionali rapporti contrattuali (art. 8-*quinquies* D.Lgs. 502/1992) con le strutture accreditate; particolari criticità si sono manifestate anche rispetto alla gestione del personale dipendente trasferito dal SSR, soprattutto se parametrato al regime per i dipendenti di nuova assunzione.

²⁹³ Questo ha impedito di produrre i ricavi previsti dagli investimenti del capitale privato, spingendo i privati stessi a richiedere nuovi contratti modificativi per ovviare al sovradimensionamento delle strutture, cercando di creare posizioni di rendita che ovviassero all'assenza di una situazione di mercato (adeguamenti tariffari, protezione da interferenze esterne sul mercato, accordi di fornitura favorevoli). Cfr. TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari*, cit., pp. 543 ss.

²⁹⁴ Fatto salvo quanto previsto dall'art. 15 *ter* del decreto, su cui si è indagato *supra* nel primo capitolo.

Tra di esse, la previsione²⁹⁵ per cui *“l’esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti sanitari di incarichi di direzione di struttura semplice e complessa”*, con effetto retroattivo anche verso i *“contratti individuali relativi agli incarichi di cui al periodo precedente operanti alla data di entrata in vigore della presente legge”*.

Questa disposizione è stata impugnata dal governo tramite ricorso principale, sotto due profili: il primo concerneva la paventata invasione delle competenze statali in merito all’individuazione dei criteri con cui determinare i requisiti per l’acquisizione di un ruolo di dirigente sanitario; in secondo luogo, si riteneva contraria a Costituzione la previsione di retroattività contenuta nel secondo periodo.

La Corte costituzionale, tuttavia, con sentenza n. 181 del 5 maggio 2006 ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale del presente comma. Anche in questo caso, la previsione di criteri aggiuntivi e maggiormente restrittivi per il conferimento di incarichi dell’amministrazione sanitaria da parte delle Regioni incontra come solo limite il rispetto dei principi generali della materia e la non conformità con i criteri già previsti a livello nazionale; questo vale, a maggior ragione, in quanto tale criterio sia espressamente previsto come preferenziale e non preclusivo.

Per quanto invece concerne la retroattività della norma, la Consulta ha rilevato come la normativa regionale sottoponesse l’operatività della norma al decorso di un termine per l’adeguamento, da parte dei dirigenti in carica, della propria posizione; decorso tale termine, la verifica del criterio aggiuntivo era comunque legata al momento della verifica del mandato del dirigente, nelle modalità previste dalla legge regionale.

²⁹⁵ Art. 8 co. 4 l.r. 29/2004.

Infine, anche per i medici convenzionati la l.r. 29/2004 richiama la normativa nazionale²⁹⁶, con la Regione chiamata unicamente a dettare *“le opportune disposizioni affinché le attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché delle professioni sanitarie [...] siano raccordate con le attività e le funzioni delle Aziende Usl, con particolare riferimento al livello distrettuale”*²⁹⁷.

3.2.1.4. Controlli

Come già anticipato *supra*, sul piano dei controlli la l.r. 29/2004 è stata sin da subito impostata per un coinvolgimento corposo degli organismi politici, nonché di numerosi organi tecnici, tendenza che si è confermata anche con le successive modifiche alla legge regionale.

È un esempio dei primi la previsione²⁹⁸ secondo cui l'Assemblea legislativa²⁹⁹ esercita il controllo sulle nomine dei DG e del Collegio sindacale delle AUSL, sui risultati scaturiti dalle scelte definite negli atti aziendali, nonché infine sull'adozione delle figure previste a livello di direzione strategica aziendale³⁰⁰.

Per quanto concerne invece i secondi, è del 2018 la previsione³⁰¹ di un sistema di audit interno alle amministrazioni sanitarie: in ciascuna AUSL – nello specifico, presso la Direzione aziendale – viene istituita una apposita funzione di *“verifica, controllo, revisione e valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di*

²⁹⁶ Specificamente l'art. 8 D.Lgs. 502/92.

²⁹⁷ Art. 8 co. 6 l.r. 29/2004. A questo fine, la regione può promuovere e concludere accordi integrativi degli accordi collettivi nazionali, co. 7.

²⁹⁸ Art. 3 co. 5 *bis* l.r. 29/2004, da poco aggiunto con l.r. 26 novembre 2021, n. 17.

²⁹⁹ In Emilia-Romagna il c.d. Consiglio regionale è stato rinominato come da statuto Assemblea legislativa. Sul punto il governo nazionale aveva peraltro sollevato controllo di legittimità ex art. 123 Cost.; la Corte costituzionale, tuttavia, ha concluso per la non fondatezza delle censure, riconoscendo che l'organo rappresentativo regionale abbia a tutti gli effetti un potere legislativo, come espresso nella denominazione scelta, senza che ciò induca in confusione con il Parlamento nazionale.

³⁰⁰ Ciò avviene attraverso la presentazione, da parte della Giunta regionale, di una specifica relazione alla competente commissione assembleare, con cadenza triennale.

³⁰¹ Art. 3 *ter* l.r. 29/2004, aggiunto dalla l.r. 16 luglio 2018, n. 9.

certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche"; l'obiettivo finale, ovviamente, è di indicare eventuali azioni di revisione e integrazione delle procedure interne che risultino non conformi e inefficienti. Le funzioni di audit interno sono coordinate da un Nucleo regionale di *audit*³⁰².

3.2.1.5. Autonomia privata

Anche nella Regione Emilia-Romagna, come in Lombardia, l'apporto cospicuo del privato nelle attività erogative – tanto in regime di convenzione col SSR quanto in autonomia – rende necessaria una normazione stringente per l'integrazione dei privati nel funzionamento del SSR e nell'espletamento delle previsioni programmatiche regionali.

Per questo nei principi ispiratori del SSR³⁰³ figura *“la valorizzazione della funzione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone, singole o associate, per lo svolgimento di attività d'interesse generale e di rilevanza sociale, in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione”*.

Nulla di più, tuttavia, viene previsto nella l.r. 29/2004 sul punto, demandando alla legislazione speciale – di cui si vedrà *infra* – ulteriori specificazioni.

3.2.1.6. Coinvolgimento degli enti locali

Tra i principi ispiratori del SSR figura³⁰⁴ anche la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute.

³⁰²La composizione e il funzionamento del quale sono determinate da delibera di Giunta regionale, art. 3 *ter* co. 3 l.r. 29/2004.

³⁰³ Art. 1 co. 2 lett. i) l.r. 29/2004.

³⁰⁴ Art. 1 co. 2 lett. l) l.r. 29/2004.

Questo principio trova specifica attuazione nell'art. 5 l.r. 29/2004, in combinato disposto con l'art. 11 l.r. 19/1994: questi due articoli disciplinano infatti composizione e funzioni della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, la quale si sostituisce in parte nelle funzioni della Conferenza dei sindaci come modellata dal D.Lgs. 502/92³⁰⁵.

Anzitutto, l'Ufficio di presidenza di ciascuna Conferenza territoriale sociale e sanitaria esprime un parere sulla nomina del direttore generale da parte della Regione.

La Conferenza, invece, esprime il parere³⁰⁶ sulla verifica dei risultati aziendali conseguiti dal DG in carica e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, disposta ai fini della conferma del dirigente in carica; la verifica stessa può essere attivata dalla Conferenza, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del piano attuativo locale³⁰⁷.

Alla Conferenza sono poi attribuiti ulteriori poteri, rendendola di fatto il terzo organo di indirizzo politico in materia sanitaria dopo gli esecutivi statale e regionale; non sono riscontrabili, negli altri ordinamenti regionali, organi analoghi con funzioni così corpose.

Anzitutto, è suo il compito³⁰⁸ promuovere la partecipazione dei Consigli comunali e provinciali alla definizione dei PAL, nonché strategie e interventi³⁰⁹

³⁰⁵ Cfr. BALDUZZI R., *I servizi sanitari regionali*, cit., p. 18.

³⁰⁶ Ai sensi dell'art. 3 *bis*, co. 6, D.Lgs. 502/92, il quale prevede che il parere sia reso però dalla Conferenza dei sindaci; in ER fa le veci di tale organo, come già detto, la Conferenza territoriale di cui *supra*.

³⁰⁷ Disposizione che replica un potere già previsto nel D.Lgs. 502/1992.

³⁰⁸ Art. 5 co. 2 l.r. 29/2004.

³⁰⁹ Art. 5 co. 3 l.r. 29/2004.

volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche attraverso i Piani per la salute previsti dal PSR.

È ancora la Conferenza territoriale³¹⁰, d'intesa con i direttori generali, a individuare i distretti e a modificare i loro ambiti territoriali, pur con una verifica di conformità alla programmazione regionale da parte della Giunta.

Il coinvolgimento degli enti locali avviene poi anche a livello distrettuale, attraverso il Comitato di distretto previsto anche dal D.Lgs. 502/92. Tale Comitato opera in stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e disciplina le forme di partecipazione e di consultazione alla definizione del Programma delle attività territoriali; esprime inoltre³¹¹ parere obbligatorio sul Programma delle attività territoriali, sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione dei servizi del distretto e verifica il raggiungimento dei risultati di salute del Programma delle attività territoriali; l'intesa con esso è infine necessaria al fine della nomina del direttore di distretto da parte del DG³¹².

3.2.1.7. Rapporti con le Università

Tra i principi ispiratori del SSR figura anche³¹³ la collaborazione con le Università, per il loro ruolo fondamentale nella formazione e nella ricerca, con la finalità di promuovere in particolare la formazione del personale del SSR e di sviluppare la ricerca biomedica e sanitaria, valorizzandone i risultati come strumento di innovazione gestionale ed organizzativa del sistema sanitario³¹⁴.

³¹⁰ Art. 5 co. 4 l.r. 29/2004.

³¹¹ Art. 5 co. 7 l.r. 29/2004.

³¹² Art. 5 co. 9 l.r. 29/2004. Vi è anche la possibilità per il Comitato, qualora ricorrano gravi motivi, di chiedere la revoca dell'incarico al direttore nominato.

³¹³ Art. 1 co. 2 lett. n) l.r. 29/2004.

³¹⁴ Il successivo art. 9 prevede poi che le Università emiliano-romagnole concorrano – ma solo “per gli aspetti concernenti le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca” – all'elaborazione della programmazione sanitaria regionale.

In attuazione di ciò è previsto³¹⁵ che i rapporti tra SSR e Università siano disciplinati tramite stipulazione di protocolli d'intesa – strumento mutuato dal D.Lgs. 502/1992; è il successivo art. 9 a dettare ulteriori specificazioni, prevedendo dei contenuti necessari del protocollo³¹⁶.

La collaborazione fra SSR ed Università si realizza, nel concreto, attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie³¹⁷, che fungono da riferimento per lo svolgimento delle attività delle facoltà di medicina degli atenei di riferimento³¹⁸.

Tuttavia, esse non sono l'unico polo di collaborazione tra SSR e università, potendo la programmazione sanitaria individuare³¹⁹ ulteriori sedi utili a tal scopo, *“con particolare riguardo alle scuole di specializzazione mediche o ad altre Facoltà”*; il tutto mediante specifici accordi integrativi ai protocolli d'intesa.

Altro risvolto del rapporto tra SSR e mondo accademico è la ricerca scientifica in campo medico. Sul punto, la l.r. 29/2004 anzitutto dispone³²⁰ che la Regione promuove e valorizza le attività di ricerca svolte dalle Aziende ospedaliero-universitarie e nelle altre sedi di collaborazione, concorrendo al finanziamento di programmi di ricerca e di formazione di comune interesse³²¹.

Di ricerca si occupa anche l'art. 11, il quale dispone che la Regione può promuovere – sempre previa intesa con l'Università – l'istituzione di fondazioni

³¹⁵ Art. 2 co. 5 l.r. 29/2004.

³¹⁶ Art. 9 co. 3 l.r. 29/2004. Più nello specifico, è previsto che i protocolli d'intesa individuino l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università, pur nel quadro della programmazione nazionale e regionale e in coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca. I protocolli disciplinano altresì la programmazione della formazione del personale del SSR e le modalità con cui gli accordi attuativi locali definiscono l'organizzazione dei dipartimenti integrati.

³¹⁷ La cui disciplina è dettata dalla Regione *“previa intesa della Conferenza Regione-Università”*, in analogia con le Aziende USL – compresa la nomina del DG, effettuata dalla Giunta regionale d'intesa col rettore – e in coerenza col D.Lgs. 517/1999.

³¹⁸ Art. 9 co. 4 l.r. 29/2004.

³¹⁹ Art. 9 co. 5 l.r. 29/2004.

³²⁰ Art. 8 co. 9 l.r. 29/2004.

³²¹ I quali sono definiti d'intesa tra la Regione e le singole università nell'ambito degli indirizzi formulati dalla Conferenza Regione-Università.

per la promozione della ricerca e della formazione in sanità, cui possono partecipare, con propria determinazione, le Aziende sanitarie della provincia interessata.

3.2.2. Le altre fonti normative del SSR dell'Emilia-Romagna

Come già accennato, i governi regionali dell'Emilia-Romagna hanno evitato di raccogliere la normativa regionale sul SSR in un testo unico; ne risulta quindi un sistema, stante la normativa di base della l.r. 29/2004 appena esaminata, governato da singole leggi speciali.

La più recente, risalente al 2018, è la l.r. 5 dicembre 2018, n. 19. Si tratta di una legge-quadro rubricata *"Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"*, la quale ha come obiettivo la definizione organica delle finalità e degli obiettivi riguardanti la promozione della salute in Emilia-Romagna.

Si tratta di un testo – come si vedrà approfonditamente più avanti – povero di disposizioni riguardanti il SSR; queste sono contenute in altri testi normativi ovvero la l.r. 4 maggio 1982, n. 19 (rubricata *"Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, veterinaria e farmaceutica"*) e la l.r. 12 maggio 1994, n. 19 (*"Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"*). Si tratta di normative di risalente emanazione e più volte modificate in maniera più o meno puntuale negli anni.

La scelta di operare in questo modo – in luogo di una riforma organica del SSR – si deve probabilmente alla continuità politica avuta dalle giunte regionali emiliano-romagnole sin dall'istituzione della regione nel 1970³²².

³²² La regione Emilia-Romagna ha infatti avuto una continuità politica tra presidenti, sempre sostenuti da coalizioni di centrosinistra, prima a guida PCI, poi PDS e PD.

3.2.2.1. La l.r. 19/1982

La l.r. 19/1982 costituisce la normativa più risalente della sanità emiliano-romagnola.

Venne emanata come normativa organica a seguito dell'istituzione del SSN, dopo che, dal 1978 al 1982, la l. 833/78 aveva ricevuto un'attuazione solo per ambiti³²³ ed è stata mantenuta anche a seguito delle riforme nazionali del 1993, del 1999 e successive, seppur fortemente modificata e abrogata parzialmente in molte sue parti per coordinarla con la l.r. 29/2004 e le altre normative in materia.

Ad oggi, dunque, si presenta come una normativa di principio, riprodottriva di buona parte delle norme oggi vigenti della l. 833/78.

Tra di esse, vi è il riconoscimento delle funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative in materia di igiene e sanità pubblica, veterinaria e farmaceutica in capo alla giunta regionale³²⁴.

La legge poi³²⁵ prosegue elencando le competenze regionali, attinenti alla *“organizzazione, al coordinamento ed alla verifica delle funzioni”* in materia sanitaria; essa risponde dell'attuazione del PSN e del PSR in regione; predispone programmi in materia di sanità pubblica; promuove e incentiva l'osservazione epidemiologica, etc.

La l.r. 19/82 si prodiga anche di individuare delle specifiche competenze per il Presidente della regione³²⁶ e per i sindaci³²⁷: per il primo è prevista, specularmente

³²³ Si ricorda sul punto la l.r. 3 gennaio 1980, n. 1, *“norme sull'associazione dei comuni, sull'ordinamento delle unità sanitarie locali e sul coordinamento dei servizi sanitari e sociali”*, oggi abrogata ma al tempo specificamente richiamata dalla l.r. 19/1982 per la parte concernente l'organizzazione della USL.

³²⁴ Art. 2 l.r. 19/1982.

³²⁵ Art. 3 l.r. 19/1982.

³²⁶ Art. 4 l.r. 19/1982.

³²⁷ Art. 5 l.r. 19/1982.

a quanto definito già dalla l. 833/78 a livello nazionale, la possibilità di emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente in materia di igiene e sanità pubblica; potere simile spetta al sindaco, ai sensi dell'art. 32 l. 833/78.

Seguono poi disposizioni più specifiche in materia di igiene e sanità pubblica (titolo II, oggi desueto) e in materia di vigilanza, igiene e profilassi veterinaria (titolo III).

3.2.2.2. La l.r. 12 maggio 1994, n. 19

All'indomani della contro-riforma del 1992, anche regione Emilia-Romagna ha adeguato la disciplina del SSR alla nuova normativa-quadro nazionale con la l.r. 19/1994.

Tale ultima legge è stata poi riformata in modo puntuale a più riprese, perlopiù in corrispondenza delle modifiche intercorse al D.Lgs. 502/92 nel corso del tempo. Ad oggi, essa costituisce assieme alla l.r. 29/2004 la normativa di base rispetto all'organizzazione del SSR emiliano-romagnolo, pur completata da una moltitudine di leggi speciali integrative.

Si tratta, dunque, anche in questo caso di una normativa-quadro, con principi e obiettivi generali enucleati all'art. 2; tra di essi, i più interessanti sono *“il perseguimento della efficienza allocativa delle risorse, della appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni dei servizi erogati”* e soprattutto la *“distinzione funzionale tra la responsabilità di committenza e la responsabilità di produzione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse”*³²⁸.

³²⁸ Questo principio avvicina il SSR Emiliano-Romagnolo a quello Lombardo; manca tuttavia come già sottolineato una distinzione formale tra enti che svolgono attività di programmazione ed enti erogatori.

Anzitutto, per quanto concerne il PSR, l'art. 17 l.r. 19/1994 ricalca perlopiù le previsioni nazionali: durata triennale, contenuti necessari³²⁹, approvazione a cura del Consiglio regionale³³⁰ e presentazione annuale allo stesso di una relazione sullo stato di attuazione del PSR³³¹.

In merito all'organizzazione del SSR, la l.r. 19/1994 ha subito numerose modifiche con l.r. 29/2004; in essa è contenuta, comunque, solo la disciplina dell'organizzazione di base delle AUSL, di cui vengono definiti gli ambiti territoriali³³². Segue poi la disciplina sull'organizzazione interna delle stesse, a cura – come già visto *supra* - dell'atto aziendale: con esso il DG – sulla base dei LEA individuati da PSN e PSR – definisce l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'AUSL.

L'atto aziendale è però vincolato in ciò dalle norme di principio nazionali, oltre che dalle apposite direttive della Giunta regionale³³³: la AUSL è infatti in goni

³²⁹ A) gli obiettivi di salute, nonché gli indirizzi e i programmi necessari a soddisfare le esigenze di salute della popolazione regionale;

b) le aree prioritarie di intervento;

c) la definizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario regionale e la individuazione di criteri di riparto efficaci e funzionali ad un'equa allocazione delle stesse;

d) le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale;

e) i progetti obiettivo e i progetti speciali;

f) le modalità di proposta e di approvazione da parte della Regione dei piani attuativi locali.

³³⁰ Su proposta della Giunta e previo esame delle osservazioni formulate dal Consiglio delle autonomie locali, Art. 17 co. 2 l.r. 19/1994.

³³¹ Art. 17 co. 4 l.r. 19/1994. Come anticipato *supra*, la l.r. 29/2004 è intervenuta per specificare il sistema dei controlli del Consiglio sullo stato di attuazione della programmazione sanitaria regionale.

³³² Art. 3 l.r. 19/94, che si appoggia alla tabella allegata e ai successivi artt. 18 e 19. L'articolo prevede la possibilità di modifica degli ambiti territoriali delle USL con delibera di consiglio regionale e su proposta di giunta – sentita la conferenza regione-autonomie locali.

³³³ Art. 4 co. 6 l.r. 19/94 testo vigente.

caso articolata di base in distretti³³⁴, presidi ospedalieri³³⁵, dipartimenti³³⁶ - tra cui spicca il dipartimento di sanità pubblica – e unità operative³³⁷.

La l.r. 19/1994 detta anche alcune disposizioni³³⁸ sulle aziende e sui presidi ospedalieri: individua nel direttore generale – al pari dell'omonima figura delle AUSL – il responsabile dell'AO e identifica nell'atto aziendale la fonte dell'organizzazione e il funzionamento dell'azienda, con limiti anche in questo caso speculari a quanto previsto per le AUSL³³⁹.

Importante, infine, la previsione del comma 5, che sottopone l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri a direttive emanate dalla Giunta regionale, per esigenze di uniformità.

³³⁴ Definito come *“articolazione territoriale e organizzativa dell’Azienda, dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata all’interno del bilancio aziendale, destinata ad assicurare alla popolazione di riferimento l’accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l’erogazione di prestazioni e servizi di primo livello o di base, secondo le modalità definite dal programma delle attività territoriali”*, art. 4 co. 3 lett. a) l.r. 19/1994 vigente.

Completa poi il quadro della normativa regionale sul distretto l’art. 9, affidandogli *“la gestione delle strutture e dei servizi ubicati nel territorio di competenza e destinati all’assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, nonché l’organizzazione dell’accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi”*, insieme alle *“attività socio-assistenziali di base delegate dagli Enti locali alla Azienda-Unità sanitaria locale”*. Si tratta di previsioni che ricalcano perlopiù la normativa di principio statale.

³³⁵ Definiti dall’art. 4 co. 3 lett. b) come *“struttura complessa dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separata all’interno del bilancio aziendale, preposta alla erogazione di prestazioni e servizi specialistici non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza nell’ambito della rete dei servizi territoriali in conformità alla programmazione regionale e locale”*.

³³⁶ Definito dall’art. 4 co. 4 lett. a) come *“strutture complesse di livello aziendale, distrettuale o di presidio ospedaliero, costituiti da unità operative e da moduli organizzativi, con autonomia tecnico-professionale, nonché autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, preposti alla produzione ed alla erogazione di prestazioni e servizi, nonché alla organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate”*.

³³⁷ Le quali costituiscono delle strutture organizzative complesse del dipartimento che aggregano risorse professionali di tipo medico, infermieristico, tecnico, amministrativo e finanziario e assicurano la direzione e l’organizzazione delle attività di competenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell’ambito del dipartimento di appartenenza.

³³⁸ Art. 5, che richiama l’art. 4 D.Lgs. 502/92.

³³⁹ Fatte salve le AO ospitanti facoltà di medicina e chirurgia, la cui organizzazione deve essere conforme agli accordi attuativi dei protocolli d’intesa tra Regione e Università. Si veda meglio *supra* per le specificazioni di queste disposizioni.

La l.r. 19/1994 si occupa anche di integrazione socio-sanitaria³⁴⁰, identificando nel Piano di zona³⁴¹ l'atto di riferimento entro cui individuare i "modelli organizzativi ed i relativi rapporti finanziari, fondati sull'integrazione organizzativa e professionale delle rispettive competenze", da utilizzare per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi socio-sanitaria.

È altresì previsto³⁴² che i comuni possano delegare la gestione di attività o servizi socio-assistenziali alle AUSL, da erogare in ambito distrettuale; così pure queste ultime possono partecipare a forme di gestione di attività e servizi socio-sanitari costituite dagli Enti locali³⁴³.

Per quanto concerne il coinvolgimento degli enti locali nella programmazione sanitaria, è proprio nella l.r. 19/1994 che venne prevista l'istituzione dei due livelli di concertazione territoriale del SSR.

Anzitutto, venne istituita³⁴⁴ la già descritta *supra* Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, con la relativa composizione: vi partecipano tutti i membri del Consiglio delle autonomie locali³⁴⁵, più i presidenti delle Conferenze sanitarie territoriali e il presidente della Conferenza sanitaria regione – area metropolitana di Bologna.

Il secondo livello consultivo, come già anticipato, è quello della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, composta dai Sindaci dei comuni dell'ambito

³⁴⁰ Art. 7.

³⁴¹ Il Piano di zona è lo strumento programmatico individuato dalla legislazione nazionale – nello specifico l'art. 19 l. 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" – per strutturare la rete di servizi integrati in ambito sociale e socio-sanitario all'interno di un determinato ambito territoriale; esso viene adottato dai comuni associati in zona, d'intesa con l'AUSL di riferimento, ed aggiornato con cadenza periodica.

³⁴² Possibilità prevista già dall'art. 3 co. 3 D.Lgs. 502/1992.

³⁴³ Anche in questo caso la fonte è la legge nazionale, D.Lgs. 267/2000.

³⁴⁴ Art. 10 l.r. 19/1994.

³⁴⁵ Prima della costituzionalizzazione nel 2001 del CAL come organo di concertazione tra la regione e le autonomie locali, le sue funzioni erano espletate in Emilia-Romagna dalla Conferenza Regione-Enti locali, che ha cessato di esistere nel 2009 a seguito della costituzione del CAL Emilia-Romagna.

dell'AUSL o loro delegati e dal presidente della Provincia o suo delegato; essa, come si è già visto, assume in sé funzioni piuttosto corpose³⁴⁶.

La l.r. 19/1994 si occupa, infine, anche del finanziamento del SSR; la relativa disposizione³⁴⁷, tuttavia, è stata profondamente modificata a seguito di quanto previsto dal d.lgs 56/2000 e ad esso dunque si conforma.

Viene infatti disposto che annualmente, entro trenta giorni dalla ripartizione del FSN, la Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, predisponga il piano di finanziamento delle aziende sanitarie del SSR.

Una disposizione specifica regola anche i costi delle prestazioni erogate a favore di cittadini residenti fuor di regione, che come previsto dalla normativa nazionale viene posto a carico delle Regioni di provenienza secondo la disciplina della mobilità.

3.2.2.3. La l.r. 5 dicembre 2018, n. 19

Come anticipato, la disciplina del SSR emiliano-romagnolo è stata arricchita di recente da una nuova normativa, la l.r. 19/2018. Essa si differenzia dalla

³⁴⁶ Art. 11 l.r. 19/1994. Si tratta di massima di competenze già previste dall'art. 3 co. 14 D.Lgs. 502/1992. Tra le più importanti figurano: la partecipazione alle funzioni di programmazione locale e regionale e al processo di elaborazione e di approvazione dei piani attuativi locali; l'espressione di un parere sui piani annuali delle attività dell'AUSL; le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore generale ed alla Regione; l'espressione di un parere obbligatorio sul Piano programmatico delle Aziende sanitarie, sul bilancio pluriennale di previsione, sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale; la promozione e il coordinamento della stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona, tenuto conto delle indicazioni del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale; espressione di un parere obbligatorio sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università, attuativi dei protocolli di intesa; la valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale, utilizzando indicatori omogenei di attività e di risultato definiti dalla Regione ed eventualmente integrati dalle Aziende.

³⁴⁷ Art. 8 l.r. 19/1994.

normativa esaminata in precedenza per il forte valore programmatico, alla stregua di un manifesto di politica sanitaria: grande risalto è dato in essa, infatti, alla medicina preventiva, inserita perfino nel titolo della legge e alla quale sono dedicati numerosi titoli.

Ci si è interrogati sulla necessità di inserire una legge di questo tenore in un *corpus* normativo già frammentato; la prospettiva più probabile, però, è che questa normativa anticipi una futura riforma organica delle disposizioni in materia di tutela della salute in Emilia-Romagna. Presumibilmente, l'obiettivo è arrivare all'elaborazione di un testo unico o comunque di una fonte che unifichi la normativa frammentata oggi in vigore.

Non vi è dubbio, comunque, che si tratti anche di un manifesto programmatico avente un proprio valore intrinseco: esso sembra orientare il SSR verso un approccio trans-materiale e integrativo delle diverse politiche settoriali – del lavoro, per l'ambiente, etc. – per coordinarle con le politiche in materia di tutela della salute³⁴⁸.

Questo intento si declina nei principi della nuova legge, che si pone l'obiettivo di rendere il SSR universalistico, accessibile ed equo, nonché promuovere la salute della persona e delle comunità, in conformità con costituzione, LEA e principi fondamentali della normativa nazionale³⁴⁹.

Il nuovo approccio viene ribadito anche con l'introduzione di numerose novità definitorie³⁵⁰ tra i concetti tecnici propri dell'ambito sanitario. Viene, altresì,

³⁴⁸ Si tratta di un obiettivo, per certi versi, già perseguito da Regione Lombardia con l'istituzione dell'assessorato al Welfare, in sostituzione di quelli con delega alla salute e alle politiche sociali.

³⁴⁹ Art. 1 co. 1 l.r. 19/2018.

³⁵⁰ Art. 1 co. 2 l.r. 19/2018, introduttivo di alcuni concetti emersi nella recente pratica come:

- *"Determinanti di salute"* ossia l'insieme dei fattori personali, sociali, culturali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute degli individui o della popolazione, tra cui comportamenti personali, istruzione, reddito, accesso ai servizi e altre condizioni individuali, sociali o di contesto. Si definiscono determinanti di salute "positivi" i fattori

ribadita la centralità del distretto come fulcro amministrativo dell'erogazione delle prestazioni rientranti nel *welfare* e riconosciuto un ruolo di massima centralità agli enti locali³⁵¹ nell'individuazione dei bisogni di salute.

Dal titolo II, poi, si apre la parte dedicata alla medicina preventiva.

Viene individuato un nuovo documento programmatico, la Strategia regionale per la promozione della salute e della prevenzione³⁵², la quale *“coordina e integra le politiche di promozione della salute e prevenzione previste dai diversi programmi regionali relativi ai diversi ambiti settoriali”*; la strategia regionale ha altresì il compito di definire le priorità delle politiche regionali in ambito di medicina preventiva *“nonché ogni altra azione ritenuta prioritaria in relazione a qualsiasi patologia, ambiente o destinatario”*.

La strategia, ovviamente, viene strutturata per facilitare il coordinamento e l'integrazione tra le politiche di prevenzione primaria e le strategie inerenti le misure di prevenzione secondaria, terziaria e quaternaria adottate dal sistema sanitario regionale³⁵³.

Rispetto al suo aggiornamento, esso avviene ogni tre anni a cura dell'assemblea legislativa; viene successivamente adottato dalla giunta sentiti due nuovi

che agiscono in senso favorevole al miglioramento dello stato di salute degli individui o della popolazione;

- *“Empowerment per la salute”*, che ricomprende i processi attraverso i quali le persone e i gruppi acquisiscono maggiore controllo, maggiore consapevolezza e iniziativa rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la loro salute;
- *“Responsabilità sociale per la salute”*, ossia l'atteggiamento insito nelle azioni dei decisori pubblici e privati, effettivamente volto a realizzare politiche e pratiche in grado di promuovere e tutelare la salute;
- *“Sanità pubblica ecologica”*, cioè l'insieme di politiche e azioni per la promozione della salute della comunità attraverso il raggiungimento di uno sviluppo sostenibile, in risposta alla interrelazione tra problemi di salute e problemi ambientali emergenti, anche di carattere globale, quali i cambiamenti climatici.

³⁵¹ Art. 4 co. 3 l.r. 18/2018.

³⁵² Art. 5 l.r. 18/2019.

³⁵³ Per questo motivo, essa viene elaborata in coerenza con i programmi e con gli accordi in materia di promozione della salute, prevenzione e lotta alla cronicità, cui la Regione aderisce a livello internazionale, europeo e nazionale, art. 9 co.1 l.r. 18/2018.

organismi creati dalla l.r. 19/2018: il tavolo multisettoriale di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione³⁵⁴ e la Rete regionale per la promozione della salute e la prevenzione³⁵⁵.

L'altro documento programmatico individuato dalla l.r. 19/2018 è il Piano regionale della prevenzione³⁵⁶ o PRP, approvato dalla Giunta regionale³⁵⁷ e costituente diretta attuazione del Piano nazionale della prevenzione o PNP; esso deve tenere conto della Strategia regionale ed individuare, tra le altre cose, le priorità di intervento, le azioni necessarie alla promozione della salute e alla prevenzione.

Gli obiettivi e le azioni previste dal Piano regionale della prevenzione sono poi attuati nei Piani attuativi locali, nei Piani di zona e negli obiettivi di mandato delle direzioni generali delle aziende sanitarie, allo scopo di coordinare efficacemente gli interventi e valorizzare le diverse risorse del territorio³⁵⁸.

Molto importante in funzione di raccordo tra sistema della prevenzione e medicina territoriale è quanto previsto dall'art. 11, secondo il quale *“la Regione valorizza il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta e più*

³⁵⁴ Art. 6 l.r. 18/2018. Esso ha il compito di *“assicurare l'integrazione ed il coordinamento delle politiche previste dai singoli strumenti di programmazione settoriale [...] nonché migliorare la cooperazione tra Direzioni generali, Agenzie e istituti regionali”*. In particolare, il Tavolo multisettoriale interviene per assicurare il coordinamento nella fase preparatoria della Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione e per monitorarne e valutarne le fasi attuative. Il Tavolo multisettoriale può altresì essere coinvolto nella fase preparatoria del Piano regionale della prevenzione, di cui si parlerà fra poco.

Il tavolo è composto dai rappresentanti di tutte le direzioni generali regionali, dell'Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia e delle altre agenzie e istituti regionali che svolgono attività connesse alla promozione della salute della popolazione.

³⁵⁵ Art. 7 l.r. 19/2018. Essa, assieme agli enti locali e alle aziende sanitarie, rappresenta il Sistema regionale per la promozione della salute e la prevenzione, l'infrastruttura per la promozione della salute di cui la Regione si avvale per la realizzazione delle politiche disciplinate dalla l.r. 19/2018.

³⁵⁶ Art. 10 l.r. 19/2018. Una disposizione simile è prevista anche nella l.r. lombarda 33/2009.

³⁵⁷ Previo parere della competente commissione assembleare e a seguito di consultazioni che coinvolgano in particolare gli enti locali, le conferenze territoriali sociali e sanitarie e i soggetti componenti della Rete regionale, ed eventualmente col contributo del Tavolo multisettoriale.

³⁵⁸ Art. 10 co. 3 l.r. 19/2018. Si nota, anche in questo caso, la vocazione multisettoriale dell'attività programmatica definita in queste disposizioni.

complessivamente dei nuclei di cure primarie e delle case della salute per lo sviluppo della medicina d'iniziativa finalizzata alla promozione della salute e alla prevenzione primaria, allo scopo di informare, coinvolgere, accompagnare e responsabilizzare i cittadini nella adozione di stili di vita orientati al benessere e alla prevenzione delle malattie"³⁵⁹.

Nell'attività di promozione della prevenzione è coinvolto³⁶⁰ anche il servizio ospedaliero, considerato come *"ambiente organizzativo fondamentale per promuovere nei cittadini la cultura della prevenzione"*.

In quest'ottica, la regione promuove l'adozione di scelte organizzative delle AUSL e delle AO che garantiscano l'efficace integrazione dell'attività delle stesse con le azioni previste dal PRP.

Chiudono, infine, il titolo secondo disposizioni sulla scuola e l'università (art. 13) e sui luoghi di lavoro (art. 14) ai fini della promozione della salute e della prevenzione.

Per quanto concerne il versante finanziario, la l.r. 19/2018 prevede³⁶¹ il finanziamento dei costi di attuazione della legge stessa avviene entro le autorizzazioni di spesa disposte dal bilancio regionale, con l'integrazione da parte delle risorse provenienti dall'assegnazione della quota del FSN, purché su queste ultime sia posto il vincolo alla realizzazione di progetti finalizzati alla prevenzione quali obiettivi specifici del PSN.

³⁵⁹ In quest'ottica i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono chiamati a collaborare per l'identificazione dei bisogni di salute della comunità, per l'implementazione di interventi rivolti alla popolazione o a gruppi specifici e per il monitoraggio dell'impatto di tali interventi.

³⁶⁰ Art. 12 l.r. 19/2018.

³⁶¹ Art. 27, commi 2 e 3, l.r. 19/2018.

3.2.3. Conclusioni: il SSR emiliano-romagnolo come paradigma dell'equilibrio tra concorrenza e integrazione

Da quanto esposto nei precedenti paragrafi si evince come il SSR della regione Emilia-Romagna sia proiettato verso una riformulazione dei bisogni di salute che privilegi l'aspetto del coordinamento con altri aspetti dell'esistenza, il tutto in un'ottica di miglioramento della qualità della vita.

Questo processo, in linea con gli indirizzi di politica sanitaria provenienti anche dalle competenti organizzazioni internazionali e sovranazionali, ha trovato come primo passo formale l'emanazione della l.r. 19/2018; essa pone al centro del sistema sanitario le politiche di prevenzione, che con la prospettiva demografica attuale ben si concilia in termini di risposta tempestiva alle condizioni patologiche croniche.

Si tratta, però, di una scelta che ha radici ben più risalenti nel tempo, e che ben si innesta nelle politiche sociosanitarie dei precedenti governi regionali che hanno offerto risposte significative soprattutto nel campo della copertura territoriale dei servizi, con scelte strutturali, come quella delle Case della salute, che sono diventate *best practice* anche per gli altri SSR.

Il SSR emiliano-romagnolo si caratterizza anche per l'efficace coinvolgimento degli enti locali nella programmazione sanitaria; lo testimonia, per esempio, il grande rilievo conferito al Comitato dei sindaci del distretto attraverso l'attribuzione di corpose competenze di gestione e controllo sull'organizzazione delle attività distrettuali.

Questa impostazione cooperativa si manifesta in maniera diffusa in tutta la rete di offerta dei servizi sociosanitari, in particolare nelle procedure negoziate che le ASL – forti di un'autonomia gestionale e finanziaria molto marcata rispetto agli omonimi organismi di altre Regioni – portano avanti con gli erogatori pubblici e privati nella programmazione locale; ciò ha permesso di ridurre le ridondanze di

servizi, raggiungendo al contempo una maggior appropriatezza clinica e una razionalizzazione delle risorse³⁶².

A ciò si aggiunga, infine, che regione Emilia-Romagna ha cercato, pur nell'alveo delle disposizioni nazionali, di efficientare il sistema sanitario regionale proponendo soluzioni gestionali innovative; ne risulta, dunque, un apparato che si distingue da quelli di altre Regioni, avvicinandosi ai modelli internazionali di *welfare* integrato più avanzati³⁶³.

In sintesi, sembra che il modello emiliano-romagnolo sia riuscito negli anni a proporre una efficace alternativa al modello pro-concorrenziale, predisponendo un sistema integrato in cui la presenza delle istanze private è stata temperata con le necessità di programmazione; lo testimoniano i dati sull'assicurazione dei LEA, che pongono l'Emilia-Romagna nei primissimi posti tra le Regioni italiane³⁶⁴.

In questo contesto si inseriscono, poi, le richieste di autonomia differenziata, avanzate dal governo regionale *ex art. 116 co. 3 Cost.* anche in materia sanitaria,

³⁶² BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, cit., pp. 211 ss.; NERI S., *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, cit., pp. 110 ss.

³⁶³ Si parla di "sanità 2.0" per distinguere quelle politiche sanitarie contemporanee figlie dell'inverno demografico dei paesi occidentali e orientate a: a) riduzione e razionalizzazione della spesa sanitaria; b) spazio centrale per le politiche di prevenzione; c) sanità non più integrata con i soli servizi sociali, ma anche con le politiche ambientali, quelle della conciliazione vita lavoro, etc. il tutto in un'ottica di *welfare* onnicomprensiva.

³⁶⁴ Il riferimento è sempre al *report* del Ministero della salute citato *supra* in sede di analisi della Regione Lombardia. Secondo gli indici CORE raccolti, l'Emilia-Romagna figura, nel 2021, al quarto posto per LEA assicurati nell'area prevenzione (90,73); al primo posto per i LEA dell'area distrettuale (95,96); al secondo posto per i LEA dell'area ospedaliera. Questi livelli sono rimasti parzialmente inalterati anche nel 2020, anno dello scoppio della pandemia (area prevenzione: 89,08; area distrettuale: 95,16; area ospedaliera: 89,52); dato sorprendente, se si considera che per la stragrande maggioranza delle altre Regioni tali valori hanno subito un crollo verticale. Per esempio, in Regione Lombardia, l'assicurazione dei LEA ospedalieri nel 2020 è crollata al 75,59 (nel 2019 era 86,01); ancora peggio il dato dei LEA dell'area prevenzione, il cui dato nel 2020 è stato di 62,02 rispetto al 91,95 del 2019. Se ne può dedurre che il SSR Emiliano-Romagnolo, pur essendo stato investito dalla pandemia con violenza, è riuscito a reggere l'urto, riducendo al minimo l'incidenza sull'erogazione dei LEA della riorganizzazione dei servizi a causa dell'emergenza.

che verranno esaminate più avanti in questo capitolo, congiuntamente con quelle delle Regioni Lombardia e Veneto.

3.3. Il SSR pugliese tra tentativi di riforma e piani di rientro

Come anticipato *supra*, il SSR della Puglia costituisce un esempio di sistema sanitario di una regione del Mezzogiorno d'Italia, con caratteristiche e problematiche differenti rispetto a Regioni, come Lombardia ed Emilia-Romagna, che presentano indicatori economici – reddito medio *pro capite*, capacità contributiva media, etc. – ben diversi.

Il SSR pugliese, viceversa, si presta per offrire uno spaccato anche della situazione sanitaria nel Mezzogiorno, in modo da evidenziare problematiche vecchie e nuove legate alla molto diversa situazione economica rispetto alle Regioni del Nord Italia.

Le differenze socio-economiche si riflettono, ovviamente, sulla quantità di risorse provenienti dalla capacità fiscale regionale e dirette a finanziare il fabbisogno sanitario interno; il che porta necessariamente ad interventi perequativi in queste Regioni, a garanzia dell'erogazione dei LEA.

A sua volta, questo influisce sull'organizzazione e il funzionamento del SSR pugliese – il quale purtuttavia non versa, almeno guardando a tempi recenti, in particolari condizioni di fragilità economica.

La disponibilità di risorse più esigue rispetto ad altre Regioni potrebbe comportare, in teoria, anche una minore flessibilità del sistema e innovazioni più limitate sul piano delle sperimentazioni gestionali, dell'erogazione di livelli di assistenza aggiuntivi, etc.

3.3.1. Breve storia dell'evoluzione del sistema sanitario pugliese (1992 – oggi)

Nel corso degli anni Novanta, Regione Puglia ha solo parzialmente recepito le modifiche apportate alla legislazione nazionale a partire dal D.Lgs. 502/92: ha sì diminuito il numero delle ASL, portandole da 55 a 12³⁶⁵, nell'ottica di ridurre – come caldeggiato dalla legislazione nazionale – la frammentazione delle funzioni di programmazione a livello territoriale e, su altro fronte, ha costituito solamente quattro aziende ospedaliere³⁶⁶, che sono state poi soppresse per la maggior parte a seguito dell'adozione delle misure di riorganizzazione e *spending review* di inizio secolo³⁶⁷.

In sostanza, dunque, nei primi anni 2000 operavano in Puglia solo due aziende ospedaliere – l'AO Ospedali Riuniti di Foggia e l'AO Policlinico di Bari – le quali peraltro erano in verità aziende ospedaliero-universitarie³⁶⁸. Il resto degli ospedali operava sotto controllo diretto delle ASL, generando così alcune criticità, quali la ridondanza di alcuni servizi e la carenza di altri, nonché l'assenza di grandi poli di eccellenza e specializzati.

La ridefinizione della rete ospedaliera ha costituito da sempre una necessità, viva ancor oggi, del SSR pugliese, vista la sua estrema frammentazione territoriale e il

³⁶⁵ Poi ridotte ulteriormente a sei – una per provincia – con l.r. 28 dicembre 2006, n. 39.

³⁶⁶ Poi divenute sei, con l'aggiunta dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (d.P.G.r. 44/97) e l'AO SS. Annunziata di Taranto (d.P.G.r. 53/96).

³⁶⁷ D.G.r. 1987/2002. I relativi presidi erano stati riaccorpati nelle ASL territoriali di riferimento. Il riaccorpamento all'interno delle ASL degli ospedali delle AO soppresse avrebbe dovuto incrementare il numero di presidi a gestione diretta; in realtà il piano di riordino della rete ospedaliera ha stabilito la riconversione di molti presidi e/o il raggruppamento di più stabilimenti in un unico presidio, per cui il numero medio dei presidi a gestione diretta delle ASL si è ridotto da 4,6 nel 2002 a 2,3 nel 2003; in termini assoluti, il numero degli ospedali a gestione diretta sono passati da 64 nel 2003 a 27 nel 2004 (fonte: ISTAT). Cfr. PITINO A., *Il sistema sanitario della regione Puglia: la ristrutturazione ospedaliera, l'integrazione socio-sanitaria e la materia farmaceutica*, in BALDUZZI R. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., p. 449.

³⁶⁸ *Rectius*, aziende Ospedaliere integrate con l'Università, come previsto dal D.Lgs. 517/93.

basso tasso di ricoveri; così, a fine anni Novanta³⁶⁹ e nei primi anni Duemila³⁷⁰, anche su spinta della legislazione nazionale³⁷¹, si è cercato di attuarla attraverso un programma di interventi di riduzioni di posti letto e di Unità Operative negli ospedali sovradimensionati, individuando altresì dei punti di eccellenza e Centri di Alta Specializzazione per patologie e trattamenti complessi; solo dopo diversi anni la riorganizzazione ha permesso di aumentare nuovamente il numero di AO, pur attestandosi comunque su numeri estremamente contenuti³⁷².

Queste norme di riordino dei servizi ospedalieri non hanno previsto peraltro, come detto, sostituzioni degli stessi con servizi territoriali alternativi³⁷³; ciò si è riverberato sulla disponibilità complessiva della rete territoriale³⁷⁴ e sul

³⁶⁹ L.r. 379/1999, in cui veniva delineato un piano di disattivazioni e riconversioni senza che però fossero previste previsioni puntuali che permettesse il rispetto dei parametri normativi delineati (come il tasso di occupazione dei posti letto).

³⁷⁰ D.G.r. 1087/2002

³⁷¹ Come la l. 595/1985, che ha limitato i posti letto per mille abitanti, il tasso di ospedalizzazione e il tasso di utilizzazione dei posti letto, e la l. 724/1994, che ha disposto la disattivazione e riconversione degli ospedali con meno di 120 posti letto e introduzione del nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera sulla base di tariffe predeterminate per tipologia di ricovero). Cfr. PITINO A., *Il sistema sanitario della regione Puglia*, cit., pp. 463 s.

³⁷² Le già nominate AO SS. Annunziata e la Vito Fazzi sono state re-istituite solo con l.r. 12 agosto 2022, n. 16 – scelta curiosa, dato che di norma l'istituzione delle aziende ospedaliere avviene con atto di giunta.

³⁷³ Nonostante i propositi degli strumenti di programmazione di quegli anni, che auspicavano un'inversione del sistema sanitario dal baricentro ospedaliero a quello territoriale e alle strutture extra-ospedaliere. In questa ottica, il distretto doveva diventare il fulcro della direzione operativa dell'assistenza sanitaria, assicurando l'attività di coordinamento dei servizi di assistenza primaria e socio-sanitari; in particolare, in un'ottica di de-ospedalizzazione i distretti dovevano assumere il ruolo di gestore delle forme di assistenza alternative al ricovero (domiciliare e residenze sanitarie) e del potenziamento dell'assistenza continuativa. Cfr. PITINO A., *Il sistema sanitario della regione Puglia*, cit., p. 460.

³⁷⁴ Significativi i dati restituiti dal prospetto allegato al Piano di rientro pugliese 2010-2012. Anzitutto, si registrava un delta significativo nella media di popolazione per poliambulatorio in ogni singola ASL (dai circa ventimila di brindisi agli oltre sessantasettemila di Lecce); la stessa offerta dei servizi poliambulatoriali era estremamente differenziata, con poliambulatori capaci di erogare solo trentaquattro servizi specialistici con ridottissima disponibilità oraria. Le stesse direzioni generali aziendali, all'epoca, avevano evidenziato i limiti della rete poliambulatoriale anche nella dotazione tecnologica per la diagnostica strumentale e per la erogazione di specifiche prestazioni di cura, con ripercussioni tanto sulla qualità delle prestazioni, quanto sulla gestione delle liste di attesa. Dati simili si erano registrati anche per le strutture consultoriali.

collegamento della stessa con le strutture ospedaliere, generando scarsa integrazione e continuità assistenziale.

Le inefficienze del sistema pugliese sono perdurate anche dopo i tentativi di riforma a cavallo del 2000: a causa infatti dell'inadempimento da parte della Regione Puglia del Patto interno di Stabilità per gli anni 2006-2008, è stato sottoscritto il 30 novembre 2010 un Piano di Rientro – della cui disciplina si è parlato ampiamente nel precedente capitolo – finalizzato alla stipula dell'accordo previsto dall'art. 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per la riattribuzione del maggior finanziamento per l'anno 2006 e per l'anno 2008, non ancora erogato.

Il Piano di Rientro sottoscritto si componeva essenzialmente di tre parti: nella prima, sostanzialmente di tipo normativo, veniva preso in esame il contesto di riferimento a livello nazionale e regionale; la seconda parte esplicitava gli obiettivi³⁷⁵ del Piano di Rientro, mettendo in evidenza le linee di cambiamento che avrebbero caratterizzato la riorganizzazione e lo sviluppo nell'arco di vigenza del Piano; la terza parte, dopo aver esaminato le determinanti del contesto demografico, il fabbisogno di salute della popolazione e le cause del disavanzo, scendeva nel dettaglio della manovra di Piano, traducendo gli obiettivi generali in interventi operativi³⁷⁶, individuando per ciascuno di questi le azioni, il cronoprogramma e gli elementi di verifica.

Si è detto sopra di come l'utilizzo dei piani di rientro abbia seguito una logica prettamente economicistica, invece di predisporre un vero e proprio strumento per il superamento a lungo termine delle criticità del singolo SSR; ciò è avvenuto

³⁷⁵ Identificati nell'adeguamento della rete e dei servizi per l'erogazione dei LEA, il contenimento dei costi e l'innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale. Si nota qui, come anticipato nello scorso capitolo, la forse eccessiva genericità degli obiettivi generali.

³⁷⁶ Riordino della rete ospedaliera, diminuzione della mobilità sanitaria extra-regionale, monitoraggio degli accordi contrattuali delle strutture accreditate, rimodulazione del sistema di esenzione dal ticket per fascia di reddito, introduzione del ticket di un euro per ricetta e blocco del turnover.

anche per il piano di regione Puglia, in cui l'urgenza economica e le necessità burocratiche nei rapporti Stato-Regioni hanno preso il sopravvento.

Il piano di rientro del 2010 è stato prorogato negli anni a causa del mancato raggiungimento del rientro dal disavanzo pregresso e della produzione di ulteriore deficit³⁷⁷; tanto che, nonostante alcune dichiarazioni di esponenti politici locali³⁷⁸ sulla possibilità di pervenire alla sua conclusione, la recente D.G.r. 28 marzo 2023, n. 412 ha confermato la presenza della Puglia tra le Regioni sottoposte a piano di rientro, prefigurandone il Commissariamento. Il provvedimento ha previsto inevitabilmente drastiche misure per il contenimento della spesa sanitaria³⁷⁹, le quali sono però affiancate ad obiettivi³⁸⁰ che, allo stato attuale del SSR – gravato da enormi problemi di carenza di personale medico e infermieristico – sembrano difficilmente raggiungibili³⁸¹.

³⁷⁷ Nel 2022 il comparto ha registrato un disavanzo di circa 450 milioni di euro, ben oltre le soglie previste per attivare l'obbligo di ricorrere alla stipula del piano di rientro; ciò è dovuto in parte all'aumento dei costi conseguente alla crisi energetica, ma anche da altri fattori (tra cui 100 milioni per la stabilizzazione del personale impegnato nell'emergenza COVID; 85 milioni di incremento della spesa farmaceutica).

³⁷⁸ Tra cui spicca quanto dichiarato dal presidente Emiliano nel 2021, che suggeriva una imminente estinzione del Piano di rientro entro l'anno.

³⁷⁹ Blocco di ogni tipologia di reclutamento del personale, di nuovi incarichi di responsabilità di Strutture Complesse e Semplici e degli acquisti di prestazioni socio-sanitarie da privato accreditato e da strutture extraregionali; riduzione significativa della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici; divieto di effettuare spese per investimenti per l'adeguamento strutturale e il potenziamento tecnologico; riorganizzazione della rete ospedaliera e di quella territoriale.

³⁸⁰ Incremento dei livelli quali-quantitativi della produzione almeno pari a quelli rilevati nell'anno 2019; riduzione delle liste di attesa; raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano regionale della prevenzione; abbattimento della mobilità passiva extraregionale.

³⁸¹ Cfr. l'articolo redazionale di *quotidianosanità.it*, Puglia. *Ennesimo Piano di rientro, sanità a rischio collasso*, dell'11 maggio 2023, link: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=113656.

3.3.2. La l.r. 25/2006

La fonte principale dell'ordinamento regionale pugliese in materia sanitaria è la l.r. 3 agosto 2006, n. 25³⁸², dal titolo *“Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”*.

La normativa in essa contenuta ha subito modifiche contenute nel tempo, a differenza di quanto visto per il modello lombardo e in una certa misura anche di quello emiliano-romagnolo. Anche in Puglia i governi regionali³⁸³ sono intervenuti a regolare la materia con parsimonia, impostando il SSR su un modello che si è discostato poco da quello in auge prima delle riforme nazionali degli anni Novanta; proprio per questo motivo, il SSR pugliese rappresenta un perfetto modello di controllo rispetto ai sistemi regionali finora indagati, nei quali sono intervenute invece riforme piuttosto corpose per introdurre elementi di concorrenza, di separazione delle funzioni erogative da quelle programmatiche e di coinvolgimento del privato nella programmazione regionale.

La l.r. 25/2006 aveva come obiettivo primario il riordino del SSR³⁸⁴ a seguito delle modifiche intervenute a livello nazionale con la riforma costituzionale del 2001; la precedente normativa, invero, era risalente nel tempo (l.r. 26 maggio 1980 n. 51, *“Norme per l'organizzazione e il funzionamento delle unità sanitarie locali”*). Si trattava della principale legge attuativa nella regione della l. 833/78; aveva però, in ogni caso, portata speciale, rendendosi necessaria col tempo l'emanazione di

³⁸² La consultazione del testo vigente è avvenuta su <http://portale2015.consiglio.puglia.it/documentazione/leges/modulo.aspx?id=11610>.

³⁸³ I quali, dal 2005, sono stati espressione di maggioranze di centrosinistra piuttosto omogenee, come del resto già rilevato per regione Lombardia che dalla fine degli anni '90 è governata da giunte espressione del centrodestra locale. Se però in Lombardia ciò è coinciso con un cambio di paradigma in materia sanitaria – pur caratterizzato da diversi interventi di riforma dilazionati nel tempo – in regione Puglia questa continuità politica sembra aver sortito l'effetto opposto.

³⁸⁴ Come testimoniato dalla rubrica del Titolo I, *“Principi di riordino del servizio sanitario regionale”*.

una serie di normative di settore; ne risultava, dunque, un *corpus* normativo variegato e bisognoso di riordino.

Con la Riforma costituzionale del 2001 e relativi cambiamenti rispetto alle funzioni in materia di tutela della salute, anche la regione Puglia ha deciso di adeguarsi, emanando una normativa generale sul funzionamento del SSN che informasse l'intera materia e fungesse da normativa di riferimento anche per le leggi regionali precedenti e successive in materia sanitaria.

L'intento del legislatore regionale, tuttavia, era probabilmente più ampio: si voleva infatti creare³⁸⁵ un vero e proprio testo unico delle norme sanitarie della Regione Puglia; questa volontà, però, non si è concretizzata, rimanendo così a regolare il SSR pugliese una legge, come la l.r. 25/2006, breve e contenente disposizioni di principio, lasciando il dettaglio alle numerose leggi regionali speciali.

3.3.2.1. I principi del SSR

In maniera non dissimile da quanto già visto per le leggi regionali di Lombardia ed Emilia-Romagna, la l.r. 25/2006 inizia elencando, all'art. 1, una serie di principi ispiratori del SSR.

Tra di essi, molti sono i richiami a quanto già indicato dalla normativa nazionale di principio: vi figurano infatti la tutela della salute come benessere psicofisico e sociale³⁸⁶, la garanzia dell'uguaglianza delle prestazioni a tutti i cittadini e la facilità di accesso alla risposta al bisogno di salute.

In generale, molti principi ispiratori del SSR enucleati dalla l.r. 25/2006 sono orientati a conferire un'impronta di giustizia sociale, con particolare enfasi sulla

³⁸⁵ Con apposita delega alla Giunta regionale di approvare un disegno di legge *ad hoc*.

³⁸⁶ Art. 1 l. 833/78.

garanzia dell'accessibilità alle prestazioni che sia garantita soprattutto ai fragili e ai cittadini meno abbienti.

3.3.1.2. Programmazione regionale

In merito all'attività programmatica della regione, la l.r. 25/2006 riprende con fedeltà la legislazione di principio nazionale³⁸⁷, indicando nel PSN l'elemento di programmazione di riferimento, e nel Piano regionale di salute o PRS il documento di indirizzo attuativo a livello regionale.

La legge continua poi ancorando³⁸⁸ gli obiettivi di salute, le strategie e le azioni prioritarie del SSR agli accordi sui LEA intercorrenti in conferenza Stato-Regioni³⁸⁹; segue poi un'elencazione dei contenuti necessari del PRS³⁹⁰.

Il secondo livello di programmazione è riconosciuto anche qui nel Piano attuativo locale o PAL, proposto alla giunta regionale dal direttore generale della ASL; i "paletti" cui lo stesso deve sottostare sono individuati negli obiettivi e gli indirizzi del PRS; segue poi nell'iter il parere obbligatorio della Conferenza per la programmazione sanitaria e la decisione di giunta ai sensi dell'art. 44 l.r. n. 7/2004.

Sulla base del PAL, Il DG adotta poi il piano annuale delle attività³⁹¹, mentre al singolo distretto invece è demandata la definizione del piano attuativo territoriale o PAT.

³⁸⁷ Art. 2 l.r. 25/2006, che richiama a sua volta il D.Lgs. 502/92 e la l. 8 novembre 2000, n.328.

³⁸⁸ Art. 2 co. 2 l.r. 25/2006.

³⁸⁹ Il riferimento mobile è all'accordo del 22 novembre 2001, anticipatorio del primo D.P.C.M. sulla determinazione dei LEA.

³⁹⁰ Tra cui rientra la "*distinzione dei ruoli e delle funzioni di governo e di gestione*", elemento importante perché la differenziazione tra ruoli politico-amministrativi e amministrativi puri è demandata a un documento di durata triennale ed è quindi soggetto a modifiche in via amministrativa.

³⁹¹ Art. 3 co. 4 l.r. 25/2006 come modificato dalla l.r. 19 settembre 2008, n. 23. Nel testo originale era soggetto anch'esso ad approvazione di giunta; previsione poi eliminata perché ritenuta non necessaria e costituente un passaggio procedurale di troppo.

3.3.1.3. Gli organi sanitari regionali

Anche per la Puglia non vi sono particolari scostamenti dal modello nazionale rispetto agli enti che compongono il SSR. Costituiscono l'unità di base del SSR le Aziende sanitarie locali, articolate in presidi, distretti³⁹², dipartimenti³⁹³ e aree di attività³⁹⁴; la loro programmazione è concertata con le rispettive Conferenze dei sindaci, che anche nel SSR pugliese hanno le funzioni di resa di un parere obbligatorio sul PAL, di esame del bilancio pluriennale e dell'atto aziendale dell'AUSL, nonché di proposta per la revoca del DG a norma dell'art. 3 *bis* D.Lgs. 502/92.

Costituiscono poi organi regionali l'Agenzia regionale sanitaria (ARES), l'osservatorio epidemiologico regionale e la Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria.

Con la l.r. 25/2006 è stata istituita, come già avvenuto in altre Regioni, la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria³⁹⁵, con

³⁹² Art- 14 l.r. 25/2006, il quale richiama molto la normativa nazionale: i distretti sono l'articolazione principale dell'AUSL e sede dell'attività delle strutture territoriali, dell'erogazione dei LEA, etc.; essi vengono finanziati dalla DG dell'AUSL e negoziano a loro volta il budget con le proprie articolazioni e con MMG e PLS – purché nei limiti dell'accordo integrativo regionale; le sue attività si integrano con quelle del dipartimento di salute mentale, delle dipendenze patologiche e di prevenzione; sono suoi organi il direttore di distretto – scelto ai sensi della l.r. 7 febbraio 2006, n. 1 – il collegio di direzione e il Comitato dei sindaci.

All'interno del distretto sono presenti – unico caso in Italia – due divisioni dedicate: l'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale – con composizione disciplinata dall'accordo collettivo nazionale (ACN) di settore e comprensiva di almeno un medico di medicina generale (MMG) membro di diritto – e l'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in pediatria di libera scelta – con compiti e composizione similari.

³⁹³ Art. 12 l.r. 25/2006, che richiama l'art. 17-bis D.Lgs. 502/92. Tra i dipartimenti spicca ovviamente quello di prevenzione, art. 13 l.r. 25/2006 – che pur richiamando da vicino il D.Lgs. 502/92 sul punto detta una disciplina molto esaustiva. Essa ricomprende le finalità del DP (assicurare la qualità e l'efficienza degli interventi di prevenzione e l'omogeneità degli interventi di prevenzione, ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione, promuovere programmi di educazione alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro), e l'organizzazione interna. Unica nota di novità rispetto ad altre legislazioni regionali è l'istituzione di una Consulta regionale dei Direttori dei DP, con compiti di coordinamento tra i dipartimenti.

³⁹⁴ Art. 8 l.r. 25/2006.

³⁹⁵ Il riferimento nazionale è all'art. 2 co. 2 *bis* del D.Lgs. 502/1992.

compiti e funzioni di indirizzo, programmazione e controllo³⁹⁶; è composta dagli assessori competenti – alla salute, alle politiche sociali, all’ambiente, etc. – nonché dai presidenti delle Conferenze dei sindaci, i sindaci delle città sede di AO-universitarie, i rappresentanti di ANCI, UPI etc. e tre consiglieri regionali.

3.3.1.4. Accredimento istituzionale

Al netto delle dovute dichiarazioni di principio che pongono la sussidiarietà orizzontale come strumento utile dell’efficienza del sistema sanitario³⁹⁷, l’accredimento istituzionale in regione Puglia è regolato specificamente dalla l.r. 2 maggio 2017, n. 9³⁹⁸, se non per la previsione³⁹⁹ per cui è il PRS, però, a definirne il processo di attivazione.

La l.r. 9/2017, anzitutto, specifica le finalità⁴⁰⁰ delle funzioni di autorizzazione e di accreditamento: garanzia dell’attuazione dell’art. 32 Cost. attraverso prestazioni efficaci e sicure, miglioramento della qualità delle strutture, sviluppo sistematico e programmato del SSR.

L’art. 3 si occupa, poi, di definire i poteri della regione: essa individua gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttive⁴⁰¹ per verificarne la compatibilità con le richieste di autorizzazione; individua altresì il fabbisogno di assistenza e gli *standard* per la verifica dell’attività svolta e dei risultati raggiunti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private ai fini dell’accredimento; procede altresì a rimodulare eventualmente la rete dei

³⁹⁶ In particolare, la verifica della realizzazione dei PAL da parte delle aziende ospedaliere, art. 5 co. 3 l.r. 25/2006.

³⁹⁷ Art. 1 co. 3 l.r. 25/2006, *“La Regione assume come proprio principio per le politiche socio-sanitarie regionali la sussidiarietà orizzontale e verticale”*.

³⁹⁸ Che ha sostituito la precedente normativa, l.r. 8/2004.

³⁹⁹ Art. 2 co. 2 lett. e) l.r. 25/2006.

⁴⁰⁰ Art. 1 l.r. 25/2006.

⁴⁰¹ Come previsto dall’art. 8 *ter* D.Lgs. 502/92.

presidi ospedalieri sulla base delle richieste; stabilisce infine i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento stessi⁴⁰².

Segue, poi, il Capo II della l.r. 9/2017, dedicato alle autorizzazioni⁴⁰³ e successivamente il Capo III, dedicato all'accreditamento⁴⁰⁴. Per quest'ultimo, in particolare, vengono ribadite le finalità di *“concorrere al miglioramento della qualità del sistema sanitario, garantendo ai cittadini adeguati livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni erogate per conto e a carico del SSR”*⁴⁰⁵; di conseguenza, l'accreditamento istituzionale *“si fonda sul criterio di funzionalità rispetto alla programmazione regionale”*⁴⁰⁶.

3.3.1.5. Prevenzione

Si è già visto *supra* come la normativa regionale pugliese disciplini i dipartimenti di prevenzione come strutture interne alle AUSL, con il coordinamento esercitato da una Conferenza permanente dei direttori generali dei DP.

Novità interessante rispetto ad altre normative regionali è quanto previsto dall'art. 2 co. 5 l.r. 25/2006: sin dall'emanazione della legge nel 2006, tra le finalità del SSR figura il contrasto alle condizioni legate al disagio giovanile; a tal fine, il

⁴⁰² Nel concreto, è la giunta regionale ad approvare i modelli per le richieste di autorizzazione ed accreditamento, a stabilirne procedure e modalità operative e a determinare il corrispettivo delle prestazioni erogate dagli enti accreditati, art. 3 co. 2 l.r. 9/2017; il materiale rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento avviene con determinazione del dirigente della sezione regionale competente, co. 3.

⁴⁰³ In cui spiccano l'art. 5 che specifica quali attività sono soggette ad autorizzazione; l'art. 6 che detta i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione; gli artt. 7 ss. che disciplinano i diversi procedimenti di autorizzazione, a seconda del tipo di struttura da realizzare; l'art. 10 che enuclea le sanzioni relative all'esercizio abusivo o non congruo all'autorizzazione; l'art. 16 che disciplina le verifiche periodiche e la vigilanza sulle strutture autorizzate.

⁴⁰⁴ In cui, oltre all'art. 19 di cui si parlerà fra poco, spiccano: l'art. 20 sulle condizioni per ottenere l'accreditamento; i rapporti tra enti accreditati e AUSL; l'art. 23, che istituisce l'Organismo tecnicamente accreditante.

⁴⁰⁵ Art. 19 co. 1 l.r. 9/2017.

⁴⁰⁶ Art. 19 co. 2.

PRS prevede obbligatoriamente iniziative di screening ai fini del monitoraggio delle condizioni di salute dei giovani tra i 15 e i 19 anni.

Si tratta nei fatti di un vero e proprio livello di assistenza aggiuntivo⁴⁰⁷ che interviene in un ambito particolarmente delicato della medicina preventiva.

3.3.1.6. L'integrazione socio-sanitaria

All'integrazione socio-sanitaria è dedicato l'art. 5 della l.r. 25/2006, che prevede la costituzione di una Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria⁴⁰⁸.

Sul fronte della cooperazione tra Comuni e AUSL, è previsto che queste ultime partecipino all'elaborazione dei Piani sociali di zona (PSZ), col riferimento sempre alla l.r. 19/2006.

Per quanto concerne gli interventi che ricadono nella comune competenza delle strutture del SSR e delle autonomie locali, la loro gestione viene regolata non dalla legge regionale, ma da autonomi protocolli d'intesa stipulati tra gli enti territorialmente competenti.

⁴⁰⁷ Altro esempio di livello aggiuntivo è contenuto nell'art. 17, rubricato "*prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato*"; norma particolare, visto il tenore prettamente amministrativo della l.r. 25/2006. Probabilmente si tratta di norma dal contenuto programmatico, che però indica alcune "priorità" da valorizzare all'interno del PRS, come l'adeguata assistenza preventiva per la salute preconcezionale o il controllo del dolore nel travaglio come l'epidurale (all'epoca non inserita tra i LEA dal dpcm del 2001 ed oggi invece ricompresa nei nuovi LEA datati 2017).

In generale l'articolo contiene numerose previsioni che poi verranno inserite nei LEA dal DPCM 2017, dimostrando dunque la lungimiranza, almeno in questo caso, del governo regionale pugliese.

⁴⁰⁸ La cui composizione e funzionamento è dettata con l.r. 19/2006, rubricata "*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia*". Si tratta dell'ennesimo ambito in cui il legislatore regionale ha predisposto una legislazione speciale *ad hoc*.

3.3.1.7. I controlli

Le previsioni che dispongono i controlli politici e tecnici sugli atti di indirizzo e sull'attività degli enti del SSR sono disseminati nella l.r. 25/2006, come già segnalato al momento della trattazione dei singoli ambiti.

Tuttavia, l'articolo 7 della l.r. 25/2006 è specificamente dedicato alle forme di controllo gestionale effettuato dagli organi politici e da quelli amministrativi.

Anzitutto, la Conferenza permanente citata *supra* è la depositaria della verifica di conformità al PRS degli obiettivi strategici delle AUSL e dell'allocazione delle risorse; in questa direzione, è la conferenza a proporre, previo parere, alla Regione l'approvazione dei singoli PAL.

Di per loro canto, le direzioni generali delle aziende sanitarie sono chiamate ad attivare gli strumenti di controllo direzionale e operativo per valutare l'efficienza, efficacia, economicità etc. in sede di utilizzazione delle risorse assegnate ai dirigenti.

3.3.1.8. I rapporti con le Università

In merito ai rapporti con gli atenei, al PRS viene demandata la definizione⁴⁰⁹ degli indirizzi per la stipula dei protocolli d'intesa tra Regione e Università⁴¹⁰.

Vi è, poi, una previsione più specifica che attribuisce alla Regione⁴¹¹ la facoltà di autorizzare le Aziende sanitarie a finanziare apposite borse di studio alle Università degli studi con sede esclusiva nel territorio regionale, limitatamente a discipline specialistiche per le quali nei protocolli d'intesa Università - Regione

⁴⁰⁹ Art. 2 co. 2 lett. d) l.r. 25/2006.

⁴¹⁰ Si tratta dell'attuazione degli articoli 6 e 6 *bis* del d.lgs 502/1992, nonché del D.Lgs. 517/1999 sui rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università.

⁴¹¹ Nei limiti della programmazione del fabbisogno di medici specialisti.

le strutture dell'AUSL interessata sono individuate come sedi formative, in modo da garantire nelle suddette strutture la frequenza dei medici specializzandi.

Tale autorizzazione può essere però concessa solo a condizione che le stesse Aziende riducano, di pari importo i costi per l'acquisizione di beni e servizi non sanitari e che le Università degli studi garantiscano, presso le strutture sanitarie delle Aziende medesime, la corrispondente frequenza di medici specializzandi.

3.3.3. Conclusioni: la sanità pugliese tra tentativi di riforma e necessità finanziarie

Come anticipato, la l.r. 25/2006 si presenta come una normativa piuttosto breve e scevra da previsioni dettagliate; questa caratteristica è motivata probabilmente dalla scelta normativa di dettare una normativa di principio che lasciasse spazio alla normazione di dettaglio in leggi speciali.

Le previsioni della l.r. 25/2006, peraltro, sono come visto in precedenza frutto del richiamo sistematico alla normativa nazionale, anche se non mancano previsioni peculiari contenenti livelli aggiuntivi di assistenza e discipline di dettaglio, soprattutto sul funzionamento degli organi che si occupano di integrazione socio-sanitaria.

In generale, sembra che la normativa regionale pugliese in materia di tutela della salute si basi su due direttrici: aderenza al modello nazionale, con particolare enfasi sulla sanità come integrazione socio-sanitaria e come diritto sociale da assicurare per questioni di equità sociale; contenimento dei costi – in ragione della delicatezza della gestione finanziaria del SSR – da far coesistere tuttavia con l'erogazione di livelli di assistenza congrui e universali.

Lo sforzo programmatico della l.r. 25/2006 sembra, però, scontare uno scollamento con quella che è la realtà concreta del SSR pugliese. Anzitutto, nel corso degli anni non si è mai definitivamente compiuto il riordino del comparto

ospedaliero tanto auspicato dalle riforme a cavallo del Duemila: il numero di Aziende Ospedaliere scorporate dalle AUSL è rimasto esiguo, contando anche quelle legate a un polo universitario; contestualmente, nonostante le misure di chiusura e accorpamento i punti ospedalieri di piccole e medie dimensioni sono ancora oggi in numero eccessivo rispetto ai volumi di bisogno. Anche la vocazione distrettuale delle citate riforme ha subito un brusco ridimensionamento, dovendo fare i conti con le necessità economiche.

Questo è lo scenario fotografato anche dalla D.G.r. 412/2023, che ha confermato la necessità di ricorrere ad un ulteriore piano di rientro: le misure per il contenimento della spesa sanitaria in esso contenute sono corpose e mirano a un taglio drastico delle spese del SSR; non si può quindi ragionevolmente presupporre che, nell'arco di tre anni, l'adozione di questi provvedimenti possa portare a risultati migliorativi anche in termini di erogazione delle prestazioni. Si pensi al richiesto incremento dei livelli di produzione, o alla riduzione delle liste di attesa, o ancora all'abbattimento della mobilità passiva extraregionale; misure come il blocco delle assunzioni, in aggiunta ai già gravi problemi di carenza di personale, sembrano andare nella direzione esattamente opposta a questi obiettivi.

Uno scenario del genere, peraltro comune ad altre Regioni del Sud Italia, lascia dei dubbi sulla validità del c.d. modello *residuale-incrementale* di SSR; ciò che sembra mancare, anzitutto, è il circolo virtuoso innescato in altre Regioni dalla separazione, anche solo parziale, delle funzioni di programmazione da quelle erogative. Come sappiamo, questa scissione va di pari passo anzitutto con l'istituzione delle aziende ospedaliere – che a distanza di trent'anni dalla riforma bis viaggia ancora a rilento nella regione; finché prevarrà a tal punto la logica della gestione diretta dei presidi da parte delle AUSL, la confusione tra i due ruoli continuerà a limitare l'assunzione di scelte responsabili da parte degli amministratori.

Ma l'efficienza della separazione tra erogazione e programmazione passa anche dalla capacità del SSR di controllare le dinamiche di entrata dei privati nel sistema: contrariamente a quanto si può pensare, infatti, nelle Regioni caratterizzate dal modello residuale-incrementale la presenza del privato è invero piuttosto cospicua; questa situazione deriva però non da scelte programmate di *governance*, ma da diffusi disservizi, malfunzionamenti e lacune del SSR, oltre che dal cattivo uso funzioni regolatorie dell'ente regionale⁴¹².

Così si spiega, dunque, come sia possibile che in Puglia il numero di posti letto del privato accreditato sia quasi il 25% del totale; per non parlare dell'offerta territoriale, che per alcuni servizi – come quelli consultoriali – è costituita per oltre il 50% da operatori privati, poliambulatori o professionisti che siano. Si tratta di cifre destinate ad aumentare, vista la deriva che si prospetta per il SSR pugliese alla luce delle previsioni del piano di rientro in procinto di esecuzione⁴¹³

⁴¹² Cfr. NERI S., *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitari*, cit., p. 101.

⁴¹³ Per completare il quadro, si riportano i dati del *report* ministeriale sull'erogazione dei LEA citato *supra*, relativi a Regione Puglia per l'annualità 2021. Il SSR pugliese si colloca al quindicesimo posto per i LEA dell'area prevenzione (67,85), in controtendenza con i principi enunciati dalla l.r. 25/2006; risultato simile per i LEA distrettuali, che si collocano appena sopra la soglia critica (61,66); meglio per i LEA ospedalieri, in cui Regione Puglia si colloca al dodicesimo posto (79,83). Il dato più interessante, tuttavia, si può ricavare dal raffronto con gli anni pre-pandemia, decisamente più incoraggianti (LEA di prevenzione, 81,59; LEA distrettuali, 76,53; LEA ospedalieri, 72,22) rispetto a quelli del 2021 e anche del 2020 (sostanzialmente in linea con l'anno successivo); ciò è indice di quanto il SSR pugliese abbia sofferto degli effetti della pandemia, tanto da non riuscire a tornare su livelli accettabili di efficienza nell'assicurazione dei LEA. I pessimi risultati di gestione visti nel 2022 e l'avvento del nuovo Piano di rientro, probabilmente, non faranno altro che affossare ulteriormente questi numeri.

4. La sanità differenziata: le richieste delle Regioni Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna in materia sanitaria all'interno delle pre-intese e delle bozze d'intesa ex art. 116 co. 3 Cost.

Come anticipato in precedenza, l'articolo 116, co. 3, Cost., nel nuovo testo introdotto dalla Riforma del Titolo V nel 2001, permette alle Regioni ordinarie⁴¹⁴ di ricevere *“ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117⁴¹⁵”*, tra le quali anche la tutela della salute.

L'attribuzione avverrebbe a completamento di un iter⁴¹⁶ che prevede prima di tutto una fase di iniziativa da parte della regione interessata, la quale deve farsi carico anche di consultare sul punto gli enti locali; segue una fase di trattativa tra la regione e lo Stato, da concludersi con la stipulazione di un'intesa; al termine di questo iter, l'intesa deve essere trasposta in una legge dello Stato, approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti.

Ad oggi nessuna regione gode di *“ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia”* ai sensi dell'art. 116 co. 3 Cost., nonostante dal 2001 ci siano stati alcuni tentativi più o meno risolti di attivare l'iter procedurale previsto. I tentativi più concreti sono quelli, iniziati nel 2017 e tutt'oggi aperti, di tre Regioni del Nord Italia: Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.

⁴¹⁴ Secondo una parte della dottrina, l'attivazione del meccanismo dell'autonomia differenziata presupporrebbe il possesso, da parte delle Regioni richiedenti, di requisiti di tipo economico come l'equilibrio di bilancio, la gestione efficiente delle risorse, etc. Il discorso, che in ambito sanitario ha ulteriore peso in ragione degli stringenti vincoli economici che regolano la materia, è piuttosto ampio e meriterebbe una trattazione separata.

⁴¹⁵ Nonché *“le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s)”*.

⁴¹⁶ Anche in questo caso la dottrina costituzionalistica si è interrogata sia sulla portata dei presupposti procedurali esplicitati nell'art. 116 co. 3 Cost., sia sull'eventuale necessità di configurare degli ulteriori presupposti impliciti.

Non è un caso che proprio tre delle Regioni più produttive⁴¹⁷ d'Italia abbiano deciso di presentare queste richieste⁴¹⁸: tra i fattori individuati dalla dottrina come determinanti per poter richiedere l'autonomia differenziata ve ne sono infatti alcuni di ordine economico – come l'equilibrio finanziario – più facilmente raggiungibili da alcune Regioni.

Le tre Regioni hanno seguito strade diverse per manifestare la propria iniziativa ex art. 116 co. 3 Cost.: l'Emilia-Romagna ha prediletto la via istituzionale della dichiarazione consiliare, distinguendosi altresì per un assai corposo lavoro prodromico di confronto con città, territori, parti sociali, organizzazioni economiche, università e Terzo settore; Lombardia e Veneto invece hanno scelto di seguire la via del referendum consultivo, ritenendolo la strada migliore per acquisire potere contrattuale in vista della trattativa con il Governo.

Dopo un periodo di trattative con l'allora in carica governo Gentiloni, si è deciso in vista della fine della legislatura⁴¹⁹ di cristallizzare gli impegni assunti in tre atti

⁴¹⁷ Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna sono la prima, terza e quarta Regione per PIL, per un totale di circa il 40% del PIL nazionale, e sono ai primi tre posti per valore complessivo delle merci esportate.

⁴¹⁸ Anche se, in verità, dopo la presentazione delle richieste altre Regioni italiane si sono affrettate a incardinare l'iter ex art. 116 co. 3 Cost.; ciò è dovuto al dibattito sorto tra gli esecutivi regionali, nel quale molte Regioni paventavano la pericolosità di quella che sembrava, a tutti gli effetti, una "fuga in avanti" dei territori più produttivi del Paese.

⁴¹⁹ A scadenza andavano, il 4 marzo 2018, sia la XVII Legislatura nazionale, sia quella regionale della Lombardia. La necessità di giungere a un atto formale prima di quella data è oggetto di molte delle considerazioni espresse dagli auditi dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali a fine 2017; in particolare, il sottosegretario Bressa, doc. XVII-bis, n.13 del 6 febbraio 2018, *cit.*, p.37, ha sottolineato come si sia reso necessario arrivare a dare una veste formale al percorso intrapreso, in modo da "mettere il prossimo Governo e il prossimo Parlamento, nel caso non volessero dare corso e concludere il processo di intesa, nella condizione di doverlo motivare", non potendo rubricare la questione a valutazioni di tipo politico. Peraltro, alcuni autori, come CATELANI E., *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, in *osservatoriosullefonti.it*, 2/2018, pp. 4-5, hanno visto in una simile iniziativa da parte del Governo il classico caso di "eccesso governativo", consistente in un atto squisitamente politico compiuto in un momento in cui l'Esecutivo era abilitato a gestire solo l'ordinaria amministrazione; è pur vero, peraltro, che gli accordi sono il risultato di una contrattazione piuttosto serrata, e non stipularli avrebbe significato contraddire pesantemente il principio di buona fede e di leale collaborazione vero le Regioni. Cfr. RUSSO A.M., *Il regionalismo italiano nel vortice autonomistico della differenziazione: l'asimmetria sperimentale tra integrazione e conflitti*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2/2018, pp. 378-379.

politici formali, non previsti dalla disposizione costituzionale: si tratta di accordi preliminari (definiti impropriamente “*pre-intese*”), sottoscritti il 28 febbraio 2018 da ciascun Presidente della Giunta regionale e dal Sottosegretario per gli affari regionali e le autonomie Bressa⁴²⁰; in essi, con volontà espressa da entrambe le parti, sono stati fissati alcuni punti fermi in vista della continuazione della trattativa dopo il rinnovo dell’Esecutivo nazionale.

4.1. L’opportunità di una differenziazione in materia di tutela della salute

Nelle pre-intese si è scelto di circoscrivere il contenuto ad alcune sole materie di interesse comune, tra le quali figura anche la tutela della salute; il che non stupisce, se si considera che Emilia-Romagna e Lombardia – come già ampiamente trattato *supra* – possono vantare modelli di SSR già piuttosto peculiari rispetto alle altre Regioni italiane ed alle previsioni nazionali di principio.

I motivi di questa inclusione sono anzitutto di ordine logico-giuridico: laddove ad oggi sussiste una competenza legislativa concorrente – e una possibilità di differenziazione regionale tramite la disciplina di dettaglio – era possibile, secondo il legislatore costituzionale del 2001, prevedere anche la concessione di un ulteriore spazio di autonomia.

Secondo alcuni vi sarebbe però anche un motivo di ordine politico, per il quale il regionalismo differenziato – soprattutto in materia sanitaria – non possa prescindere da una concezione competitiva del SSN e dei rapporti pubblico-privato. Questo principio⁴²¹ si è imposto nella scena italiana con le riforme degli

⁴²⁰ Cfr. FALCON G., *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 4/2017, p. 632.

⁴²¹ Già portata avanti altrove da economisti come Peter Drucker e Milton Friedman e di norma applicate al contesto del sistema di istruzione pubblica. Cfr. SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 155-156.

anni Novanta del secolo scorso⁴²² ed è stato fatto proprio da eminenti studiosi⁴²³; ha poi trovato nuova linfa in ragione delle forti istanze regionali in merito alla differenziazione *ex art. 116 co. 3 Cost.*

Verso queste richieste sono stati sollevati dei rilievi critici, in considerazione delle frizioni tra differenziazione e gli strumenti posti a salvaguardia dell'unità giuridica e sociale del Paese⁴²⁴. In particolare, il timore è per sostituzione della garanzia dei livelli essenziali di assistenza con un sistema di livelli "minimi" tutelati dalla Costituzione e dalla scarna disciplina nazionale, a cui si aggiungerebbero le maggiori tutele offerte dai singoli sistemi regionali; si inaugurerebbe così un sistema a più velocità, in cui le Regioni più ricche potranno permettersi di aumentare ulteriormente l'erogazione di livelli aggiuntivi di assistenza e quelle meno ricche ferme al palo. Tutto ciò andrebbe, poi, a discapito anche degli altri presidi di unità del sistema, sistema perequativo, principi fondamentali della materia sanitaria e leale collaborazione su tutti⁴²⁵.

Sul punto occorrono però delle precisazioni. Anzitutto, occorre specificare che la possibilità di differenziare in ambito sanitario incontra dei limiti nelle competenze finalistiche statali su LEA e profilassi internazionale (di cui si parlerà diffusamente nel prossimo capitolo), nonché nel riconoscimento del diritto alla

⁴²² Cfr. SANDULLI M.A., *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*, in *Corti Supreme e salute*, 1/2020, p. 253.

⁴²³ Cfr. TIMIO M., *Il buono sanità*, SEI, Torino, 1996, in cui l'autore teorizza il c.d. sistema dei bonus, in cui si prevede il passaggio dal sistema universalistico all'assegnazione al cittadino di un bonus con cui far fronte alla copertura assicurativa di propria scelta; REVIGLIO F., *Sanità senza vincoli di spesa?* Bologna, 1999, il quale proponeva di evitare la formazione di disavanzi, lasciando alla competenza statale la sola fissazione di livelli essenziali minimi, oltre i quali l'erogazione di servizi viene lasciata a discrezione delle Regioni.

⁴²⁴ MORANA D., *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, in *Corti Supreme e salute*, 1/2020, p. 244.

⁴²⁵ Cfr. GALLO F., *Dal federalismo al regionalismo differenziato*, in *Rivista della Corte dei conti*, 5/2019, p. 5; SANDULLI M.A., *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato*, cit., pp. 254 ss., che denuncia, anzitutto, il rischio di ricadute sulla quantificazione del FSN e sulla sua capacità di sopperire alle carenze contributive di alcuni territori.

salute nella conformazione derivante dall'art. 32 Cost. Di conseguenza, le Regioni che raggiungessero un maggiore grado di autonomia in alcuni ambiti della tutela della salute sarebbero comunque soggette all'operatività di questi titoli competenziali statali⁴²⁶.

Se ci si sposta, però, nello specifico del perimetro operativo dei LEA, si ricorda che in quest'ultimo vi ricadono, per orientamento risalente della dottrina⁴²⁷ confermato dalla giurisprudenza costituzionale⁴²⁸, anche i profili generali di organizzazione del modello di erogazione delle stesse. Come si vedrà fra poco, i profili organizzativi sono diffusamente richiamati tra le richieste di maggiori competenze contenute nelle pre-intese e nelle bozze d'intesa; di conseguenza, il rischio di una sovrapposizione tra perimetro dei LEA e nuove competenze regionali appare concreto⁴²⁹

Per completare questa analisi, è necessario approfondire in merito alle previsioni contenute nelle pre-intese oggetto di stipula nel 2018 e sulle bozze elaborate durante il governo Conte I, per comprendere quale direzione darebbero, se trasposte in un'intesa, ai sistemi sanitari delle Regioni interessate.

⁴²⁶ Cfr. MORANA D., *Una differenziazione davvero necessaria?* cit., pp. 246 ss., che arriva a questo risultato sulla base di quanto stabilito dalla giurisprudenza costituzionale rispetto all'operatività della clausola di maggior favore ex art. 10 l. cost. 3/2001, che comporta l'applicazione anche alle regioni speciali dei "limiti" che circoscrivono la potestà legislativa delle regioni ordinarie (inclusi quelli derivanti dall'esercizio delle competenze finalistiche).

⁴²⁷ Cfr. BALDUZZI R., *Titolo V e tutela della salute*, cit., pp. 19 s.

⁴²⁸ Cfr. C. cost., sent. 231/2017.

⁴²⁹ Cfr. MORANA D., *Una differenziazione davvero necessaria?* cit., pp. 250 ss.

4.2. Le previsioni delle pre-intese in materia di tutela della salute⁴³⁰

Le pre-intese constano, oltre che di un articolato principale, di cinque allegati, uno per ciascuna materia⁴³¹; di tutela della salute – qui accoppiata con la ricerca scientifica – si occupa l'allegato 3.

Sul punto le tre pre-intese si distinguono tra loro per un contenuto eterogeneo – soprattutto rispetto ad altri ambiti dove le previsioni delle tre pre-intese appaiono molto simili se non identiche; tutte, però, contengono disposizioni spesso dettagliate, tanto da poter benissimo essere trasposte senza particolari aggiunte in una futura intesa definitiva⁴³².

A tutte e tre le Regioni viene anzitutto attribuita (art. 1) *“una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere i vincoli di spesa specifici, con particolare riguardo alle politiche di gestione del personale [...]”*, nel rispetto dei vincoli di bilancio⁴³³; e simili sono le previsioni anche per quanto riguarda la disciplina delle scuole di specializzazione medica (art. 3 Veneto, art. 2 Lombardia e Emilia). Proprio in quest'ultimo ambito sono contenute le misure più innovative (e contestate): si prevede che le tre Regioni possano stipulare *“specifici accordi con le università presenti su tutto il territorio regionale”*, al fine di una maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, compresa la *“programmazione delle borse di studio per gli specializzandi e la loro integrazione operativa con il sistema aziendale”*; si stabilisce altresì che *“la Regione può avviare percorsi finalizzati alla stipula di contratti a tempo determinato di «specializzazione lavoro» per i medici,*

⁴³⁰ Per una molto esauriente disamina delle previsioni dei tre accordi, corredata da un puntuale riepilogo per ciascuna materia della normativa vigente e della ripartizione ordinaria delle competenze, cfr. SERVIZIO STUDI DEL SENATO, (a cura di), *Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto*, dossier informativo n. 16, maggio 2018, pp. 30 ss.

⁴³¹ Cfr. NASTASI V., *Il regionalismo differenziato e i problemi ermeneutici sorti in seguito alle recenti iniziative di attuazione dell'articolo 116 comma 3 della Costituzione*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 31 maggio 2018, pp. 9-10.

⁴³² Cfr. SERVIZIO STUDI DEL SENATO, *Dossier n. 16 del 2018*, cit., pp. 42 ss.

⁴³³ Si veda il D.Lgs. 98/2011 sulla riduzione della spesa per il personale degli enti ed aziende del SSN.

alternativi al percorso delle scuole di specializzazione”; tale contratto però “non può dare in alcun modo diritto all’accesso ai ruoli del SSN né all’instaurazione di alcun rapporto di lavoro a tempo indeterminato con lo stesso”, anche se è possibile prevedere “[l’]accesso dei Medici titolari del suddetto contratto alle scuole di specializzazione, nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole medesime”.

A tutte e tre (art. 3 Lombardia ed Emilia-Romagna; art. 4 Veneto) viene attribuita una *“maggiore autonomia nell’espletamento delle funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione”*; le regole regionali si applicano *“solo agli assistiti residenti nella Regione”*. A questa previsione si accompagna maggiore autonomia legislativa e amministrativa in materia di *“istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi”* (art. 7 Veneto e Lombardia; art. 8 Emilia), nel rispetto dei LEA e dell’equilibrio di bilancio.

Per quanto concerne gli interventi sul patrimonio edilizio, in tutti e tre gli accordi *“è assicurata alla Regione la capacità di programmare gli interventi medesimi in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse”* (Art. 8 Veneto; art. 6 Lombardia; Art. 7 Emilia-Romagna).

Differenze marcate si registrano in materia di *“governance delle Aziende e degli enti trasversali del SSR”*: se tutte e tre infatti hanno chiesto e ottenuto maggiore autonomia (nel rispetto delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria), Regione Lombardia ha aggiunto il riferimento *“agli organi e alla direzione strategica”* introdotti dalla l.r. 23/2015, legando l’autonomia alla previa valutazione degli esiti del monitoraggio previsto dalla legge regionale in capo ad AGENAS.

Per quanto riguarda i rapporti con l’Agenzia del farmaco, viene previsto un articolato meccanismo di valutazione di equivalenza terapeutica tra diversi farmaci, la quale può essere stimolata dall’attività regionale. Regione Emilia-Romagna ottiene poi (art. 6) alcune ulteriori concessioni: definizione qualitativa

e quantitativa delle *“forme della distribuzione diretta dei farmaci destinati alla cura di pazienti che richiedono un controllo ricorrente”*; assicurazione dell’*“erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, etc.”*; autorizzazione, ai fini di continuità assistenziale, alla struttura pubblica di fornire direttamente i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero o dalla visita specialistica.

Regione Veneto infine (art. 2) chiede maggiore autonomia *“in materia di gestione del personale del SSR, compresa la regolamentazione dell’attività libero professionale”*. La Regione può altresì prevedere, in sede di *“contrattazione collettiva integrativa”*, degli *“incentivi e misure di sostegno, anche mediante l’utilizzo di risorse aggiuntive regionali”* per il personale dipendente del SSR, con particolare riguardo a quello *“in servizio presso sedi montane disagiate”*.

In conclusione, le richieste avanzate dalle Regioni in materia sanitaria in fase di trattative sono state perlopiù accolte, configurando, al netto dell’obbligo comune al rispetto dei LEA, una materia fortemente regionalizzata; in considerazione di ciò, sono sorti dei timori che un’eventuale intesa anche meramente riproduttiva di tali previsioni possa indebolire le capacità di indirizzo dello Stato sulle Regioni ed intaccare dunque la vocazione universalistica del SSN⁴³⁴.

4.3. Il riavvio dei negoziati e le bozze di intesa

Le elezioni politiche del 4 marzo 2018 hanno inaugurato una nuova fase politica conclusasi con l’accordo – a quasi tre mesi dalle elezioni – tra il Movimento 5 Stelle e la Lega-Salvini Premier per la formazione di un nuovo governo.

⁴³⁴ Cfr. l’articolo *“Così il «regionalismo differenziato» mette a rischio l’universalismo del SSN”*, del dott. Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe, in *Sanità 24, Il Sole 24 Ore*, 28 settembre 2018.

Le due forze politiche, sul tema dell'autonomia differenziata, hanno espresso posizioni divergenti, dettate soprattutto dalla diversità in termini territoriali dell'elettorato di riferimento⁴³⁵; essa è però comunque stata ricompresa nell'accordo di governo come *“questione prioritaria [...] l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte”*⁴³⁶.

Dal canto loro, le Regioni coinvolte si sono affrettate a sottoporre al nuovo Governo ulteriori richieste ampliative rispetto agli accordi preliminari, sia rispetto alle funzioni delle materie già previste, sia rispetto a nuove materie⁴³⁷.

Gli impegni del Governo sulla conclusione delle procedure di differenziazione si sono poi tradotti in una ripresa delle trattative sulla base di quanto stipulato con le pre-intese; così, nella successiva seduta del C.d.m. dedicata al tema (n. 44 del 14 febbraio 2019), sono state illustrate le prime bozze dei contenuti delle intese; le bozze sono poi state aggiornate in un successivo C.d.m. il 25 maggio 2019.

⁴³⁵ Il Movimento 5 Stelle, affermatosi prevalentemente nelle Regioni del Centro e Sud Italia, ha sin dall'inizio guardato con sospetto ai tentativi delle Regioni Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna, soprattutto per paura che le prime due realizzino con la differenziazione l'obiettivo della riduzione del proprio residuo fiscale; La Lega, viceversa, ha senza dubbio dimostrato un maggiore interesse sul tema, dal momento che essa stessa governava (e governa tuttora) due delle tre Regioni interessate. Si ricordi, peraltro, che la Lega, sin dagli albori, ha fatto della battaglia autonomistica un punto fermo del proprio programma, anche se dall'assunzione della Segreteria federale da parte di Matteo Salvini ha decisamente assunto una vocazione identitario-nazionalistica.

⁴³⁶ Contratto per il governo del cambiamento, § 20, *“Riforme istituzionali, autonomia e democrazia diretta”*; l'obiettivo è stato poi ribadito anche nel discorso di insediamento del Presidente del Consiglio Conte alle Camere, sedute n. 9 del 5 giugno 2018 del Senato e n. 12 del 6 giugno della Camera. Cfr. Servizio Studi del Senato (a cura di), *Il processo di attuazione del regionalismo differenziato*, dossier informativo n. 104/1, marzo 2019, p. 35.

⁴³⁷ Come emerso dalle dichiarazioni del Ministro per gli affari regionali Stefani rese in sede di *question time* alla Camera, seduta dell'11 luglio 2018, interr. N. 3-00065. Cfr. Servizio Studi della Camera, *L'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario*, nota del 1° marzo 2019; Servizio Studi del Senato (a cura di), *Il processo di attuazione del regionalismo differenziato*, dossier informativo n. 104/1, marzo 2019, pp. 38 ss.

Il testo concordato tra le tre Regioni e il Governo si limitava alla parte generale, mentre la parte dedicata alle singole materie è ancora invece ferma alla fase delle valutazioni delle proposte regionali e statali, alcune già accettate dalla controparte, altre ancora oggetto di trattativa.

Per quanto riguarda nello specifico la tutela della salute⁴³⁸, le previsioni contenute nelle bozze non si discostavano molto da quanto previsto in maniera già particolarmente corposa nel secondo allegato alle pre-intese: le nuove competenze consentirebbero innanzitutto alle Regioni di ottenere ampia autonomia in materia di organizzazione della rete ospedaliera e dei servizi sanitari; si cerca poi di ottenere maggiore flessibilità in materia di personale, attraverso la facoltà di istituire scuole di specializzazione e di assumere a termine gli specializzandi; verrebbe infine concessa ampia autonomia in materia di programmazione degli investimenti relativi al patrimonio edilizio e tecnologico.

A livello finanziario, è stata prevista la devoluzione della competenza di regolazione della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, oltre all'istituzione di fondi sanitari attraverso cui integrare la dotazione annuale. A tutto questo si aggiungeva poi, per Veneto e Lombardia, la competenza a definire autonomamente l'assetto istituzionale dell'intero settore socio-sanitario; l'Emilia invece assumerebbe le competenze in merito alla definizione del sistema tariffario e di rimborso, alla distribuzione dei farmaci con la definizione dell'equivalenza terapeutica tra medicinali (salva diversa indicazione dell'AIFA), oltre alla possibilità di stabilire incentivi economici per il personale⁴³⁹.

⁴³⁸ Artt. 35 ss. bozza emiliana; art. 25 bozza lombarda; art. 29 bozza veneta. Cfr. PALLANTE F., *Nel merito del regionalismo differenziato: quali «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» per Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna?* in *federalismi.it*, 6/2019, p. 5.

⁴³⁹ Nella bozza emiliana però molti di questi obiettivi non sono ancora stati accettati dalla Regione: si riscontrano infatti proposte alternative rispetto ai vincoli di spesa in materia sanitaria, percorsi di specializzazione, sistema tariffario e compartecipazione alla spesa sanitaria, *governance* del SSR, politiche del farmaco, patrimonio edilizio e tecnologico, fondi sanitari integrativi, supporto alle attività medico-chirurgiche.

Un discorso a parte deve essere fatto per la richiesta di Regione Veneto, già riconosciuta nella pre-intesa, di assumere la piena gestione di tutto il personale (inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale e la possibilità di stipulare contratti integrativi d'incentivazione), che non ha ancora ottenuto l'assenso del Governo; stesso discorso per le richieste, queste invece originali, di competenze in merito alla definizione delle qualifiche impiegabili nelle cure primarie e nelle attività medico-chirurgiche di supporto, alla disciplina degli incarichi conferiti con contratti di lavoro autonomo e libero-professionale, all'autonomia nell'utilizzo delle risorse per gli acquisti dai privati accreditati.

5. Conclusioni: la differenziazione nei SSR fra slanci autonomistici ed esigenze di uniformità

Le richieste in materia sanitaria avanzate dalle tre Regioni che hanno attivato il procedimento per l'autonomia differenziata testimoniano come, in alcune realtà regionali, le maggioranze politiche al governo reputino di potere e volere gestire più aspetti delle politiche normative e di gestione del SSR di quelli attualmente affidati loro.

Questo probabilmente è dovuto all'efficienza dei rispettivi SSR e alle peculiarità che gli stessi già hanno in virtù delle scelte normative effettuate nell'alveo della normativa statale; ed è dovuto anche a motivazioni politiche, che guardano all'autonomia regionale con particolare favore.

Le trattative tra le Regioni richiedenti e lo Stato avevano registrato una brusca interruzione con l'arrivo della pandemia⁴⁴⁰, congelando qualsiasi velleità di

⁴⁴⁰ La discussione sull'autonomia differenziata era proseguita, pur con qualche intoppo, anche dopo l'avvicendamento dei governi Conte I e Conte II: il nuovo sottosegretario per gli affari regionali Boccia aveva confermato l'impegno nell'interlocuzione con le Regioni richiedenti; impegno confermato anche nella Nota di aggiornamento al DEF 2019 (deliberazione del C.d.m. del 30 settembre 2019), in cui sono state enunciate delle linee programmatiche per la

avanzamento rispetto a quanto raggiunto con le bozze di intesa del 2019 e determinando – come si vedrà nel prossimo capitolo – anche un ripensamento complessivo a livello nazionale della normativa sanitaria⁴⁴¹. La discussione è però ripartita dopo le elezioni politiche del 2022, grazie al favore verso le istanze autonomistiche del nuovo esecutivo di centrodestra: su impulso del nuovo Ministro per gli affari regionali e le autonomie Calderoli, è stato presentato al Senato il d.d.l. n. 615⁴⁴², che dovrebbe fornire una normativa-quadro⁴⁴³ per la

continuazione del processo di autonomia differenziata (rispetto del principio di coesione nazionale e solidarietà; completamento della definizione dei LEP). La Nota dedicava specifica attenzione al sistema sanitario, osservando che il SSN avrebbe dovuto affrontare “*la capacità di assicurare il mantenimento del principio di universalità del sistema, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) coniugando allo stesso tempo equità, appropriatezza, qualità ed efficienza delle cure, governo dell’innovazione, salvaguardando gli equilibri economico-finanziari*”; si osservava in tal senso che il SSN, “*pur avendo garantito un sostanziale universalismo, non ha adeguatamente risposto a importanti aspettative, prima tra tutte quella della riduzione delle disparità territoriali e delle disuguaglianze*”. In questa direzione, poi, il sottosegretario aveva spinto per la soluzione della legge-quadro sull’autonomia differenziata che contenesse anche le modalità di definizione dei LEP e degli obiettivi di servizio; la relativa bozza, discussa in Conferenza Stato-Regioni nel novembre 2019, è stata poi abbandonata a seguito dello scoppio dell’emergenza pandemica. Cfr. SANDULLI M.A., *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato*, cit., pp. 255 ss.

⁴⁴¹ Cfr. SAGONE C., *Criticità, divari territoriali e pandemia: quali prospettive future per il sistema sanitario italiano?* in *Diritti regionali*, 1/2022, p. 58.

⁴⁴² Rubricato “*disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 16, terzo comma, della Costituzione*”. Il testo, composto di dieci articoli, delinea in sostanza il procedimento da seguire per l’adozione delle intese, estendendosi però anche al tema della determinazione dei LEP e al processo di trasferimento delle funzioni oggetto delle intese e delle connesse risorse umane, strumentali e finanziarie; si è deciso, in sostanza, di seguire quanto già previsto dal precedente d.d.l. Boccia.

⁴⁴³ Non è qui possibile approfondire sul tema dell’attuazione legislativa dell’art. 116 co. 3 Cost. Si segnala solo che il tema è stato piuttosto dibattuto in dottrina. Da un lato, vi è chi ritiene opportuno tale intervento, al fine di garantire il principio di certezza del diritto e le prerogative di Regioni ed Enti locali, la cui partecipazione alla procedura di differenziazione è solo accennata dalla normativa costituzionale, cfr. D’ATENA A., *audizione in Commissione parlamentare per le questioni regionali, Sull’attuazione dell’articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna*, doc. XVII-bis, n. 13, approvato nella seduta del 6 febbraio 2018 dalla Commissione e conclusivo dell’indagine conoscitiva deliberata nella seduta del 21 novembre 2017, pag. 17; MELICA L., *La soggettività costituzionale degli enti locali nel processo di attuazione del Titolo V della Costituzione*, in *federalismi.it*, 19/2008, p. 6.; NASTASI V., *Il regionalismo differenziato*, cit., p. 5. Dall’altro si trova chi, invece, vorrebbe vedere esplicito ai massimi il principio di autonomia, evitando dunque di imporre una disciplina procedurale stringente; tale soluzione avrebbe il pregio di lasciare liberi gli attori di modulare la trattativa nella maniera più efficiente possibile; ma esporrebbe all’incertezza che potrebbe nuocere prima di tutto alle Regioni, cfr. AGOSTA S., *L’infanzia “difficile” (...ed un’incerta adolescenza?) del nuovo art. 116 comma 3, Cost., tra proposte (sempre più pressanti) di revisione*

procedura di attuazione dell'autonomia per le tre regioni richiedenti e quelle che in futuro desidereranno avvalersi dell'istituto di cui all'art. 116 co. 3 Cost.⁴⁴⁴

A prescindere però da questo, sembra ormai irreversibile la tendenza – di cui la differenziazione è l'ultima frontiera – che vede una sanità regionalizzata a più livelli: come si è visto prima in via generale e poi con la trattazione nello specifico di tre SSR, negli ultimi trent'anni alcune Regioni hanno provveduto a misurarsi con le possibilità offerte dalla discrezionalità lasciata dalla normativa nazionale di principio, con risultati più o meno innovativi.

Ciò detto, bisogna però anche rivedere quanto teorizzato a inizio capitolo sulla effettiva esistenza di differenze così marcate tra i sistemi sanitari regionali da mettere del tutto in ombra le caratteristiche comuni che ne permettono la riconduzione a un unico SSN.

Dallo studio condotto sulle disposizioni normative dei tre SSR scelti, si notano certamente alcune peculiarità proprie di ciascuno di essi.

Quello lombardo si è discostato, più di tutti gli altri, dal modello nazionale, a partire dalla struttura stessa, governata dalla distinzione organica tra enti di programmazione ed enti di gestione; ha confermato poi l'orientamento verso un modello di mercato, con un privato parificato al pubblico nelle funzioni di erogazione e meno vincolato dalla programmazione regionale rispetto alla copertura dei bisogni e delle carenze di offerta. Questa impostazione ha generato

costituzionale ed esigenze (sempre più sentite) di partecipazione regionale alla riscrittura del quadro costituzionale delle competenze, in BETTINELLI E., RIGANO F. (a cura di), La Riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale, Torino, 2004, p. 315; CARAVITA B., La Costituzione dopo la Riforma del Titolo V. Stato, Regioni ed autonomie fra Repubblica ed Unione europea, Torino, 2002, p. 144, che ritiene la normativa direttamente applicabile e non necessaria di legge attuativa. La prima impostazione è quella accolta dal d.d.l. S-615, perché “persegue più facilmente due obiettivi primari: un più ordinato e coordinato processo di attuazione; un più ampio coinvolgimento delle Camere” (Relazione illustrativa del d.d.l. S-615, p. 4).

⁴⁴⁴ Ad oggi (7 settembre 2023) il d.d.l. 615 è in corso di esame in Commissione Affari Costituzionali; è prevista l'emissione di un parere sul testo da parte di tutte le altre commissioni permanenti.

delle chiare eccellenze tanto in campo clinico, soprattutto in ambito ospedaliero, quanto sul piano economico finanziario, attirando da altre Regioni meno efficienti numerosi utenti; ha anche, contestualmente, manifestato alcune criticità, riconducibili a una selezione non ottimale delle aree pubbliche di intervento, soprattutto in ambito di servizi territoriali e di prevenzione.

Il SSR emiliano-romagnolo, pur nel rispetto dell'impianto organico disposto dal D.Lgs. 502/1992, si è prodigato di efficientare le funzioni erogative – soprattutto quelle distrettuali – facendo ricorso a dei modelli di gestione innovativi poi diventati d'ispirazione per soluzioni adottate a livello nazionale; ha attribuito corpose competenze agli enti locali, attraverso l'implementazione delle funzioni degli organismi partecipativi come il Comitato dei sindaci di distretto; ha conferito contestualmente ampia autonomia alle ASL nelle funzioni di programmazione, in concertazione con gli *stakeholder* territoriali pubblici e privati; sta, infine, operando per una revisione dei principi ispiratori del SSR in un'ottica di maggiore integrazione con altri settori e di potenziamento della medicina preventiva.

Il sistema sanitario pugliese si è invece dimostrato più resistente alle innovazioni portate dalle riforme degli anni Novanta: ciò che manca maggiormente è la separazione delle funzioni di programmazione da quelle erogative dei servizi, connessa all'istituzione di un numero ridotto di aziende ospedaliere; si è così preferito mantenere la gestione diretta della maggior parte dei presidi, causando frammentazione e disomogeneità dell'offerta, nonché difficoltà nell'erogazione efficace dei LEA; la scissione tra funzioni programmatiche ed erogative ha altresì stabilizzato, se non acuito, i problemi di deficit endemici del sistema regionale, costringendo negli anni alla sottoposizione di misure di rientro sempre più consistenti.

Da questa sintesi sembra che, in Italia, alcuni modelli siano risultati più funzionali di altri, soprattutto rispetto alla capacità di coniugare le esigenze di

bilancio con l'efficienza del sistema, al fine della garanzia delle prestazioni sanitarie.

Il modello integrativo delle Regioni meridionali sembra quello maggiormente in difficoltà nel raggiungimento di questo bilanciamento, a causa della difficoltà di innescare il meccanismo virtuoso di innalzamento del livello delle prestazioni a prezzi più concorrenziali; vi è da sottolineare, peraltro, che sulla capacità di introdurre dei correttivi pesa inevitabilmente la situazione economica complessiva delle Regioni in cui sussiste questo modello.

Il modello competitivo inaugurato dalla Lombardia ha avuto viceversa grande successo in termini economico-finanziari e si è caratterizzato anche per un alto livello delle prestazioni; ha dimostrato, contestualmente, alcuni limiti nel garantire l'accesso equo alle cure, a causa della debolezza esercitata in fase di regolazione prima, e in sede di integrazione del privato nella programmazione regionale poi.

Il modello integrato sembra essere il più idoneo a salvaguardare entrambi gli aspetti citati: la programmazione concertata permette di coprire in maniera omogenea le aree di bisogno, al contempo rendendo più tollerabili eventuali decisioni di riorganizzazione dei servizi; il resto del lavoro viene svolto poi dalla regione, regolando in maniera stringente l'ingresso degli operatori privati. Unico neo di questo sistema – lo si è visto per il caso emiliano-romagnolo – è la scarsa flessibilità nell'accettazione di nuove sperimentazioni gestionali, soprattutto quelle di forma mista pubblico-privato.

Ci si chiede se sia giusto che le Regioni abbiano avuto – ed abbiano in futuro – una tale libertà di scelta del modello da adottare, conferita tanto dalla flessibilità delle riforme degli anni Novanta quanto poi dalla riforma del Titolo V: sembra, infatti, che alcuni modelli abbiano dato una prova migliore di altri, tanto da

teorizzare una loro imposizione diffusa a tutte le Regioni⁴⁴⁵; ciò sarebbe coerente con le esigenze di uniformità sottese alla tutela della salute come teorizzata dal combinato disposto degli articoli 3, 32 e 117 co. 2 lett. m) della Costituzione⁴⁴⁶.

In assenza però di una simile scelta, resta comunque da chiedersi se queste differenziazioni siano compatibili o meno con la concezione di tutela della salute presente – al netto dell’evoluzione dottrinale e giurisprudenziale – nell’impianto costituzionale; se, in altre parole, le difformità tra i vari SSR siano tali, allo stato attuale, da compromettere l’unità del SSN e la sua garanzia di universalismo.

Questo tema era già presente prima del 2001, ed era stato risolto piuttosto facilmente verso un deciso ridimensionamento della regionalizzazione del comparto sanitario⁴⁴⁷. Qualcosa però è cambiato con la riforma del Titolo V: a voci della dottrina – invero piuttosto datate⁴⁴⁸ – che hanno cercato di ridimensionare le criticità di una eventuale regionalizzazione spinta del comparto, si è contrapposto col tempo chi vede per il futuro il rischio di una irreversibile compromissione dell’unità del sistema e di una incisione inaccettabile dello stesso nucleo duro del diritto alla salute⁴⁴⁹.

⁴⁴⁵ In una certa misura, in verità, ciò è accaduto in questi anni, come si è detto, rispetto all’adozione del modello delle case di comunità dopo la prova positiva dimostrata da questo strumento nel SSR emiliano-romagnolo.

⁴⁴⁶ Cfr. PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., pp. 415 e 417, che teorizza anche una costituzionalizzazione del modello di sistema sanitario.

⁴⁴⁷ Cfr. C. cost., sent. 245/1984.

⁴⁴⁸ Di questo parere era BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit., p. 159, che sottolineava come tra tutti i SSR solo il modello lombardo avesse una tendenza parzialmente “centrifuga” rispetto al SSN nel suo complesso; concetto ribadito anche in ID., *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazional-regionale*, in *Le Regioni*, 5/2005, pp. 717 ss., e in ID., *I servizi sanitari regionali*, in BALDUZZI R. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., che sottolinea come lo stesso dettato costituzionale, piuttosto incerto, non spinga a grandi slanci di innovazione normativa; per questo le Regioni così si sarebbero orientate su “aree di bisogno” quali la sostenibilità economica e l’appropriatezza delle prestazioni, puntando sulle competenze organizzative più che sul profilo normativo. Dello stesso avviso anche TARONI F., *Governi clinici fra speranze e delusioni*, in GRILLI R., TARONI F. (a cura di), *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell’assistenza*, Roma, 2005, pp. 330 ss.

⁴⁴⁹ Cfr. MORANA D., *Una differenziazione davvero necessaria?* cit., p. 245; PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., p. 416; PINELLI C., *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo*

La situazione, in verità, appare complessa, tanto da necessitare una lettura diversificata: anzitutto, occorre precisare che le differenze tra i SSR sono spesso influenzate da fattori esterni, soprattutto di ordine economico – come nel caso della definizione dei livelli di assistenza aggiuntivi – a prescindere dalle eventuali differenze riscontrabili nelle scelte normative ed amministrative; in questi casi, dunque, il ragionamento si dovrebbe spostare piuttosto sulla vocazione solidaristica che impernia la materia della tutela della salute e la sua declinazione nella cooperazione tra Regioni con i meccanismi perequativi previsti dal nostro ordinamento⁴⁵⁰.

Occorre peraltro sottolineare che i differenti modelli descritti presentano, indipendentemente dalla loro tipologia organizzativa e gestionale, alcuni elementi di omogeneità, su tutti la tendenza a convivere con una spesa sanitaria in costante crescita – pur con inevitabili differenze quantitative; l'esigenza di contenerla ha prodotto una generale convergenza verso singole soluzioni tipiche del modello cooperativo, che sembra rispondere meglio alla necessità di razionalizzazione e offre maggiori garanzie rispetto al controllo dei costi⁴⁵¹.

A ciò si aggiunga, come sottolineato in più punti di questo lavoro, che spesso le Regioni hanno preferito ricorrere alle sedi cooperative per concordare alcune linee d'indirizzo anche in ambiti in cui avrebbero potuto esercitare la propria

sanitario, in Corti supreme e salute, 3/2018, p. 663, che osserva come "il punto costituzionalmente più critico del sistema è che le differenziazioni fra modelli vanificano quell'eguaglianza fra cittadini nel godimento del diritto alla salute che costituisce l'orgoglio del nostro servizio sanitario. Più aumentano le differenziazioni, maggiori diventano le disparità fra Regioni in termini di efficienza e quindi di qualità del servizio reso".

⁴⁵⁰ Cfr. CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., p. 49.

⁴⁵¹ Anche se alcuni sottolineano come, più che il modello di riferimento, a pesare sulle situazioni dei singoli SSR siano fattori socio-economici esterni, ma anche la tradizione amministrativa e la forza della burocrazia territoriale delle singole Regioni. Cfr. BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, cit., pp. 212-213, che a sua volta richiama le statistiche pubblicate in BONI S., *I sistemi di governance dei servizi sanitari*, in *Quaderni Formez*, 57/2007, pp. 53 ss.

competenza, normativa o amministrativa, di fatto caratterizzandoli con una sorta di “isomorfismo istituzionale”⁴⁵²

Certo il discorso si fa più complesso se si ragiona in un’ottica futura: da un lato, la pandemia ha dimostrato – come si vedrà nel prossimo capitolo – che anche SSR di Regioni economicamente forti come la Lombardia possono andare in grande sofferenza a fronte di eventi emergenziali di grande portata; inoltre, con le previsioni contenute nel PNRR lo Stato ha voluto destinare una grande quantità di fondi al rimodellamento parziale del SSN, supportando economicamente le Regioni ma solo a fronte di interventi nella struttura dei sistemi regionali necessariamente omogenei. Questo, con ogni probabilità, porterà almeno in tali ambiti a un riavvicinamento tra le discipline dei singoli SSR.

D’altro canto, la nuova stagione politica potrebbe portare a un rinnovamento delle spinte autonomistiche inaugurate con le richieste di autonomia differenziata di Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia: come si è visto, le tre Regioni hanno richiesto competenze molto corpose in materia sanitaria oggi in mano allo Stato, tanto laddove la disciplina è prettamente statale – torna qui utile l’esempio del personale – quanto negli ambiti di legislazione concorrente in cui le norme di principio statali vengono vissute come troppo vincolanti.

Le richieste si concentrano su ambiti molto importanti: la già citata gestione del personale; la *governance* delle aziende sanitarie; la disciplina delle scuole di specializzazione; il rapporto con AIFA e la gestione delle autorizzazioni farmaceutiche; l’istituzione e la gestione di fondi sanitari integrativi.

⁴⁵² Definizione di BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit. p. 161, che porta come esempio quanto fatto in materia di rapporto con le università tramite protocolli d’intesa; procedura prima concordata in Conferenza Stato-Regioni e poi recepita anche nella legislazione nazionale. Cfr. sul punto anche CARBONE C., LEGA F., PRENESINI A., *La governance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare*, in CANTÙ E. (a cura di), *Rapporto OASI 2010*, cit., p. 364.

Se le competenze normative e amministrative in tali ambiti passassero in capo alle Regioni – aggiungendo così ulteriore spazio per delle previsioni peculiari, oltre a quelle già presenti soprattutto nei SSR lombardo ed emiliano-romagnolo – si aprirebbe la strada, a quel punto, a possibilità di differenziazione difficilmente conciliabili con la logica dell’unità del SSN. È una possibilità, prevista dalla nostra Costituzione, su cui però occorre riflettere con cautela, per non vanificare la portata di quanto previsto dall’art. 32 della Costituzione.

Sembra infatti imprescindibile, in via generale, declinare l’istituto del regionalismo differenziato nell’ottica solidaristica e collaborativa che informa lo stesso Titolo V; diversamente, si rischia, in un sistema finanziariamente impreparato e uscito ulteriormente indebolito come quello italiano, un aumento delle diseguaglianze nella garanzia dei diritti fondamentali⁴⁵³.

Ciò vale ancor di più in ambito sanitario, in cui la differenziazione “ordinaria” già percorsa e sperimentata ha portato a numerose criticità in tema di uguaglianza sostanziale a livello territoriale; sarebbe opportuno, in tal senso, che parallelamente al percorso di autonomia differenziata si individuino con accuratezza, a livello nazionale, gli specifici ambiti nei quali rafforzare l’autonomia regionale e quelli che invece debbano rimanere nel regime attuale delle competenze⁴⁵⁴.

⁴⁵³ Cfr. GALLO F., *Dal federalismo al regionalismo differenziato*, cit., p. 7, che ritiene necessaria a tal fine l’integrazione definitiva delle regole perequative nazionali, in particolare sul fronte del passaggio al sistema dei costi e dei fabbisogni *standard*; dello stesso avviso anche MORANA D., *Una differenziazione davvero necessaria?* cit., p. 244. Cfr. sul punto anche MARZUOLI C., *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C. (a cura di) *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., p. 4; SANDULLI M.A., *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato*, cit., p. 255.

⁴⁵⁴ Cfr. MORANA D., *Una differenziazione davvero necessaria?* cit., pp. 246 s., che parla in tal senso di “*approccio differenziato*”, caratterizzato da un’opera di rifinitura dell’assetto competenziale guidata da una “*valutazione di ragionevolezza e di proporzionalità*”. Dello stesso avviso anche BALDUZZI R., SERVETTI D., *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2019, p. 14, i quali sottolineano l’importanza di sottoporre le richieste di ulteriore differenziazione ad un “*test di proporzionalità*” che tenga conto del modo più o meno virtuoso in cui la regione richiedente ha esercitato lo spazio di autonomia di cui già costituzionalmente dispone.

Capitolo IV

LA TUTELA “MULTILIVELLO” DELLA SALUTE NEI PERIODI EMERGENZIALI: LA PANDEMIA COVID-19

1. Introduzione: il diritto dell'emergenza sanitaria come paradigma

Finora si è parlato di tutela della salute analizzando la disciplina settoriale vigente in momenti di ordinaria amministrazione. La normativa, che sia statale o regionale, di cui si è dato conto era (e non poteva essere diversamente) incentrata sull'organizzazione e il funzionamento delle pubbliche amministrazioni che si occupano di gestione organizzativa ed attività erogativa dei servizi sanitari nei periodi di normale funzionamento del sistema.

La tutela della salute, tuttavia, è comprensiva anche di un profilo “straordinario” legato ad emergenze sanitarie di diverso tipo, la cui origine non è certo recente, anzi: come visto nel capitolo I, fino a non molti decenni fa la tutela della salute era anche e soprattutto intesa come prevenzione pubblica avverso epidemie ed eventi affini, attraverso misure non solo di portata prettamente sanitaria, ma coinvolgenti anche aspetti della tutela dell'ordine pubblico.

Il costituente aveva bene in mente questo aspetto della tutela della salute, tanto da inserire, come anticipato nel primo capitolo, alcune disposizioni che permettessero esplicitamente la limitazione di libertà costituzionali per motivi sanitari. La disposizione che per prima viene in mente, in tale direzione, è l'art. 16 Cost., che permette la limitazione della libertà di circolazione e di soggiorno per motivi sanitari; ma anche la libertà personale, quella di riunione e di associazione, la libertà di culto e ogni altra libertà possono essere coinvolte in un bilanciamento con esigenze di tutela della salute.

La tutela della salute collettiva, dunque, può giustificare restrizioni più o meno estese ad altre libertà costituzionali; la dottrina e la giurisprudenza si sono peraltro interrogate su quali fossero i limiti a questo potere del pubblico e quale fosse il discrimine per ritenere una determinata istanza di tutela della salute sufficiente per legittimare un simile intervento; e ancora, quale e quanto sacrificio di un determinato diritto o libertà sia accettabile in ragione di istanze sanitarie¹. Si tratta di un tema molto ampio e particolarmente delicato, la cui soluzione è sempre stata basata sulle peculiarità del caso concreto.

La situazione tipica in cui questo conflitto tra diritti si manifesta dunque col verificarsi di eventi medico-sanitari di natura straordinaria, come per l'appunto epidemie e pandemie; tuttavia, con l'evoluzione economica, sociale, scientifica etc. avvenuta dal Secondo Dopoguerra in poi questi eventi, un tempo diffusi e frequenti, sono diventati sempre più rari; tantoché, per molte generazioni, i provvedimenti applicativi dei principali strumenti di contenimento epidemico (a partire dai c.d. cordoni sanitari) sono rimasti sconosciuti.

Questo aspetto della tutela della salute ha ricevuto una rinnovata attenzione con il verificarsi della pandemia² Covid-19. Se infatti dopo il 2000 vi erano stati dei casi di focolai epidemici – MERS, SARS, influenza aviaria e suina, etc. – che avevano suscitato risposte da parte non solo dei paesi coinvolti ma anche dei paesi terzi e dell'Organizzazione mondiale della sanità, tuttavia le minacce connesse non si erano mai estese a livello mondiale come avvenuto dalla fine del 2019 in poi.

Questa emergenza ha costretto ogni Stato del mondo ad attuare misure senza precedenti, tanto verso l'esterno quanto nell'organizzazione interna, con

¹ MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., p. 3.

² Con pandemia si intende un'epidemia che manifesta la tendenza a propagarsi rapidamente interessando più territori. Cfr. CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni*, cit., p. 739.

compressioni di libertà fondamentali cospicue per motivi sanitari³, a tal punto da suscitare inevitabilmente l'interesse degli esperti del diritto. Anche l'Italia non è rimasta esente da ciò, anzi: in quanto paese occidentale che per primo ha dovuto fronteggiare la diffusione massiccia del virus tra la popolazione, è stato anche il primo ad attuare misure restrittive mai sperimentate in precedenza, riscrivendo così completamente il diritto dell'emergenza.

Questo perché la Costituzione, diversamente da quanto previsto da altri ordinamenti, non contiene un vero e proprio "statuto" dell'emergenza, ma solo previsioni emergenziali puntuali per casi specifici⁴; in mancanza di ciò, è stata la legislazione ordinaria a fornire alcuni elementi operativi⁵. Ad inizio pandemia, la fonte principale a cui riferirsi è stata la normativa di protezione civile del 2018⁶; questa fonte era pensata però per rispondere ad emergenze circoscritte territorialmente e temporalmente (terremoti, inondazioni, focolai di malattie contagiose) e non per contrastare un'emergenza sanitaria simile a quella in cui è incorso il Paese dal febbraio 2020 ad oggi, attraverso restrizioni totali o parziali

³ Ritorna qui il tema, affrontato nel capitolo precedente, del ruolo della scienza, che funge da guida e insieme da limite alla discrezionalità normativa nella scelta delle politiche sanitarie. Per una disamina più approfondita cfr. CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni*, cit., pp. 741 s.

⁴ La previsione più rilevante è sicuramente quella dello stato di guerra (art. 78 Cost.); ma anche la disciplina del decreto-legge (art. 77) e quella dell'intervento sostitutivo (art. 120 co. 2) sono guidati da presupposti emergenziali circoscritti (i casi straordinari di necessità e urgenza da un lato, il pericolo grave per la sicurezza e l'incolumità pubblica dall'altro). Cfr. ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, in *Diritti regionali*, 1/2022, pp. 388 ss.; SPECCHIA M.C., LUCARELLI A., SALMONI F., *Sistema normativo delle fonti nel governo giuridico della pandemia. Illegittimità diffuse e strumenti di tutela*, in *Rivista AIC*, 1/2021, pp. 401-402, che evidenziano come la scelta fosse voluta dai Costituenti, preoccupati di fornire delle basi giuridiche per svolte autoritarie caratterizzate da concentrazione del potere e violazione dei diritti fondamentali dei cittadini.

⁵ Cfr. MORBIDELLI G., VOLPI M., FERONI G.C., *Diritto costituzionale comparato*, Torino, 2020, p. 125.

⁶ Cfr. CARAVITA B., *La sentenza della Corte sulla Valle d'Aosta: come un bisturi nel burro delle competenze (legislative) regionali* in *Federalismi.it*, 11/2021, pp. 2 ss., che sottolinea come tutta l'esperienza italiana della protezione civile, dalla prima legge del 1992 al D.Lgs. 1/2018, abbia affrontato il tema dell'emergenza; lo schema del decreto del 2018 (art. 24) è quello della dichiarazione dello stato di emergenza, che determina ambito di intervento e poteri delle ordinanze di protezione civile (art. 25), spettanti al Presidente del Consiglio dei ministri (art. 7), secondo i limiti tradizionali delle ordinanze contingibili e urgenti.

alla libertà di circolazione, coprifuoco, chiusure di attività produttive su larga scala, codificate con fonti e modalità inedite. Per giustificare queste misure, di volta in volta si è fatto richiamo, come ancoraggio costituzionale, alla tutela, in senso oggettivo, della salute collettiva, trattandosi di misure considerate necessarie per il contenimento del contagio⁷.

La Costituzione è “muta” anche rispetto alla suddivisione delle funzioni emergenziali tra livelli di governo; questione non di così pronta soluzione, in un Paese che dal 2001 ha virato fortemente verso la valorizzazione del pluralismo istituzionale. Anche le caratteristiche della singola emergenza influiscono su questo dibattito: nel caso della pandemia Covid-19, è evidente che sia stata investita una pluralità di ambiti territoriali, a cui corrispondono diversi centri di potere, capaci tutti in astratto di adottare scelte normative ed amministrative rilevanti⁸; tuttavia, le dimensioni del fenomeno pandemico e la necessità di risposte unitarie (o quantomeno coordinate) porterebbero a optare per la centralizzazione delle decisioni di governo dell'emergenza⁹.

Contemperare queste due tendenze opposte è stata una delle sfide più difficili che sono state affrontate in Italia durante la pandemia, dal punto di vista giuridico: l'emergenza sanitaria è stata affrontata secondo un assetto dei rapporti

⁷ MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, cit., p. 4.

⁸ A favore di un coinvolgimento delle istituzioni regionali nel governo della pandemia, vi è anzitutto la constatazione fattuale che la pandemia non ha assunto le medesime caratteristiche quantitative e qualitative nei vari territori interessati; un assetto regionalizzato sembra essere il migliore per una gestione più efficiente di queste peculiarità. In secondo luogo, occorre sottolineare come la gestione emergenziale passi necessariamente dall'utilizzo di strumenti eterogenei, tanto normativi quanto amministrativi; le Regioni dispongono di titoli di legittimazione a intervenire in entrambe queste tipologie di competenza. Cfr. CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni*, cit., pp. 744 s.

⁹ A favore di questa lettura si può dire che le evidenze scientifiche dimostrano quanto sia illusorio pensare di circoscrivere il contagio occupandosi esclusivamente dei soggetti appartenenti alle popolazioni coinvolte – data la natura dell'organismo patogeno, la facilità di trasmissione del medesimo, la varietà dei mezzi di circolazione delle persone, etc. A ciò si aggiunga che una pandemia può essere efficacemente fronteggiata attraverso l'adozione di misure contenitive che limitino i diritti fondamentali, per le quali la Costituzione contempla riserve di fonti primarie dello Stato – in ragione della dimensione necessariamente unitaria di quei diritti. Cfr. CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni*, cit., pp. 743 ss.

tra lo Stato e le Regioni inedito e magmatico, in cui la normale configurazione dei rapporti centro-periferia, in nome della rapida ed efficace soluzione dei problemi legati all'emergenza, è stata parzialmente stravolta¹⁰.

In questo capitolo si cercherà anzitutto di ricostruire, attraverso un riepilogo delle tappe dell'emergenza COVID-19, la normativa adottata per farvi fronte; successivamente, verranno inquadrare le principali problematiche di sistema emerse rispetto alla gestione dell'emergenza a livello normativo ed amministrativo, con l'ausilio della giurisprudenza costituzionale che si è susseguita negli ultimi tre anni. Particolare attenzione verrà posta, ovviamente, sull'altalenante assetto creatosi in fase emergenziale tra livelli territoriali, talvolta tendente allo scontro istituzionale, talvolta piegato a logiche di cooperazione.

L'obiettivo finale è cercare di capire quali siano i profili costituzionali di questo nuovo "diritto dell'emergenza" – compreso quello legato alla suddivisione delle competenze per la sua adozione tra Stato e Regioni – e se l'esperienza giuridica maturata nel periodo emergenziale possa fungere da fonte per una risposta normativa ed amministrativa più efficace e celere a situazioni analoghe che potranno verificarsi in futuro.

2. La ricostruzione storica della pandemia in Italia

Per avere una efficace panoramica delle misure adottate per fronteggiare l'emergenza è necessario offrire un riepilogo storico dell'evoluzione storica dell'epidemia in Italia: le scelte normative ed esecutive effettuate di volta in volta sono state infatti fortemente influenzate dall'andamento oscillante della diffusione del virus, che ad oggi conta quattro "ondate" dichiarate – più

¹⁰ Cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, in *Osservatorio sulle fonti*, fascicolo speciale/2020, p. 378.

numerose altre susseguitesesi dopo l'allentamento delle misure restrittive – alternate a periodi di latenza.

La riflessione storica termina con il periodo di adozione delle ultime previsioni di contenimento del virus che hanno costituito una novità nel nostro panorama giuridico – obbligo vaccinale e *green pass*; le misure adottate successivamente – fino al 31 marzo 2022, data in cui è cessato lo stato di emergenza dichiarato il 31 gennaio 2020 – sono consistite in riproposizioni di quelle già adottate.

2.1. Lo scoppio dell'epidemia a Wuhan e le prime misure di profilassi internazionale

Come risaputo, il primo focolaio di Covid-19 è stato localizzato nella città di Wuhan, in Cina, dove già da inizio dicembre 2019 gli enti sanitari avevano segnalato la presenza di polmoniti dai profili diagnostici anomali; col diffondersi della pandemia oltre i confini cinesi, l'Organizzazione mondiale della sanità¹¹ ha chiesto agli stati membri l'adozione di misure di profilassi internazionale già sperimentate con crisi simili come quella della SARS nel 2003 (controlli alle frontiere aeree, restrizioni per i voli dalla regione colpita, etc.).

Questo ha permesso, almeno fino alla metà di gennaio 2022, che il diffondersi dell'epidemia fuori dai confini cinesi si limitasse a pochi casi isolati facilmente arginati dalle autorità nazionali¹²; per questo motivo, non si aveva il sentore che

¹¹ L'OMS ha individuato negli anni sei distinte fasi di decorso di una epidemia: 1) nessuno dei virus che normalmente circola fra gli animali è causa di infezione per l'uomo; 2) un virus che sta circolando fra animali domestici o selvatici ha infettato persone venute a stretto contatto con animali infetti; 3) un virus animale ha infettato un gruppo di persone, ma la trasmissione fra esseri umani è assente o fortemente limitata; 4) per un virus è possibile la trasmissione umana; 5) per un virus è possibile la trasmissione umana e sono presenti gruppi di persone infette in almeno due stati appartenenti alla stessa regione; 6) per un virus è possibile la trasmissione umana e sono presenti gruppi di persone infette in almeno due regioni del mondo, oltre alla condizione della fase 5. Cfr. CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni*, cit., p. 739 (nota 2).

¹² In Italia i primi pazienti positivi al Covid-19 sono stati individuati in due turisti di nazionalità cinese, sbarcati in Italia alla fine di gennaio e subito confinati all'Ospedale Spallanzani a Roma.

i piccoli focolai epidemici di Covid-19 potessero poi estendersi fino ad acquisire portata pandemica, risolvendosi la questione come accaduto in passato per altre epidemie come SARS, H1-N1, etc.

Anche in Italia le prime misure sono state adottate in linea con quelle utilizzate in passato per focolai epidemici circoscritti. La primissima¹³, di natura prettamente amministrativa, è stata adottata il 22 gennaio 2020 con la Circolare n. 1997 del Ministero della salute¹⁴: si è trattato di un documento conoscitivo che anzitutto ricostruiva le primissime fasi dello sviluppo del focolaio pandemico di Wuhan, segnalando poi i sintomi più comuni del nuovo tipo di polmonite¹⁵; seguiva, poi, un richiamo ai casi verificati di trasmissione al di fuori del territorio cinese, con la segnalazione in accordo con il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie¹⁶ del rischio moderato di introduzione dell'infezione in Europa.

Sono stati, poi, oggetto di attenzione i voli diretti con la regione di Wuhan, con l'indicazione diretta ai presidi ubicati presso l'aeroporto di Roma – Fiumicino di attivare i protocolli¹⁷ di verifica e trasferimento di eventuali casi sospetti¹⁸ all'Istituto Spallanzani di Roma.

¹³ Per una elencazione esaustiva e aggiornata degli atti normativi ed amministrativi legati all'emergenza, si veda il pregevole lavoro di riepilogo contenuto nel dossier di DRIGO C., MORELLI A., *L'emergenza sanitaria da COVID-19. Normativa, atti amministrativi, giurisprudenza e bibliografia*, in *Diritti regionali*, 11 maggio 2020.

¹⁴ Nella gestione ordinaria degli eventi epidemici, la competenza ad emanare misure amministrative è del Ministero della Salute, nello specifico della Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio 05 – Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale. Si noti qui il richiamo alla materia di competenza esclusiva statale poi ripreso più volte per giustificare le misure emergenziali.

¹⁵ Era già presente l'avvertenza che la malattia potesse manifestarsi anche in forme gravi e che fosse maggiormente incisiva su soggetti con patologie pregresse, p. 2 della circolare 1997.

¹⁶ Da qui in poi ECDC.

¹⁷ Disciplinati dal Regolamento sanitario internazionale del 2005.

¹⁸ L'allegato 1 alla circolare ha indicato poi i criteri per qualificare un caso come sospetto: caratteristiche mediche, provenienza, contatti con positivi accertati, etc.; erano qui già presenti molti degli elementi poi utilizzati anche nel proseguo della pandemia.

Alla circolare è seguita poi l'ordinanza del ministro della Salute del 25 gennaio¹⁹, che recava in premessa le fonti normative tradizionalmente richiamate per le misure legate ad eventi epidemici. Oltre agli articoli 32, 117 co. 2 lett. q) – profilassi internazionale – e 118 della Costituzione, sono stati citati prima l'art. 168 TFUE²⁰ e successivamente l'art. 32 l. 833/1978, che regola il potere di ordinanza del Ministro della sanità *“in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria”*; nelle medesime materie è previsto l'esercizio del potere di ordinanza a cura del Presidente della Giunta regionale e del Sindaco, per i rispettivi territori di competenza²¹.

L'ordinanza, in sostanza, ha posto come norma secondaria quanto già previsto dalla circolare del 22 gennaio rispetto ai controlli e al confinamento dei casi sospetti, estendendo l'obbligo di rispetto delle misure di sorveglianza sanitaria a *“tutti i passeggeri sbarcanti in Italia e provenienti con volo diretto da Paesi comprendenti aree in cui si è verificata una trasmissione autoctona sostenuta del nuovo Coronavirus”*²².

¹⁹ Ord. 25 gennaio 2020 del Ministro della salute, n. 20A00618, *“misure profilattiche contro il nuovo coronavirus”*. La durata di tale misura è stata disposta in novanta giorni. Cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 380.

²⁰ Nel TFUE viene dedicato alla sanità pubblica l'intero Titolo XIV; questo perché, lo si ricorda, l'art. 4 dello stesso trattato prevede la competenza concorrente con quella degli Stati membri in materia di *“problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica, per quanto riguarda gli aspetti definiti nel presente trattato”*.

Nello specifico, l'art. 168 prevede che l'Unione garantisce nelle proprie politiche e attività *“un livello elevato di protezione della salute umana”*; la propria azione *“completa le politiche nazionali”* e *“si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale”*; l'Unione, ancora, *“incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri”* in materia sanitaria e questi ultimi *“coordinano tra loro [...] le rispettive politiche ed i rispettivi programmi”*.

²¹ Nell'ordinanza, a completamento, venivano richiamati anche il T.U. delle leggi sanitarie, R.D. 1265/1934, il quale è ancora in vigore in alcune sue parti; l'art. 117 D.Lgs. 112/1998, che prevede, per le emergenze sanitarie a carattere locale, che il potere di ordinanza spetti al sindaco, mentre negli altri casi spetta allo Stato o alle Regioni in ragione della dimensione dell'emergenza e dell'eventuale interessamento di più ambiti territoriali regionali; infine, il D.P.C.M. 11 febbraio 2014, n. 59, recante il *“regolamento di organizzazione del Ministero della salute”*.

²² Art. 1 co. 1 Ord. min. 25 gennaio cit. Di fronte però all'aumentare dei casi nel mondo, il Ministero della salute ha emanato già a distanza di due giorni una nuova circolare (Circ. del 27/01/2020, *“Epidemia cinese da coronavirus nCoV: Misure urgenti a tutela della salute pubblica. Divieto di atterraggio di tutti i voli provenienti dalla Cina negli aeroporti di Ciampino, Roma Urbe, Perugia,*

2.2. Dalla dichiarazione dello stato di emergenza alle prime ordinanze regionali

Fino a quel momento le misure intraprese si sono collocate all'interno dell'ordinaria gestione di focolai epidemici esteri, con competenza strettamente in mano allo Stato sotto il profilo della profilassi internazionale; di fronte però all'aggravarsi della condizione epidemiologica nel mondo, a fine gennaio si è reso necessario un cambio di approccio sul piano giuridico-normativo. A seguito, infatti, della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica dell'OMS del 30 gennaio 2020, l'esecutivo nazionale ha deciso che da una gestione ordinaria fosse necessario passare a strumenti straordinari, con nuovi organi coinvolti oltre al Ministero e nuove fonti normative utilizzate.

Ha fatto da spartiacque la Delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, contenente la *"Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"*, della durata di sei mesi. Nelle premesse al provvedimento si nota un cambio deciso di riferimenti normativi rispetto alle fonti ordinarie dell'emergenza sanitaria: veniva richiamato, in particolare, il D.Lgs. 2 gennaio 2018, n. 1 – meglio noto come *"Codice della protezione civile"* – nello specifico l'art. 7 co. 1 lett. c) e l'art. 24 co. 1. Essi prevedono, per emergenze classificate come *"di rilievo nazionale connesse con eventi calamitosi"*, l'impiego di *"mezzi e poteri straordinari da impiegare*

Ancona") con cui ha disposto il divieto di atterraggio di tutti i voli provenienti dalla Cina negli aeroporti del centro Italia, con conseguente dirottamento presso l'Aeroporto di Fiumicino, attrezzato per le misure di controllo e quarantena precedentemente disposte; è seguita poi a distanza di pochi giorni un'ulteriore ordinanza del Ministero – Ord. min. 30 gennaio 2020, n. 20A00738 – che, constatato *"l'evolversi della situazione epidemiologica, del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e del notevole incremento dei casi e decessi notificati all'OMS"*, ha disposto l'interdizione totale del traffico aereo dalla Cina.

durante limitati e predefiniti periodi di tempo”, previa deliberazione dello stato d'emergenza di rilievo nazionale²³.

Il Codice della Protezione civile prevede, per l'appunto, una durata semestrale di vigenza per lo stato di emergenza per il rischio sanitario; la delibera consiliare 31 gennaio 2020 disponeva, altresì, che eventuali interventi integrativi – *ex art. 25 co. 2 lett. a) e b) D.Lgs. 1/2018* – dovessero essere disposti con ordinanze del Capo del Dipartimento della protezione civile in deroga ad ogni disposizione vigente, col solo limite del rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico²⁴. Importante in ottica cooperativa era, infine, la previsione che l'adozione delle ordinanze dovesse essere anticipata dalla conclusione di un'intesa con i Presidenti delle Regioni interessate²⁵.

Si è passato, dunque, ad una normazione effettuata col modello dell'ordinanza di protezione civile, cercando di circoscrivere la materia per renderla di competenza provvisoria del Capo della Protezione civile. Questo approccio è stato utilizzato, però, solo nelle poche settimane successive, quelle in cui la situazione epidemiologica in Italia è apparsa stabile, con pochi casi isolati perlopiù confinati dopo il ritorno da viaggi dall'estero. È continuata, quindi, l'emanazione di circolari amministrative del Ministero²⁶ a regolare aspetti specifici dell'emergenza, cui sono seguite a ruota le prime ordinanze del Capo

²³ La deliberazione deve fissare la durata e l'estensione territoriale delle misure, autorizzando inoltre l'emanazione delle ordinanze di protezione civile di cui all'articolo 25 del D.Lgs. 1/2018. Si tratta di una norma scritta nel 2018 in modo tale da essere utilizzata per fronteggiare calamità naturali e qui “adattata” alle caratteristiche particolari del caso.

²⁴ Tra i primi provvedimenti adottati, l'ordinanza del Capo del Dip. Protezione civile del 3 febbraio 2020, n. 630, istitutiva del Comitato tecnico-scientifico (art. 2) preposto al monitoraggio tecnico della pandemia nel Paese.

²⁵ Nel caso di misure riguardanti l'intero territorio nazionale, l'intesa compete al Presidente della Conferenza delle Regioni. Cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 381.

²⁶ Come la Circolare del 3/2/2020, n. 3190, sempre a cura della Dir. Generale della prevenzione sanitaria, contenente le prime “*indicazioni per gli operatori dei servizi a contatto con il pubblico*”, in particolare le strutture sanitarie.

del Dipartimento di Protezione civile²⁷; si è trattato, in sostanza, di una “ibridazione” tra sistema di protezione civile²⁸ e fonti ministeriali²⁹.

Dalla terza decade di febbraio, tuttavia, hanno cominciato a manifestarsi anche in Italia i primi focolai dell’epidemia³⁰, a cui faceva seguito l’utilizzo di un diverso strumento per il contrasto all’emergenza, attraverso il potere di ordinanza d’intesa tra il Ministero della salute e le Regioni; le prime Regioni interessate sono state Lombardia (21 febbraio³¹) e Veneto (22 febbraio), entrambe alle prese con focolai che sembravano territorialmente circoscritti³². Le misure adottate con quelle ordinanze si sono mosse verso l’interdizione di eventi e attività giudicate non essenziali³³.

Sono seguite a quel punto le prime misure anche da parte di Regioni senza focolai covid. La prima a muoversi è stata la Sardegna, che con ordinanza 22/02/2020 n. 1³⁴ ha disposto le prime misure restrittive della libertà di circolazione sul

²⁷ Ord. n. 630 del 3 febbraio 2020, “*Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all’emergenza relativa al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*”.

²⁸ Il quale, lo si ricorda, è competenza concorrente ex art. 117 co. 3 Cost.; anche la normativa di protezione civile, inoltre, ha sempre spinto prima per il policentrismo dell’organizzazione di protezione civile (l. 225/1992), poi per l’attuazione coordinata delle misure tra livelli di governo (art. 2 co. 6 D.Lgs. 1/2018). Ne è espressione anche quanto previsto dall’art. 25, che prevede per l’adozione delle ordinanze *extra ordinem* l’acquisizione dell’intesa tra Stato e Regioni interessate.

²⁹ Cfr. ESPOSITO T., *La gestione dell’emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., pp. 394 ss.

³⁰ Tra le primissime zone colpite il lodigiano, con la città di Codogno divenuta tristemente nota come luogo di residenza del primo contagiato e della prima vittima italiani, e la cittadina di Vo’ Euganeo in provincia di Padova.

³¹ Ordinanza 21 febbraio 2020, n. 2230 del Ministero della salute, di intesa col Presidente di Regione Lombardia.

³² Per la Lombardia, la situazione degli ospedali di Codogno e Lodi e del relativo *cluster* di comuni; per il Veneto, la situazione degli Ospedali Riuniti Padova Sud e del relativo *cluster* di provenienza, il comune di Vo’ Euganeo.

³³ Si ricordano la sospensione delle manifestazioni pubbliche e delle attività commerciali escluse quelle di pubblica utilità e i servizi essenziali; la sospensione delle attività lavorative ad esclusione di quelle eroganti servizi essenziali; la sospensione della frequenza delle attività scolastiche e dei servizi educativi. Tra le differenze riscontrate nelle due ordinanze, significativa è l’assenza nell’ordinanza lombarda dell’interdizione al pubblico delle strutture ospedaliere e della sospensione dell’attività ordinaria programmata, previste invece per l’ospedale di Padova.

³⁴ “*Ordinanza contingibile e urgente per l’attuazione delle disposizioni del Ministero della Salute emanate in data 21 febbraio 2020 contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19*”.

territorio nazionale³⁵; sono seguite poi altre ordinanze regionali, d'intesa col Ministero della salute³⁶, volte al contenimento del contagio per alcuni specifici focolai³⁷ e contenenti limitazioni rilevanti di diritti costituzionali³⁸. La durata delle ordinanze è stata fissata più o meno omogeneamente in una settimana; per quanto concerneva le sanzioni, è stato disposto il rinvio all'art. 650 c.p. per la violazione del rispetto delle misure di contenimento.

2.3. Il diffondersi dell'epidemia e le prime misure legislative nazionali

Nel giro di poche ore, tuttavia, la situazione epidemiologica si è aggravata, tanto a livello internazionale – rendendo inefficaci le disposizioni sulle limitazioni agli scambi aerei con la sola Cina – quanto a livello nazionale, con l'emersione di *cluster* epidemici praticamente in ogni Regione italiana. Ciò ha comportato il superamento del binomio ordinanza ministeriale – provvedimenti di protezione civile: il governo ha deciso di prendere misure in forma di atto avente forza di legge, anche per evitare che le Regioni si muovessero in ordine sparso per anticipare le previsioni nazionali.

È stato così emanato il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, *“Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”*. Il testo richiamava gli artt. 77 e 87 Cost., testimonianti il collegamento alla

³⁵ Quarantena con sorveglianza attiva per quattordici giorni per soggetti risultati contatti stretti con casi confermati positivi al Covid-19, art. 1 Ord. min. cit.; *“permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva”* per i soggetti che negli ultimi 14 giorni avessero fatto ingresso in Italia dopo aver soggiornato nelle aree della Cina interessate dall'epidemia, Art. 2.

³⁶ La prima è l'ordinanza 23 febbraio 2020, n. 20A01276, concertata col Presidente del Friuli-Venezia Giulia. Hanno fatto seguito nella medesima data Emilia-Romagna e Piemonte, con contenuti analoghi, così come per Regione Liguria il giorno successivo.

³⁷ Per esempio, l'ordinanza di cui poco *supra* è stata disposta in considerazione dell'aumento dei casi in alcuni comuni del Veneto al confine con il Friuli.

³⁸ Come la sospensione di manifestazioni o iniziative ed altri eventi in luogo pubblico o privato; la chiusura dei servizi educativi dell'infanzia e delle scuole di ogni ordine e grado; la sospensione dell'apertura al pubblico di musei; le limitazioni dell'accesso dei visitatori agli ospiti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

situazione di necessità e urgenza dell'intervento per giustificare il ricorso alla misura.

Anzitutto vi era contenuta la previsione³⁹ che delegava alle autorità genericamente competenti la funzione di adottare *“ogni misura di contenimento e gestione adeguata e proporzionata all'evolversi della situazione epidemiologica”* nei comuni o nelle aree in cui risultasse positiva almeno una persona di cui non si conosceva la fonte di trasmissione. Veniva, poi, elencata (comma 2 dell'art. 1) una serie di misure adottabili e incidenti in maniera corposa sulla libertà di circolazione (divieto di allontanamento dal o di accesso nel territorio comunale) e su altri diritti costituzionali (allo studio, di culto, di impresa, all'attività sportiva, etc.)⁴⁰.

L'art. 3, infine, ha stabilito come fonte privilegiata per l'attuazione delle misure il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentiti i ministri competenti e i Presidenti delle Regioni interessate⁴¹; è cambiato dunque il meccanismo di cooperazione con gli enti regionali, fino ad allora consistito nel raggiungimento

³⁹ Art. 1 D.L. 6/2020 v.t.

⁴⁰ Ad eccezione dei divieti di allontanamento dal e di accesso nel territorio comunale, i restanti provvedimenti previsti non erano dissimili da quelli enucleati nei giorni precedenti prima nelle ordinanze di valenza regionale: sospensione delle manifestazioni (anche sportive) e delle fiere; sospensione dell'attività scolastica; chiusura delle attività produttive e degli uffici pubblici, etc. Il catalogo delle misure era solo meramente esemplificativo, potendo il D.P.C.M. attuativo individuarne altre; in questo caso, sembra evidente la criticità rispetto al principio di legalità, tantoché nella sent. 198/2021 (dedicata alle misure del successivo D.L. 19/2020) ne è stata implicitamente dedotta l'illegittimità, cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 384; MORELLI A., *Le “convergenze parallele” dei modelli di normazione impiegati per fronteggiare la pandemia: “stato di emergenza” e “stato di necessità” alla luce della sent. n. 198/2021 della Corte costituzionale*, in *Nomos*, 2/2021, p. 3.

⁴¹ Su proposta del Ministro della salute. Inoltre, se la misura avesse riguardato una singola regione, avrebbe dovuto obbligatoriamente essere sentito il Presidente della regione stessa; se invece avessero riguardato il territorio nazionale, avrebbe dovuto essere sentito il Presidente della Conferenza dei presidenti delle Regioni. Si è notato come, in questo frangente, il Governo abbia deciso di lasciar fuori dal circuito decisionale il sistema delle Conferenze; in particolare, la Conferenza Stato-Regioni si è riunita in questa fase dell'emergenza più volte senza trattare temi emergenziali. Probabilmente questa scelta è stata dettata dalle esigenze di celerità nell'adozione dei provvedimenti, cfr. CATELANI E., *Centralità della conferenza delle Regioni e delle province autonome durante l'emergenza COVID-19? Più forma che sostanza*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2/2020., pp. 506 ss.

dell'intesa con i rispettivi rappresentanti politici⁴². Nelle more dell'adozione dei D.P.C.M., le misure di contenimento potevano essere adottate, dal Presidente di Regione o dal Sindaco, tramite ordinanza ai sensi dell'art. 32 l. 833/1978, art. 117 D.Lgs. 112/1998 e art. 50 TUEL⁴³. L'attuazione del monitoraggio delle misure era posta in capo al Prefetto⁴⁴.

Le misure contemplate dal decreto-legge sono state, poi, oggetto di concreto utilizzo dal primo D.P.C.M. del 23 febbraio⁴⁵, che ha disposto l'attuazione delle misure di contenimento individuate nel D.L. 6/2020⁴⁶ in alcuni comuni⁴⁷ delle

⁴² Del dibattito nato su questa scelta si parlerà *infra*, par. 2.2; si segnala solo che, in verità, i provvedimenti di protezione civile sono stati assunti anche successivamente; ne sono un esempio le “Misure operative di protezione civile per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19” fornite dal Dipartimento della protezione civile il 4 marzo 2020, in cui è riportata la definizione della catena di comando e controllo, del flusso delle comunicazioni e delle procedure da attivare in relazione allo stato emergenziale determinato dal diffondersi del virus. Il documento coordina le attività al livello nazionale, regionale, provinciale e comunale secondo una logica fortemente integrata, lasciando poi intendere che l'attuazione degli aspetti medico-scientifici relativi al COVID-19 dovevano gravare su tutti enti territoriali. In sostanza, quindi, gli apparati responsabili della gestione della crisi sono andati avanti nelle loro attività a prescindere dal cambio di prospettiva appena delineato. Cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., pp. 385 ss.

⁴³ Sulle quali comunque avrebbero prevalso gli effetti delle ordinanze già adottate dal Ministro della salute.

La portata di questa disposizione non è da subito sembrata chiara: alcuni ne hanno dedotto l'apertura alla concorrenza tra atti statali e ordinanze “locali”, cfr. DI COSIMO G., MENEGUS G., *L'emergenza Coronavirus tra Stato e Regioni: alla ricerca della leale collaborazione*, in *Rivista di BioDiritto*, fasc. speciale 1/2020, pp. 186 ss. ; altri, invece, l'hanno derubricata a “contentino” rispetto alla riduzione del coinvolgimento regionale nell'adozione delle misure, peraltro rimodulata nella legge di conversione, cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 63.

⁴⁴ Cfr. ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., p. 403; MASALA P., *I diritti fra Stato e Regioni nell'emergenza sanitaria, a vent'anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale “ribilanciamento” occorre realizzare, per una più efficace garanzia dell'uguaglianza sostanziale?* in *costituzionalismo.it*, 1/2021, p. 169.

⁴⁵ D.P.C.M. 23 febbraio 2020, n. 20A01228, “Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”.

⁴⁶ Tra cui divieto di allontanamento ed accesso dai comuni, sospensione di manifestazioni o iniziative di qualsiasi natura, qualsiasi altra riunione, sospensione dei servizi educativi dell'infanzia e delle scuole di ogni ordine e grado, sospensione di tutte le attività commerciali, sospensione dello svolgimento delle attività lavorative per i lavoratori residenti o domiciliati nel comune.

⁴⁷ Indicati nell'allegato 1.

Regioni Lombardia e Veneto particolarmente colpiti dall'epidemia; la durata dell'ordinanza è stata fissata in 14 giorni.

In considerazione dell'evoluzione epidemiologica, è seguita, però, già il 25 febbraio⁴⁸ una integrazione, che ha esteso a "tutti i comuni" di Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Liguria e Piemonte alcune misure restrittive⁴⁹; è stato, altresì, esteso⁵⁰ il lavoro agile per i datori di lavoro avente sede nelle Regioni destinatarie delle altre misure e per i lavoratori ivi residenti o domiciliatari.

Sono rimaste comunque efficaci le misure contenute nelle ordinanze adottate d'intesa con gli esecutivi regionali; previsione che – assieme a quanto previsto dall'art. 3 co. 2 D.L. 6/2020 sull'emanazione di ordinanze regionali integrative – ha permesso la proliferazione smodata delle fonti emergenziale⁵¹, producendo una poco pratica stratificazione in cui si rendeva complicato capire quali misure fossero in vigore per il singolo territorio⁵².

⁴⁸ D.P.C.M. 25 febbraio 2020, n. 20A01278, "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19". L'integrazione si era resa necessaria visto l'intervento di nuove ordinanze specifiche per altre Regioni.

⁴⁹ Sospensione degli eventi e delle competizioni sportive, dei viaggi di istruzione e simili; riammissione nelle scuole di ogni ordine e grado per assenze dovute a malattia previa presentazione di certificato; etc.

⁵⁰ Art. 2 D.P.C.M. 25 febbraio 2020.

⁵¹ È qui che si è registrato il primo "scontro" istituzionale tra Stato e Regioni. Il 25 febbraio 2020 il Presidente della regione Marche, ritenendo insufficiente quanto previsto per il proprio territorio dal D.P.C.M. del giorno precedente, ha emanato un'ordinanza che ha disposto la sospensione dell'attività scolastica di ogni ordine e grado compresa quella universitaria su tutto il territorio regionale. Il Governo ha prontamente impugnato l'atto di fronte al TAR Marche; il ricorso è stato accolto nella fase cautelare, mentre quella di merito non si è celebrata per il venir meno della materia del contendere. cfr. CATELANI E., *Centralità della conferenza delle Regioni e delle province autonome durante l'emergenza COVID-19? Più forma che sostanza*, cit., p. 511; DI COSIMO G., MENEGUS G., *La gestione dell'emergenza Coronavirus tra Stato e Regioni*, cit., p. 7.

⁵² Cfr. CHERCHI R., DEFFENU A., *Fonti e provvedimenti dell'emergenza sanitaria tra Stato, Regioni ed enti locali*, in *Diritti regionali*, 1/2020, p. 672; DI CAPUA V., *Il nemico invisibile. La battaglia contro il Covid-19 divisa tra Stato e Regioni*, in *federalismi.it*, 20 maggio 2020, p. 11; LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 378; MORELLI A., *I rapporti tra i livelli di governo alla prova dell'emergenza sanitaria*, in *Quaderni costituzionali*, 4/2020, p. 749.

2.4. Lo scoppio della pandemia nel nord Italia

Nonostante l'adozione delle misure di cui sopra, già a fronte di numeri piuttosto esigui le Regioni non sono riuscite a produrre un efficace tracciamento dei contagi e, di conseguenza, un efficace applicazione delle misure di contenimento domiciliare dei casi sospetti⁵³; tutto ciò mentre il Ministero ha iniziato a diramare le prime linee guida per il trattamento dei pazienti cronici⁵⁴ e per le valutazioni sulle guarigioni⁵⁵.

Di conseguenza, la situazione dell'epidemia si è aggravata, allargandosi a interi territori regionali e rendendo necessario un ulteriore intervento con D.P.C.M. 1 marzo 2020⁵⁶, il primo di una lunga serie a prevedere misure diversificate a seconda del territorio e delle caratteristiche locali della diffusione del virus: sono stati individuati anzitutto alcuni comuni – ulteriori rispetto a quelli dei precedenti decreti – per i quali sono state disposte misure restrittive della libertà di circolazione⁵⁷. Il decreto ha poi previsto per altre Regioni e province⁵⁸

⁵³ Come testimoniato dalla Circolare del Ministero del 27 febbraio 2020, n. 6360.

⁵⁴ Circolare del 29 febbraio 2020, Direzione generale della Programmazione sanitaria, *“Trasmissione linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19”*. Le linee di indirizzo erano per le Regioni, obbligate a predisporre un piano di emergenza per la gestione dei pazienti critici affetti da COVID-19, con particolare riguardo all'adeguato numero di posti letto in TL.

Altra misura indirizzata alle Regioni è stata l'individuazione di uno o più covid-hospital, o quantomeno di postazioni isolate in ogni struttura ospedaliera per l'osservazione di pazienti intensivi con sospetta infezione da Sars-cov-2.

⁵⁵ Circolare del 28 febbraio 2020, n. 6607, recante il *“parere del CSS: definizione di Paziente guarito da Covid-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2”*.

⁵⁶ Resosi necessario anche perché erano in scadenza le misure del precedente decreto del 25 febbraio; il nuovo D.P.C.M. ha spiegato anche che si ritenesse *“necessario disciplinare in modo unitario il quadro degli interventi e delle misure”*, considerati ormai *“le dimensioni sovranazionali del fenomeno epidemico e l'interessamento di più ambiti sul territorio nazionale”*.

⁵⁷ Cfr. allegato 1 al decreto. Tra le misure, spiccavano il divieto di allontanamento da parte di chiunque fosse presente nei comuni individuati; il divieto di accesso negli stessi; la sospensione delle manifestazioni e, in generale, tutte le attività vietate o limitate dai precedenti D.P.C.M.

⁵⁸ Allegati 2 e 3 del decreto.

interessate in maniera minore dal contagio misure più miti⁵⁹; si è deliberata, infine, una serie di misure minime estese a tutto il territorio nazionale⁶⁰. Nel D.P.C.M. sono state predisposte poi⁶¹ indicazioni per gli operatori di sanità pubblica – in particolare, MMG e PLS – per l’orientamento del servizio alla gestione pandemica⁶².

In questa fase il governo ha varato anche i primi aiuti economici, con decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9; si è trattato perlopiù di previsioni economiche riguardanti la dilazione dei pagamenti tributari e dei servizi essenziali e il rinvio di altre attività sospese in ragione dell’emergenza⁶³. Il decreto conteneva anche disposizioni di ambito sanitario: sono stati anzitutto equiparati quarantena e isolamento al ricovero ospedaliero⁶⁴ ai fini certificativi; è stato poi stabilito il richiamo del personale medico ed infermieristico in quiescenza⁶⁵ nelle Regioni e province sottoposte alle misure sanitarie⁶⁶; sono stati, infine, previsti⁶⁷ poteri straordinari in capo al Dipartimento di Protezione civile per l’acquisizione di dispositivi di protezione individuale (o DPI: mascherine facciali, camici, etc.) che iniziavano a mancare persino per gli operatori sanitari, in deroga alle disposizioni vigenti.

⁵⁹ Tra le altre misure, sono stati sospesi eventi e competizioni sportive e disposte misure per l’utilizzo dei luoghi di culto.

⁶⁰ Art. 4 D.P.C.M. 1 marzo 2020.

⁶¹ Art. 3 commi 2 ss.

⁶² In particolare, venivano fornite le indicazioni per la prescrizione della permanenza domiciliare, l’informazione rispetto all’isolamento domiciliare e ogni altra indicazione relativa alla terapia domiciliare. Con queste informazioni, di fatto, il Ministero ha riconosciuto nei medici di base il primo presidio per l’assistenza ai malati covid non ospedalizzati.

⁶³ Particolarmente importanti l’art. 10, contenente misure urgenti in materia di sospensione dei termini e rinvio delle udienze processuali e l’art. 12 sulla proroga della validità delle tessere sanitarie.

⁶⁴ Art. 19.

⁶⁵ Art. 23 D.L. 9/2020 v.t.

⁶⁶ Medesima *ratio* aveva anche la previsione di cui all’art. 29, che ha disposto una deroga alle disposizioni vigenti ammettendo con riserva al corso di formazione in medicina generale anche i laureati in medicina impossibilitati a sostenere l’esame di Stato perché sospeso come misura emergenziale.

⁶⁷ Art. 34 D.L. 6/2020.

Per quanto concerneva, invece, la sovrapposizione normativa, l'art. 35 ha posto un freno al potere di ordinanza dei sindaci: un vistoso *dietrofront* non solo rispetto a quanto disposto nelle prime fasi dell'emergenza, ma in generale rispetto a quanto previsto nell'art. 32 l. 833/78 e nel D.L. 6/2020.

Nonostante le nuove misure, il diffondersi dell'epidemia nei primi giorni di marzo è risultato così vertiginoso da obbligare l'Esecutivo all'emanazione di un nuovo D.P.C.M. ad integrazione già il 4 marzo, prevedendo l'estensione di alcune misure restrittive sull'intero territorio nazionale⁶⁸; inoltre, è stato specificato che *“le disposizioni del presente decreto si applicano alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente coi rispettivi statuti e le relative norme di attuazione”*⁶⁹. La norma si è resa necessaria in ragione dei tentativi, da parte degli esecutivi di quelle Regioni, di smarcarsi dalle misure disposte a livello nazionale, facendo valere le disposizioni attributive di competenze in materia di tutela della salute contenute negli statuti speciali⁷⁰.

Un ulteriore D.P.C.M. si è reso però necessario già l'8 marzo 2020, disponendo nuove misure, inizialmente differenziate per alcuni territori⁷¹, ma imposte da un D.P.C.M. integrativo in tutto il territorio nazionale il giorno successivo: è stato disposto, per la prima volta, in modo generalizzato il c.d. *lockdown*, ossia l'obbligo di restare nella propria residenza/domicilio e di non uscirvi se non per “gli

⁶⁸ Sospensione di congressi, riunioni e qualsiasi altro evento sociale cui partecipa il personale sanitario; sospensione di ogni evento e competizione sportiva; sospensione dei servizi educativi per l'infanzia, delle attività scolastiche e universitarie, etc., con obbligo di attivazione della didattica a distanza; limitazioni all'ingresso nei PS e all'ingresso dei visitatori in strutture di ospitalità e lungodegenza.

⁶⁹ Art. 4 co. 4 D.P.C.M. 4 marzo 2020.

⁷⁰ Al D.P.C.M. sono seguiti i conseguenti provvedimenti del Dipartimento di protezione civile (ord. 6 marzo) e le ordinanze regionali (ad es. l'ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00003 del 6 marzo 2020, secondo cui le case di cura private accreditate sottoscrittrici di accordi ex art. 8 *quinquies* del D.Lgs. 502/1992 fossero obbligate alla presa in carico di una quota di pazienti covid perché di fatto ricomprese nel SSR) volte in particolare alla riorganizzazione parziale del SSR per fronteggiare l'emergenza.

⁷¹ Nello specifico, l'intero territorio della Lombardia e delle province di Veneto, Emilia-Romagna e Piemonte in cui si erano registrati picchi di contagio.

spostamenti motivati da comprovate esigenze lavorative o situazioni di necessità ovvero spostamenti per motivi di salute”, rimanendo in ogni caso consentito il rientro presso domicilio, abitazione o residenza⁷². Sono state disposte anche misure estremamente restrittive per le attività economiche e sociali⁷³; hanno concluso il quadro la proroga le misure previste nel D.P.C.M. del 4 marzo e la conferma del potere di ordinanza delle Regioni per disporre misure più restrittive rispetto al decreto appena emanato⁷⁴.

In contemporanea è stato emanato un nuovo ed ulteriore decreto-legge⁷⁵, n. 14/2020, che ha disposto in urgenza misure per potenziare il SSN⁷⁶, allineando così l'intero sistema rispetto ad alcune iniziative – come quella citata *supra* della

⁷² Art. 1 D.P.C.M. 8 marzo 2020.

⁷³ Sospesi gli eventi e competizioni sportive di ogni tipo, fatti salvi quelli a porte chiuse o all'aperto senza pubblico; chiusi gli impianti sciistici, sospese tutte le manifestazioni e altri eventi; sospesi i servizi educativi per l'infanzia, le scuole, università, etc. e disposta l'apertura dei luoghi di culto solo con adozione di misure organizzative tali da evitare assembramenti, consentite le attività di bar e ristorazione dalle 6.00 alle 18.00. e l'apertura delle altre attività commerciali, a condizione di un accesso contingentato o comunque idoneo ad evitare assembramenti di persone

⁷⁴ Poteri di cui le Regioni si sono subito avvalse. L'esempio è quello di regione Lazio, che in data 8 marzo 2020 ha emanato l'ordinanza Z00004, cui seguiva ad integrazione una ulteriore ordinanza Z00005. L'ordinanza si è adeguata all'ultimo D.P.C.M., disponendo misure straordinarie per le persone provenienti dai territori sottoposti a lockdown: permanenza domiciliare, obblighi di comunicazione, sospensione di attività ulteriori rispetto a quelle disposte col suddetto decreto (piscine, palestre, centri benessere).

⁷⁵ D.L. 9 marzo 2020, n. 14, “*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*”.

⁷⁶ In concreto, sono state previste misure straordinarie per l'assunzione di specializzandi (art. 1): le aziende e gli enti del SSN hanno potuto procedere al reclutamento di professionisti sanitari e di medici specializzandi anche non collocati nelle graduatorie, conferendo incarichi di lavoro autonomo per massimo 6 mesi, prorogabili; i medesimi incarichi potevano essere conferiti anche ai laureati in medicina e chirurgia, anche stranieri, e in generale a personale medico e infermieristico collocato in quiescenza, in deroga ai vincoli legislativi in materia di spesa del personale. Misure importanti sono state previste anche per l'accesso del personale sanitario e dei medici al SSN (art. 2), l'adeguamento dei piani di fabbisogno del personale (art. 3), il reclutamento di MMG e PLS (art. 4, che ha previsto l'instaurazione del rapporto convenzionale a tempo determinato con il SSN in deroga per gli iscritti alla specializzazione in medicina generale e pediatria, nonché per i laureati in medicina e chirurgia abilitati per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione dei MMG e PLS titolari), l'incremento delle ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna (art. 5), l'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale o USCA (art. 8), l'acquisto di dispositivi medici (art. 11), la dilazione delle attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti (art. 13), delle disposizioni derogatorie alla normativa sul trattamento dei dati personali (art. 14) e delle deroghe finanziarie (art. 17). Cfr. SAGONE C., *Criticità, divari territoriali e pandemia*, cit., p. 66.

regione Lazio – intraprese sul punto dalle singole Regioni. Tra i riferimenti normativi citati in premessa non deve stupire, dunque, il richiamo all'art. 120 co. 2 Cost. riguardo l'intervento sostitutivo, resosi necessario per l'appunto nella persistenza della mancata adozione da parte di alcune Regioni delle opportune misure per la riorganizzazione in emergenza dei singoli SSR.

Al decreto-legge è seguito, poi, un ulteriore D.P.C.M., adottato l'11 marzo, che oltre ad aggiungere ulteriori misure restrittive per le attività commerciali, ha disposto per la prima volta in materia di trasporto pubblico locale: è stata eccezionalmente prevista la competenza in capo al Presidente di regione, che con ordinanza *ex* D.L. 6/2020 ha potuto disporre delle modifiche alla programmazione del servizio erogato dalle Aziende del TPL che fosse finalizzata alla riduzione e soppressione dei servizi in relazione agli interventi sanitari⁷⁷.

2.5. L'esplosione della pandemia a livello nazionale

Le misure dei D.P.C.M. 8, 9 e 11 marzo 2020 sono state le prime ad essere state applicate per un periodo di tempo prolungato senza inasprimenti, data la loro natura estremamente restrittiva⁷⁸; in un simile scenario, l'attività normativa emergenziale ha mirato anzitutto a fronteggiare problemi più specifici relativi ai disagi causati dalla pandemia e dalle misure per fronteggiarla, tra cui l'approvvigionamento di DPI – divenuti mancanti o venduti a prezzi fuori

⁷⁷ Questa eccezionale previsione è dovuta al fatto che le competenze in materia di trasporto pubblico locale sono concertate, soprattutto nei grandi centri urbani, con gli enti locali; di conseguenza, risultava più adatto in termini di sussidiarietà che fossero gli esecutivi regionali a mantenere la competenza all'adozione di provvedimenti straordinari.

⁷⁸ A tal punto, come anticipato nel titolo del paragrafo, da spingere il mondo giornalistico a coniare il termine *lockdown* per contraddistinguere l'insieme delle misure.

mercato in ragione dell'esplosione improvvisa della domanda nelle strutture sanitarie⁷⁹.

Successivamente, l'esecutivo nazionale ha tentato di fornire una risposta strutturata con il D.L. 17 marzo 2020, n. 18, comprensivo di una parte di misure sanitarie⁸⁰ e misure volte al sostegno economico diffuso delle realtà colpite dalle restrizioni⁸¹. La previsione più importante del decreto era però contenuta nell'art. 122, che ha istituito la figura del "*Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica covid-19*"; i poteri di questa figura, già prevista in passato per la gestione di

⁷⁹ Ordinanza ministeriale del N. 20A01768 del 15 marzo 2020; tra le premesse è stata, per l'appunto, considerata l'esigenza di facilitare l'importazione di strumenti e apparecchi sanitari, nonché di dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale, necessari a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e destinati in via prioritaria ad enti sanitari, servizi ospedalieri e istituti di ricerca medica. Sono state così previste semplificazioni cospicue delle procedure di controllo doganale per i DPI destinati agli enti del SSN.

⁸⁰ Artt. 1 ss. Si è trattato di norme ulteriori per le assunzioni in deroga di personale sanitario e di funzionari del ministero per il controllo aeroportuale. Particolarmente importante è stata l'istituzione delle c.d. aree sanitarie temporanee, ossia quei luoghi interni o esterni di strutture sanitarie attivate in deroga ai requisiti di accreditamento ed autorizzativi. Da questa previsione è nata la disciplina degli hub utilizzati prima per l'esecuzione dei covid test e successivamente per la campagna vaccinale.

È stata prevista altresì (art. 5) l'erogazione di finanziamenti a fondo perduto decisi dal Commissario straordinario alle imprese produttrici di DPI, "*al fine di assicurare la produzione e la fornitura di dispositivi medici e di protezione individuale ai valori di mercato correnti al 31 dicembre 2019*"; previsione ancora più ampia quella dell'art. 15, che ha permesso la produzione, l'importazione e l'immissione in commercio di DPI in deroga alle vigenti disposizioni. A questa si è accompagnata la previsione del successivo art. 6, che ha previsto il potere del Capo del Dipartimento prot. civ. di disporre la requisizione in uso o in proprietà di presidi sanitari e medico chirurgici.

Misura analoga è stata prevista al co. 7 per i beni immobili "*per far fronte ad improrogabili esigenze connesse con l'emergenza*", potere spettante al Prefetto; ciò ha permesso, per esempio, di requisire alcune strutture alberghiere sottoutilizzate per il loro impiego temporaneo come Covid hotel. Grande attenzione è stata posta anche sul tema della sperimentazione dei medicinali e DPI, affidata ad AIFA attraverso l'accesso a tutti i dati degli studi sperimentali e degli usi compassionevoli, art. 17.

⁸¹ Artt. 19 ss., in cui sono state codificate per la prima volta l'integrazione salariale (art. 19), le norme in materia di riduzione dell'orario di lavoro e di sostegno (artt. 23 ss.), le misure a sostegno della liquidità (artt. 49 ss.) e le misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie (artt. 60 ss.).

emergenze connesse alle calamità naturali, hanno però superato di molto quanto previsto in passato⁸².

In merito al rapporto con le Regioni, è stato *in primis* previsto che queste venissero coinvolte nelle operazioni riguardanti il potenziamento della capienza delle strutture ospedaliere; è stato predisposto poi un sistema peculiare di collaborazione con le Regioni, secondo cui il Commissario poteva adottare in via d'urgenza i provvedimenti necessari a fronteggiare ogni situazione eccezionale, da comunicare alla Conferenza stato-Regioni per consentirne il riesame⁸³.

È Seguìto, poi, a stretto giro, un nuovo decreto-legge⁸⁴ – sostitutivo del D.L. 6/2020 come normativa-quadro delle misure restrittive – che ha disposto la possibilità per il governo di stabilire, sempre con D.P.C.M.⁸⁵, “una o più misure

⁸² Secondo cui il Commissario “*attua e sovrintende ad ogni intervento utile a fronteggiare l'emergenza sanitaria, organizzando, acquisendo e sostenendo la produzione di ogni genere di bene strumentale utile a contenere e contrastare l'emergenza stessa, o comunque necessario in relazione alle misure adottate per contrastarla, nonché programmando e organizzando ogni attività connessa, individuando e indirizzando il reperimento delle risorse umane e strumentali necessarie, individuando i fabbisogni e, procedendo all'acquisizione e alla distribuzione di farmaci, delle apparecchiature e dei dispositivi medici e di protezione individuale*”.

I commi successivi operavano poi l'individuazione di azioni più specifiche: oltre a quelle che si citeranno fra poco, si ricordano il potere di disporre la requisizione di beni mobili e immobili, quello di “*porre in essere ogni intervento utile per preservare e potenziare le filiere produttive dei beni necessari per il contrasto e il contenimento dell'emergenza*”, anche attraverso la costruzione di nuovi stabilimenti e la riconversione di quelli esistenti.

⁸³ Attraverso una formula, tanto ampia da risultare onnicomprensiva, contenuta al comma 1 dell'art. 25. La peculiarità di questo modello è consistita nel ribaltamento della logica che ha governato negli ultimi 30 anni il rapporto tra Stato e Regioni, basato sulla ricerca dell'intesa o del mero accordo nelle sedi cooperative. Questo cambio è stato giustificato dalla natura emergenziale dei provvedimenti, per cui non era possibile concertare le misure *ex ante* con il normale iter di raggiungimento degli accordi.

⁸⁴ D.L. 25 marzo 2020, n. 19.

⁸⁵ Artt. 1 e 2 D.L. 19/2020. La fonte secondaria veniva dunque confermata come ottimale per l'adozione delle misure emergenziali, pur fornita della copertura legislativa adatta a rispettare la riserva di legge ex art. 16 Cost. e soprattutto implementata dal decreto attraverso un sistema di coinvolgimento di Regioni (tramite il potere di proposta del Presidente regionale) e organismi tecnici (“*sentito, di norma, Comitato tecnico scientifico*”). ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., p. 410.

[...]” all’interno di un lungo ma definito elenco⁸⁶, per una durata non superiore a 30 giorni, pur reiterabili; è stato confermato il potere di ordinanza, nelle more dell’adozione dei D.P.C.M., delle Regioni per introdurre misure ulteriormente restrittive⁸⁷. Il trattamento sanzionatorio per la violazione delle misure è stato modificato con D.L. 25/2020⁸⁸, passando dal richiamo all’art. 650 c.p. alla comminazione di una sanzione amministrativa⁸⁹.

2.6. La fine della prima ondata e l’attenuazione delle misure restrittive

Con l’entrata nella prima decade di aprile 2020, la prima ondata pandemica ha cominciato ad attenuarsi⁹⁰; per questo, essendo le misure già poste in essere molto

⁸⁶ Che comprendeva, tra le altre: limitazione alla circolazione delle persone, chiusura al pubblico di strade urbane e parchi, limitazioni o divieto di allontanamento e di ingresso in territori comunali, provinciali o regionali, quarantena precauzionale con divieto di allontanamento, limitazione o divieto delle riunioni o degli assembramenti in luoghi pubblici o aperti al pubblico. Come specificato, l’elenco è stato previsto come tassativo, sulla scorta delle censure mosse da più parti verso la disposizione analoga del D.L. 6/2020 – che conteneva un elenco meramente esemplificativo, cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 390.

⁸⁷ Art. 3 D.L. 19/2020. Sono stati introdotti però dei limiti più stringenti: oltre all’ovvia previsione delle “specifiche situazioni sopravvenute che implicino un aggravamento del rischio sanitario”, le ordinanze regionali potevano essere adottate esclusivamente nell’ambito delle attività di loro competenza e senza incisione delle attività produttive e di quelle di rilevanza strategica per l’economia nazionale.

Proprio queste restrizioni hanno portato a nuove critiche dalla dottrina, che ha denunciato una cristallizzazione dell’impostazione centralista assunta già col D.L. 6/2020, cfr. CHERCHI R., DEFFENU A., *Fonti e provvedimenti dell’emergenza sanitaria tra Stato, Regioni ed enti locali*, cit., p. 672; ESPOSITO T., *La gestione dell’emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., pp. 411 s.; MORELLI A., *Il re del piccolo principe ai tempi del coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza*, in *Diritti regionali*, 1/2020, p. 525, che sottolinea come “l’articolo è dunque finalizzato a rafforzare il potere di coordinamento statale nella gestione dell’emergenza rispetto a quanto già previsto nei decreti-legge precedenti [...]. L’obiettivo è chiaramente quello di evitare che l’efficacia delle misure statali possa essere “ridotta” da iniziative concorrenti degli altri livelli territoriali”. *Contra* invece CUOCOLO L., *L’importanza delle autonomie per far fronte al Covid (e alle tendenze accentratrici)*, in *DPCE online*, 1/2020, p. XVIII e BILANCIA F., *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato/Regioni*, in *Diritto pubblico*, 2/2020, p. 349, che hanno visto in questa previsione un deciso miglioramento della partecipazione regionale.

⁸⁸ Art. 4.

⁸⁹ Nello specifico, il pagamento della somma da euro 400,00 a euro 3.000,00.

⁹⁰ Il picco dei contagi è stato raggiunto il 28 marzo 2020.

restrittive, l'Esecutivo non è intervenuto con ulteriori previsioni, lasciando poi al Parlamento l'onere di provvedere all'approssimarsi della scadenza dei primi decreti-legge emergenziali⁹¹.

All'emanazione di questa legge è seguito il D.P.C.M. 26 aprile 2020, il primo in cui si sono intravisti spiragli di allentamento delle misure pandemiche⁹²; è stata restituita⁹³, poi, una parte dei poteri di ordinanza ai Sindaci, interdetti nella prima fase dell'emergenza⁹⁴. Il decreto si è differenziato per un contenuto particolarmente corposo e dettagliato⁹⁵ – sintomo di un affinamento della pratica normativa emergenziale – per l'applicazione differita rispetto alla data di emanazione⁹⁶ e per l'esplicito richiamo al passaggio ad una nuova fase del contenimento dell'emergenza dopo la prima ondata, ossia la c.d. fase 2.

Il contenuto di base delle regole da applicarsi in quella fase era contenuto nell'allegato 10 al decreto, in cui è stato codificato il concetto di *“rischio sanitario”*: veniva previsto che *“nei casi in cui dal monitoraggio emerga un aggravamento del rischio sanitario, [...] il Presidente della Regione propone tempestivamente al Ministro della salute [...] le misure restrittive necessarie e urgenti per le attività produttive delle*

⁹¹ Ne è scaturita così la prima legge emanata in tempo di pandemia, la l. 24 aprile 2020, n. 17: essa ha convertito, in particolare, il D.L. 18/2020, conferendo stabilità alle misure straordinarie di riorganizzazione del SSR e agli aiuti economici erogati; contestualmente ha abrogato i precedenti decreti che avevano disposto le prime misure restrittive e risultavano ormai superati dal D.L. 25/2020.

⁹² È stato permesso per la prima volta lo spostamento dalla propria residenza per motivi diversi da quelli canonici (salute, necessità, lavoro), ossia per le visite ai congiunti, pur nel rispetto del divieto di assembramento e del distanziamento interpersonale; è stato disposto in ogni caso il divieto di spostamento in Regioni diverse da quella di dimora.

⁹³ Art. 1 co. 1 lett. e).

⁹⁴ Permettendo agli stessi di disporre la temporanea chiusura di specifiche aree in cui non fosse possibile assicurare altrimenti il rispetto del divieto di assembramento.

⁹⁵ Tra le misure più significative, si segnalano quella concernente la graduale ripresa delle attività sportive per i soli atleti riconosciuti di interesse nazionale da CONI, CIP e rispettive federazioni, etc., nonché la ripresa delle celebrazioni di cerimonie funebri – pur con l'esclusiva partecipazione dei congiunti fino a un massimo di 15 persone.

⁹⁶ Tutte le misure, salvo poche eccezioni, sono entrate in vigore, infatti, solo dal 4 maggio. Questo cambio di approccio, oltre che dall'attenuarsi dell'emergenza, è scaturito dai rilievi avanzati avverso i precedenti decreti e la loro immediata entrata in vigore, con misure immediate che avevano costretto gli interessati a scelte gravose senza possibilità di adeguamento graduale.

aree del territorio regionale specificamente interessate dall'aggravamento"⁹⁷. Si è passati, così, al collegamento diretto tra modulazione delle misure restrittive – affidate *in primis* all'esecutivo regionale e non più in prima istanza al governo nazionale – e monitoraggio di alcuni indici relativi all'andamento pandemico; venivano fatte salve in ogni caso⁹⁸ le misure di contenimento più restrittive adottate dalle Regioni, anche d'intesa col Ministero della salute.

Da quel momento è iniziato un periodo di progressivo allentamento delle misure pandemiche, culminato con l'approvazione del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33 che ha disposto, anzitutto⁹⁹, la cessazione di effetto, a partire dal 18 maggio, di tutte le misure limitative della circolazione all'interno del territorio regionale¹⁰⁰; sono rimaste invece immutate le previsioni in merito alla quarantena per positività e contatti stretti con casi confermati, così come il divieto di assembramento¹⁰¹.

Alle previsioni del D.L. 24 aprile sul monitoraggio del rischio sanitario – ancora in vigore ed esplicitamente richiamato in questo decreto – è stato aggiunto¹⁰² l'obbligo per le Regioni di monitorare “*con cadenza giornaliera l'andamento della situazione epidemiologica nei propri territori e, in relazione a tale andamento, le condizioni di adeguatezza del sistema sanitario regionale*”; i relativi risultati dovevano essere comunicati tempestivamente a Ministero, ISS e CTS. È stato altresì previsto¹⁰³ il potere per le Regioni, nelle more dell'adozione dei D.P.C.M., di

⁹⁷ Art. 2, comma 11 all. A.

⁹⁸ Art. 10 co. 2.

⁹⁹ Art. 1.

¹⁰⁰ Con eccezioni, individuate con ordinanza del Ministero in concerto con il Presidente di regione, solo con riferimento a specifiche aree del territorio regionale medesimo.

¹⁰¹ LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 393.

¹⁰² Art. 1, co. 16, D.L. 33/2020.

¹⁰³ Art. 1, comma 16.

introdurre misure derogatorie rispetto a quelle statali, questa volta anche ampliative rispetto a quanto previsto nel decreto¹⁰⁴.

Al decreto-legge è seguito, il giorno successivo, il D.P.C.M. 17 maggio 2020, che ha disposto un graduale allentamento delle misure attraverso un sistema di scaglioni per date; peculiari erano gli allegati al decreto, riproduttivi dei primi protocolli con le comunità religiose per la ripresa delle celebrazioni in sicurezza¹⁰⁵. Il definitivo allentamento delle misure anti-Covid è arrivato, infine, con D.P.C.M. 11 giugno 2020¹⁰⁶.

2.7. La seconda ondata: la divisione tra zone regionali di rischio

L'allentamento quasi pieno e generalizzato delle misure di contenimento della pandemia è coinciso con le aperture estive: da un lato, l'utilizzo di strette misure di contenimento fino a poche settimane prima ha permesso che la curva epidemica si appiattisse verso il basso per diverso tempo¹⁰⁷; dall'altro, però, le riaperture hanno consentito che l'epidemia permanesse in forma strisciante senza esaurirsi del tutto. Per questo motivo, gli epidemiologi hanno messo in guardia sul rischio che alla prima ondata emergenziale potesse seguirne, nel periodo autunno-invernale, una seconda; tali considerazioni hanno indotto già da giugno, anzitutto, il Ministero della salute ad adottare misure di protezione

¹⁰⁴ Queste disposizioni sono apparse un tentativo, da parte del Governo, di affidare nuovamente maggiori poteri circa il monitoraggio epidemiologico e le conseguenti azioni alle Regioni, ristabilendo così quel decentramento decisionale fortemente limitato nella fase critica della pandemia. Cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 394.

¹⁰⁵ Tra di esse, anche uno storico protocollo d'intesa con le comunità islamiche, tradizionalmente difficili da inquadrare nella logica concordataria.

¹⁰⁶ Intervenuto a seguito dell'adozione delle linee guida per la riapertura delle attività economiche e produttive della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome dell'11 giugno 2020.

¹⁰⁷ Pressappoco dalla seconda metà di maggio fino alla fine di luglio. In sostanza, il numero di casi era così basso da non permettere il veloce rinfocolarsi dell'epidemia; a ciò avrebbe contribuito, secondo gli studiosi, la predisposizione di Sars-CoV-2 a diffondersi maggiormente nel periodo invernale e meno in quello estivo.

che perlomeno scongiurassero il rischio di reimportazione dell'agente patogeno dall'estero¹⁰⁸; queste misure sono state poi prorogate dal D.P.C.M. 14 luglio 2020.

Nel frattempo, si avvicinava la data del 31 luglio, in cui veniva a scadenza il periodo di stato di emergenza disposto a fine gennaio; dopo un dibattito politico serrato, è stata disposta con D.L. 30 luglio 2020, n. 83¹⁰⁹ la proroga dello stato di emergenza al 15 ottobre. Le motivazioni venivano riassunte nelle premesse al provvedimento, riconducibili alla persistenza della *“diffusione del virus che provoca focolai anche di dimensioni rilevanti”*, sussistendo dunque ancora le condizioni per il mantenimento delle disposizioni emergenziali¹¹⁰.

Con la fine dell'estate e l'approssimarsi dell'autunno il numero dei contagi è continuato a crescere lentamente, lasciando presagire l'avverarsi delle previsioni su una futura ondata autunnale¹¹¹. In particolare, il rischio maggiore era legato alle riaperture settembrine delle scuole e delle attività produttive, per le quali sarebbe stato necessario adottare misure di contenimento *ad hoc*; il governo, tuttavia, si è limitato – anche su pressione degli *stakeholder* legati agli ambiti sociali citati – a disporre con D.P.C.M. 7 settembre 2020 la proroga delle previsioni dei precedenti decreti.

¹⁰⁸ Ordinanze del 30 giugno e del 9 luglio 2020, la prima sulla proroga delle limitazioni degli spostamenti da e verso l'Italia, la seconda introduttiva del divieto di ingresso e transito in Italia per le persone che nei 14 giorni precedenti erano transitati in alcuni paesi con situazioni epidemiologiche problematiche.

¹⁰⁹ Fonte normativa piuttosto particolare, visto che la dichiarazione precedente era stata effettuata con Delibera del Consiglio dei ministri, come previsto dal Codice della Protezione civile del 2018.

¹¹⁰ Effettivamente, l'emanazione di questi atti è coincisa con una ripresa consistente dell'epidemia nella terza decade di luglio, collocando l'andamento epidemiologico fuori dal *plateau* verificatosi nei due mesi precedenti.

¹¹¹ Di ciò si ravvedeva anche il Ministero della salute con la Circolare dell'11 agosto 2020, n. 27007, in cui si è sottolineato che lo stesso Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (ECDC) aveva evidenziato l'aumento tendenziale del tasso di incidenza in tutti i Paesi europei, *“con rischio da moderatamente alto a molto alto di assistere ad ulteriori aumenti nei prossimi mesi, se non verranno adottate o rinforzate le misure di prevenzione e controllo”*.

Si veda poi anche la circolare del ministero del 12 ottobre 2020, n. 32732, dal titolo *“Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale”*.

Queste misure non hanno attenuato il rinfocolarsi del numero di casi, tanto che, a un mese di distanza, il 7 ottobre 2020 è stato emanato il decreto-legge n. 125 che ha disposto l'ulteriore proroga dello stato di emergenza al 31 gennaio 2021 e la modifica dei decreti-legge 19, 33 e 34 del 2020 – recanti ancora la disciplina delle misure di contenimento legate al rischio sanitario; è stata inoltre disposta l'ultrattività del D.P.C.M. 7 settembre¹¹².

Intanto, diversamente a quanto fatto in occasione della prima ondata, l'Unione Europea ha utilizzato le proprie competenze in materia di coordinamento delle misure sanitarie degli Stati membri con la Raccomandazione (UE) 2020/1475¹¹³, con l'obiettivo di evitare che i singoli paesi si muovessero in ordine sparso rispetto alla limitazione degli spostamenti tanto da paesi terzi quanto soprattutto tra i Paesi membri¹¹⁴.

Sulla scorta di queste raccomandazioni e in ragione dell'aggravamento dell'epidemia in Lombardia, il Ministro della salute ha emanato l'ordinanza 21

¹¹² Previsione particolare, in quanto ha previsto l'estensione di misure approvate con normativa secondaria attraverso un atto avente valore di legge.

È seguita comunque, in sua sostituzione, l'emanazione del D.P.C.M. 13 ottobre 2020, che ha stabilito l'obbligo di avere con sé fuori dall'abitazione una DPI da indossare in ogni caso al chiuso e all'aperto in situazioni in cui non era possibile ottemperare alle misure di distanziamento sociale.

¹¹³ Emanata dal Consiglio il 13 ottobre 2020 *“per un approccio coordinato alla limitazione della libertà di circolazione in risposta alla pandemia di COVID-19”*.

¹¹⁴ Tra i principi indicati dall'UE nella raccomandazione come utili al fine di predisporre le misure pandemiche spiccavano:

- disporre le restrizioni alla libertà di circolazione su *“motivi specifici e limitati di interesse pubblico”* inerenti alla protezione della salute e comunque nel rispetto dei principi di proporzionalità e non discriminazione;
- disporre restrizioni revocabili non appena la situazione epidemiologica lo consentisse;
- non poteva essere operata alcuna discriminazione tra gli Stati membri che non fosse legata alla situazione epidemiologica degli stessi, né basarsi sulla cittadinanza della persona interessata ma sul luogo o sui luoghi in cui è stata la persona nei 14 giorni precedenti l'arrivo;
- gli Stati membri dovrebbero sempre consentire l'accesso ai propri cittadini e ai cittadini dell'Unione e ai loro familiari residenti nel loro territorio e dovrebbero agevolare un rapido transito attraverso il loro territorio.

ottobre 2020¹¹⁵ che per prima ha messo in pratica i risultati dell'attività di monitoraggio prevista già dall'aprile 2020¹¹⁶; si è inaugurata, quindi, una fase in cui le misure anti-contagio sono state adottate nuovamente sotto forma di ordinanza congiunta tra il Ministro e i singoli Presidenti di regione, nonché circoscritte ovviamente al solo territorio regionale o parte di esso¹¹⁷; pochi, invece, gli interventi con normativa nazionale atti ad introdurre correzioni di poco conto alle misure disposte in tutto il territorio¹¹⁸.

Tali misure, tuttavia, non hanno attenuato l'incremento dei contagi e dei ricoveri, di cui viceversa si è registrato un aumento esponenziale; si era perfino iniziato a dubitare dell'effettiva efficacia delle misure rispetto al collegamento con gli indicatori individuati¹¹⁹. Si è arrivati così all'emanazione di un nuovo D.P.C.M., in data 3 novembre 2020, introduttivo di misure generalizzate¹²⁰; in esso è stato

¹¹⁵ Recante *“Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica e dell'art. 2, comma 2 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35”*.

¹¹⁶ Nelle premesse venivano riportati i dati relativi agli indici rilevati in regione Lombardia nella settimana precedente (report ISS del 16 ottobre 2020), che avevano rappresentato un rischio di livello medio per la regione; sulla base di ciò, è stata introdotta la misura del divieto di allontanarsi dalla propria abitazione e/o domicilio nella fascia oraria tra le ore 23 e le ore 5 (c.d. coprifuoco), in considerazione del fatto che la *“fascia orario notturna [...] può determinare nei contesti sociali un allentamento sull'osservanza del rispetto delle misure di prevenzione dal contagio, con rischi di assembramento e inosservanza del distanziamento interpersonale”*.

¹¹⁷ Come testimoniato dall'Ordinanza del 23 ottobre, n. 20A05873, emanata di concerto col Presidente della regione Piemonte; o dall'Ordinanza del 26 ottobre di concerto nuovamente col Presidente di regione Lombardia per disporre il divieto di consumo di bevande alcoliche nei luoghi pubblici.

¹¹⁸ Come il D.P.C.M. del 24 ottobre 2020.

¹¹⁹ Sul punto anche la Conferenza delle Regioni ha sollevato delle osservazioni: in particolare, l'assemblea ha sottolineato la necessità di un contraddittorio sui dati elaborati ed utilizzati; il governo, tuttavia, ha risposto ricordando come fosse già garantito il coinvolgimento regionale tramite la partecipazione diretta all'interno della Cabina di regia istituita dal D.M. 30 aprile 2020, nonché dall'iter appena descritto *supra* che ha previsto la concertazione con Presidente della regione interessata per l'adozione delle ordinanze.

¹²⁰ È stato istituito il coprifuoco operante tra le ore 22 e le ore 5 su tutto il territorio nazionale. È stato modificato altresì il sistema di monitoraggio precedente, attraverso l'individuazione di fasce di rischio determinate, con le relative misure restrittive; nello specifico, l'art. 2 dettava le misure di contenimento per le aree del territorio nazionale con *“uno scenario di elevata gravità e [...] livello di rischio alto”*, detto anche *“scenario di tipo 3”*: tra le più importanti, il divieto di ogni spostamento

previsto che la decisione sull'attribuzione di una fascia di rischio ad una regione sarebbe avvenuta, in ogni caso, con ordinanza del Ministro della salute, sentiti i Presidenti delle Regioni interessate¹²¹, "sulla base del monitoraggio dei dati epidemiologici"¹²² e dei dati elaborati dalla cabina di regia; con la stessa ordinanza era possibile altresì prevedere specifiche aree della regione esentate dalle misure restrittive¹²³.

Così è stato almeno finché, nel mese di dicembre, non si è posto il problema relativo alla gestione del periodo festivo di fine anno: il rischio, infatti, era di assistere a uno spostamento massiccio della popolazione in vista del periodo festivo, con conseguente rischio di aumento dei contagi e della diffusione del virus anche in aree a rischio minimo. Dalla discussione sono nate le previsioni del D.L. 2 dicembre 2020, n. 158, che ha disposto alcuni divieti di spostamento generalizzati¹²⁴, poi ulteriormente inaspriti¹²⁵ con D.L. 18 dicembre n. 172¹²⁶.

in entrata e in uscita dai territori e in altro comune diverso da quello di residenza, salvo esigenze lavorative, di necessità o di salute; sospensione delle attività di ristorazione – salvo la consegna a domicilio e d'asporto fino alle 22.

¹²¹ Si è così tornati, nella nuova fase critica dell'epidemia, a un assetto poco rispettoso del coinvolgimento regionale; la sensazione, dunque, è che la leale collaborazione istituzionale in un simile periodo emergenziale assuma caratteristiche "a fisarmonica", a seconda della gravità della fase attraversata. La decisione sul grado di coinvolgimento delle Regioni è però rimasta saldamente in mano al governo nazionale.

¹²² In particolare, quelli riferiti al documento "Prevenzione e risposta a COVID-29: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale" già citato e nel frattempo condiviso dalla Conferenza delle Regioni.

¹²³ Per quanto concerneva la durata delle misure, era previsto un sistema di verifica settimanale dei presupposti applicativi, mentre le singole ordinanze erano efficaci per un periodo minimo di 15 giorni.

¹²⁴ In particolare, il divieto dal 21 dicembre 2020 al 6 gennaio 2021 di ogni spostamento, in entrata e in uscita, tra i territori di diverse Regioni; nelle giornate del 25 e 26 dicembre e del 1° gennaio, poi, veniva vietato ogni spostamento tra comuni. La disposizione veniva poi riportata nel seguente D.P.C.M. del 4 dicembre, assieme alla conferma delle misure adottate nel precedente decreto, comprese quelle sulle fasce di rischio.

¹²⁵ In considerazione dell'aggravarsi generalizzato della situazione epidemiologica e della previsione che le misure in arrivo avrebbero comunque permesso lo spostamento di un numero di persone troppo elevato

¹²⁶ Nei giorni festivi e prefestivi tra il 24 dicembre e il 6 gennaio si sarebbero applicate le ben più restrittive misure previste per il c.d. scenario di tipo 4; per i giorni 28, 29, 30 dicembre e 4 gennaio, invece, sarebbero state applicate le misure previste per lo scenario di tipo 3. Seguiva poi una

2.8. La campagna vaccinale e l'introduzione del *green pass*

Alla fine di dicembre 2020 è iniziata anche la campagna vaccinale¹²⁷, all'inizio limitata al solo personale sanitario e poi estesa gradualmente – per tipologia di mansioni e successivamente per fasce d'età – a tutta la popolazione¹²⁸. In particolare, il governo è intervenuto con D.L. 14 gennaio 2021, n. 2, contenente le prime disposizioni operative per la imminente campagna vaccinale diffusa¹²⁹: è stata conferita alle Regioni la gestione delle diverse fasi della vaccinazione, *“ivi inclusa l'offerta attiva alle categorie di assistiti individuate in base ai criteri indicati dal piano strategico”*¹³⁰.

Con l'inizio del mese di marzo è iniziata così la campagna vaccinale per la generalità della popolazione; mancava, tuttavia, una disciplina specifica per i casi di reazioni avverse a seguito della somministrazione e per la relativa responsabilità dell'operatore sanitario¹³¹. L'esecutivo vi ha posto rimedio con

sequela di disposizioni per casi particolari: consentiti gli spostamenti dai comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti e per una distanza non superiore a 30 km; consentito lo spostamento verso una sola abitazione privata nella medesima regione per una sola volta al giorno tra le 5 e le 22; etc. Tutte misure decisamente troppo selettive e difficilmente monitorabili.

¹²⁷ Il primo vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19, denominato COMIRNATY, sviluppato e prodotto da Pfizer/BioNTech, veniva autorizzato in via condizionata – essendo necessario che venga stabilizzata entro un anno attraverso la presentazione di report aggiornati – dall'*European Medicine Agency* (EMA) in data 21 dicembre 2020; l'autorizzazione dell'AIFA invece perveniva il giorno immediatamente successivo, rendendo possibile l'avvio della campagna vaccinale dal 27 dicembre. Cfr. Circolare del Ministero della salute n. 42164 del 24/12/2020. Sul punto si veda VIOLINI L., *Il virus, il vaccino e il nuovo anno: centralizzazione, differenziazione e la leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 5/2020, pp. 1010 s.

¹²⁸ Le date sono state concordate all'interno del Piano Strategico per la Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19, presentato dal Ministro della Salute al Parlamento il 2 dicembre 2020; dello stesso è stata data informazione alla Conferenza Stato-Regioni, la quale ne ha preso atto come da Rep. n. 235/CSR del 17 dicembre 2020. Cfr. Circolare del Ministero della salute 42164 *cit.*

¹²⁹ Art. 3 D.L. 2/2020.

¹³⁰ Alle Regioni, in particolare, sono state affidate le operazioni di prenotazione delle vaccinazioni, di registrazione delle somministrazioni dei vaccini e di certificazione delle stesse.

¹³¹ Già dalle somministrazioni effettuate per categoria a gennaio e febbraio, in verità, si sono registrati singoli casi di reazioni avverse di elevata gravità relative in particolare ad alcune partite

D.L. 1° aprile 2021, n. 44, che ha disposto ¹³² una deroga a quanto previsto dall'art. 590-*sexies* c.p. in materia di responsabilità per morte o lesioni colpose in ambito sanitario: è stata del tutto esclusa la punibilità dell'operatore *“quando l'uso del vaccino è conforme alle indicazioni contenute nel provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio emesso dalle competenti autorità e alle circolari pubblicate sul sito istituzionale del Ministero della salute relative alle attività di vaccinazione”*.

Il decreto, inoltre, conteneva¹³³ le prime disposizioni introduttive dell'obbligo vaccinale, limitate però al solo personale sanitario¹³⁴: in sostanza, la vaccinazione veniva prevista come *“requisito essenziale per l'esercizio della professione e lo svolgimento delle prestazioni lavorative”*; diversamente, l'operatore sanitario sarebbe stato collocato a riposo e ne sarebbe stata disposta la sospensione a tempo indeterminato secondo le regole previste da T.U. sul pubblico impiego. Con l'avanzamento della campagna vaccinale, poi, l'obbligo vaccinale è stato esteso ad altre categorie, individuate per le proprie caratteristiche – come la condizione di fragilità dal punto di vista sanitario, oppure il lavorare a contatto con soggetti fragili¹³⁵.

L'avanzamento della campagna vaccinale è coinciso poi con la diminuzione costante del numero di contagi e, soprattutto, con la riduzione del numero di

di uno dei vaccini autorizzati e solo per determinate categorie di soggetti come le donne in stato di gravidanza.

Questo ha portato il Ministero a valutare la richiesta di ritiro dell'autorizzazione per quel vaccino; tuttavia, a seguito dell'esito positivo del monitoraggio effettuato sulla somministrazione alla generalità della popolazione nei mesi di marzo e aprile – con numeri molto più ampi e significativi in termini statistici – si è deciso di limitarne l'utilizzo per alcune fasce d'età, con esclusione di alcune categorie in cui si erano manifestate reazioni avverse di rilevante gravità.

¹³² Art. 3, rubricato *“responsabilità penale da somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2”*.

¹³³ Art. 4.

¹³⁴ E non poteva essere altrimenti, dato che si trattava dell'unica categoria che allo stato dell'arte era stata oggetto di una campagna vaccinale diffusa fin da fine dicembre.

¹³⁵ Da qui, dunque, l'aggiunta al D.L. 44/2021 dell'art. 4 *bis* – obbligo vaccinale per i dipendenti e gli ospiti delle RSA – dell'art. 4 *ter* – estensione dell'obbligo a numerose categorie, tra cui dipendenti scolastici, forze di polizia locale e dipendenti delle forze armate – e dell'art. 4 *quinqüies* – estensione dell'obbligo per tutti i cittadini ultracinquantenni. Cfr. GASPARRO M., *Ancora sull'obbligo vaccinale: il placet definitivo della Consulta*, in *federalismi.it*, 12/2023., p. 218.

ospedalizzazioni e dei ricoveri in TI. Il governo ha deciso dunque di intervenire con D.L. 22 aprile 2021, n. 52, da un lato disponendo misure di riapertura generalizzata (tra cui l'eliminazione del divieto di spostamento tra Regioni¹³⁶) e, dall'altro, per evitare un nuovo e futuro ritorno a una situazione critica dal punto di vista della saturazione del sistema ospedaliero, introducendo¹³⁷ una misura senza precedenti per intensificare al massimo i risultati della campagna vaccinale, ossia l'introduzione della c.d. certificazione verde COVID-19 (il c.d. *green pass*). Si è trattato, in sostanza, di un'attestazione, in formato elettronico o cartaceo, comprovante¹³⁸ lo stato di avvenuta vaccinazione contro il SARS-CoV-2, la guarigione dall'infezione ovvero ancora l'effettuazione di un test molecolare o antigenico con risultato negativo. Sulla base del possesso o meno di questa certificazione, sono state disposte alcune limitazioni alla libertà di circolazione e alla fruizione di alcuni servizi¹³⁹.

3. La gestione dell'emergenza COVID-19 alla prova della giurisprudenza costituzionale, tra sistema delle fonti e livelli di governo

Già dall'inizio della pandemia le restrizioni anti-Covid sono finite sotto la lente d'ingrandimento prima dei giudici comuni – in particolare quelli amministrativi¹⁴⁰ – e successivamente della Consulta. Ciò è accaduto perché la

¹³⁶ Le altre misure restrittive, in verità, erano venute meno in automatico grazie al sistema delle zone di rischio.

¹³⁷ Articoli 9 e seguenti.

¹³⁸ Art. 9 commi 1 lett. a) e 2 D.L. 52/2021. L'adozione di questa misura ha seguito quanto previsto dalla normativa europea (Re. UE 2021/953), che però ne aveva previsto l'utilizzo, originariamente, per regolare lo spostamento tra i paesi UE. Cfr. GASPARRO M., *Ancora sull'obbligo vaccinale*, cit., p. 217.

¹³⁹ Ad esempio, l'art. 9 bis D.L. 52/2021 ha disposto, a far data dal 6 agosto 2021, che l'ingresso ai servizi di ristorazione per il consumo al tavolo al chiuso fosse consentito solo ai possessori di *green pass*.

¹⁴⁰ Cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., pp. 395 ss.; SOBRINO G., *Misure "anti-Covid" e Costituzione: il T.A.R. Calabria promuove "a pieni voti" il Governo ed esalta le esigenze di unità nella gestione dell'emergenza sanitaria (nota a T.A.R. Calabria, sez. I, 9 maggio 2020, n. 841)*, in *Rivista AIC*, 5/2020, pp. 185 ss.; VUOLO A., *Il sindacato di legittimità sulle misure di contrasto all'epidemia*, in *Diritti regionali*, 2/2020, pp. 87 ss.

loro invasività nella vita quotidiana dei cittadini è stata, indubbiamente, senza precedenti nella storia recente del Paese, tanto da sottoporre a stress continuo numerosi diritti: libertà di circolazione, diritto all'istruzione, diritto al lavoro, libertà d'iniziativa economica dei privati¹⁴¹, diritti politici¹⁴² sono solo alcune delle posizioni soggettive toccate dalle previsioni pandemiche¹⁴³. Ciò è pesato ancor di più quando le previsioni hanno limitato il godimento di diritti a soggetti considerati "vulnerabili¹⁴⁴" dall'ordinamento¹⁴⁵.

¹⁴¹ Cfr. RUGGERI A., *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali e ne mette a dura prova la capacità di tenuta*, in *Diritti regionali*, 1/2020, p. 368.

¹⁴² Il riferimento è al funzionamento da remoto degli organi istituzionali. Cfr. sul punto LUPON., *Perché non è l'art. 64 Cost. a impedire il voto "a distanza" dei parlamentari. E perché ammettere tale voto richiede una "re-ingegnerizzazione" dei procedimenti parlamentari*, in *Osservatorio costituzionale AIC*, 3/2020, pp. 23 ss.; CALVANO R., *Brevi note su emergenza COVID e voto dei parlamentari a di-stanza. Rappresentanza politica, tra effettività e realtà virtuale*, in *Federalismi.it*, 21/2020, pp. 45 ss.

¹⁴³ Si può dire che, con la pandemia, sia definitivamente tramontata la distinzione netta tra categorie di diritti, ugualmente travolti dalle misure emergenziali proprio perché tutti connotati da profili di libertà – intaccati dalle restrizioni – ed erogativi – intaccati dalle difficoltà organizzative legate all'emergenza – cfr. RUGGERI A., *Emergenza sanitaria e tutela dei diritti sociali*, in *Diritti regionali*, 2/2022, p. 479.

¹⁴⁴ Il concetto di tutela della vulnerabilità è ormai ben sviluppato nel nostro ordinamento, in particolare in materia penale. A questo proposito, si ricorda quanto le misure di contenimento del virus abbiano stressato le attività di contrasto alla violenza di genere: gli esperti hanno denunciato, infatti, come il contenimento dei nuclei familiari all'interno delle abitazioni – aumentato esponenzialmente nelle fasi critiche della pandemia – abbia rischiato, da un lato, di aggravare le situazioni di violenza tra le mura domestiche; dall'altro, avrebbe reso più difficile la rilevazione di queste situazioni, ponendo le vittime in uno stato di isolamento forzato dal mondo esterno.

¹⁴⁵ L'intenzione originaria era di dedicare un paragrafo di questo capitolo proprio alle decisioni della Consulta sulla congruità in sé di alcune delle previsioni emergenziali, con particolare attenzione a quanto precisato dalla Corte in tema di obbligo vaccinale e *green pass*; tuttavia, il tema appariva almeno in parte discostarsi dall'obiettivo principale di questo scritto, ossia dare conto della suddivisione di competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria. Ciò non significa che la natura delle previsioni emergenziali non sia strettamente legata alle loro modalità di approvazione e ai soggetti che le hanno attuate; per fare un esempio, è evidente che la caratteristica della limitazione di diritti fondamentali non possa che ricondurre le misure nell'alveo di fonti legislative statali. Tuttavia, è risultato evidente nell'analisi che le pronunce della Corte – e in una certa misura anche i contributi dottrinali – sul punto non abbiano fornito ulteriori elementi utili a completare il dibattito sulla "battaglia di competenze" tra Stato e Regioni durante l'emergenza. Si riportano qui alcuni riferimenti che aiutano a inquadrare il tema della legittimità nel merito delle misure di contrasto alla pandemia: CALVANO R., *Brevi note su emergenza COVID e voto dei parlamentari a di-stanza. Rappresentanza politica, tra effettività e realtà virtuale*, in *Federalismi.it*, 21/2020; GASPARRO M., *Obbligo vaccinale per il personale sanitario: il giudice amministrativo fa il punto alla luce della normativa europea e costituzionale*, in *Corti Supreme e*

Ciò che interessa di più in questa sede, però, è che il tema della dell'incidenza sui diritti fondamentali delle misure anti-Covid è stato alla base anche degli altri ambiti di discussione nati durante l'emergenza. Il riferimento è, anzitutto, al conflitto tra livelli di governo nella gestione dell'emergenza, che si è caratterizzato, da un lato, dalle tendenze accentratrici dello Stato nell'adozione delle misure; dall'altro, hanno assunto rilevanza i tentativi, da parte di alcune Regioni, di ritagliarsi uno spazio di manovra – normativa ed amministrativa – attraverso la predisposizione di discipline interne alternative o complementari a quella statale.

Da questo dualismo – che ha portato a una ipertrofia normativa, soprattutto nella prima parte dell'emergenza – sono nati scontri istituzionali giunti fino alla Corte costituzionale; quest'ultima, come si vedrà, si è mossa in due direzioni, pronunciandosi anzitutto sulla congruità delle fonti utilizzate rispetto al sistema codificato dalla Costituzione; in secondo luogo, si è prodigata di fornire degli elementi per una divisione costituzionalmente orientata delle competenze emergenziali. Di questi temi si occuperanno i prossimi paragrafi, cercando di rendere conto delle soluzioni proposte dalla Corte.

3.1. La competenza ad adottare le misure emergenziali, tra profilassi internazionale e leale collaborazione

La questione più dibattuta tanto in dottrina quanto nella giurisprudenza costituzionale è stata senza dubbio quella relativa alla competenza a emanare misure emergenziali da parte dei diversi livelli di governo: come si è visto,

Salute, 1/2022, pp. 31 ss.; LUPO N., *Perché non è l'art. 64 Cost. a impedire il voto "a distanza" dei parlamentari. E perché ammettere tale voto richiede una "re-ingegnerizzazione" dei procedimenti parlamentari*, in *Osservatorio costituzionale AIC*, 3/2020, pp. 23 ss.; PATANÈ A., *La costituzionalità dell'obbligo vaccinale all'interno del difficile equilibrio tra tutele e vincoli nello svolgimento dell'attività lavorativa*, in *LavoroDirittiEuropa*, 2/2021; RUGGERI A., *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali*, cit., 1/2020.

soprattutto nelle fasi iniziali della pandemia, infatti, la produzione normativa da parte di Stato, Regioni ed enti locali è stata copiosa e spesso si è sovrapposta, talvolta confliggendo e ingenerando problemi di confusione e incertezza normativa.

Ad essa si ricollega anche la discussione sulla effettività della collaborazione del livello regionale alla determinazione degli atti statali: si è visto infatti che le Regioni sono state chiamate, nelle primissime fasi, a predisporre congiuntamente al Ministro della salute delle ordinanze di valenza territoriale ridotta; successivamente, col passaggio al binomio decreto-legge – D.P.C.M., i poteri normativi regionali sono stati circoscritti, prevedendo da un lato la mera espressione di pareri rispetto alle misure da adottare¹⁴⁶, dall'altro la possibilità di modificare in maniera più stringente le misure valevoli sul territorio regionale attraverso ordinanze proprie – sottoposte però a limiti sempre più stringenti.

Si è passati, dunque, da una fase in cui ad ogni livello di governo erano affidati precisi obblighi e poteri per gestire l'emergenza, ad una caratterizzata da una via parallela alla gestione della crisi, sbilanciata – al netto della temporanea concorrenza tra D.P.C.M. e ordinanze di altri enti territoriali – a tutto vantaggio della Presidenza del Consiglio¹⁴⁷; oltretutto, pur chiamando a concorrere più fonti nella disciplina della medesima situazione d'urgenza, non si prevedevano particolari forme di concertazione o strumenti di coordinamento con le Regioni. Questo nuovo *modus operandi* è stato recepito dalle Regioni come un tentativo estremo di accentramento, determinando una frattura nel rapporto collaborativo

¹⁴⁶ Le critiche sul passaggio, con il D.L. 6/2020, dall'intesa a un meccanismo di compartecipazione "debole" come il parere non vincolante sono state molte. Cfr. in particolare CATELANI E., *Centralità della conferenza delle Regioni e delle province autonome durante l'emergenza COVID-19? Più forma che sostanza*, cit., pp. 510 ss., che ha sottolineato come questo meccanismo sia rimasto di fatto inoperante, a causa della necessaria rapidità degli interventi che ha impedito una efficace consultazione dei presidenti di regione – soprattutto per le misure disposte su tutto il territorio nazionale; lo stesso Presidente della Conferenza è stato messo a conoscenza delle bozze dei D.P.C.M. e dei decreti-legge con un preavviso minimo. Cfr. anche ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., pp. 436 ss.

¹⁴⁷ G. DI COSIMO, G. MENEGUS, *L'emergenza Coronavirus tra Stato e Regioni*, cit., p. 189.

che si era instaurato tra lo Stato e le Regioni per l'attuazione dei provvedimenti adottati dal Dipartimento della protezione civile e del Ministero della Salute¹⁴⁸.

La Consulta è stata investita della questione, sotto il profilo della legittimità delle ordinanze adottate al fine di predisporre una disciplina alternativa o integrativa di quella nazionale nel territorio regionale; le prime decisioni in questo ambito sono pervenute già a partire dal giugno 2020. Nello specifico, la prima pronuncia, datata 25 giugno¹⁴⁹, ha riguardato un conflitto di attribuzione in merito all'adozione di misure di allentamento delle restrizioni nella c.d. fase 2 dell'emergenza da parte delle Regioni Lombardia e Veneto¹⁵⁰; la particolarità stava nel fatto che il ricorso fosse stato promosso dal CODACONS "in via suppletiva dello Stato" al fine di accertare e dichiarare a chi spettassero le attribuzioni per la gestione della c.d. fase 2¹⁵¹.

L'ordinanza, di natura deliberatoria, ha dichiarato – come prevedibile – inammissibile il ricorso per carenza dei requisiti soggettivi e oggettivi propri del conflitto di attribuzione¹⁵²; la Corte ne ha però approfittato per introdurre

¹⁴⁸ LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 384.

¹⁴⁹ Ordinanza del 25 giugno 2020, n. 175, depositata in data 29 luglio 2020.

¹⁵⁰ Più nello specifico, si parla nell'ordinanza di "Comportamenti formali posti in essere dalle Regioni Lombardia e Veneto, con riferimento alle funzioni in materia di riapertura delle attività produttive e commerciali nell'ambito della cosiddetta "fase 2" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".

¹⁵¹ Il CODACONS ha denunciato inoltre il "disordine istituzionale nei rapporti fra governo e Regioni nella gestione dell'emergenza", a tal punto che più volte le Regioni Lombardia e Veneto avevano espresso dichiarazioni di segno opposto a quelle statali, muovendosi in quella fase in autonomia senza che lo Stato agisse per arginarle.

¹⁵² La Corte ha liquidato la questione, in sostanza, dicendo anzitutto che nell'ordinamento – e tantomeno nelle "Norme sulla costituzione e sul funzionamento della Corte costituzionale" – non è prevista in alcun modo la possibilità di un'azione suppletiva in luogo del Presidente del Consiglio dei ministri o di un Ministro da esso delegato per promuovere un conflitto di attribuzione intersoggettivo. Per quanto concerneva il requisito oggettivo, la Corte ha osservato che i "comportamenti" addotti dal ricorrente – la predisposizione di un piano di riaperture per il Veneto e mere dichiarazioni politiche di esponenti della giunta regionale per la Lombardia – non rientrassero tra i comportamenti significanti, imputabili alla regione e dotati di efficacia e rilevanza esterna a tal punto da esprimere in modo chiaro e inequivoco la pretesa di esercitare una data competenza invadendo l'altrui sfera di attribuzione, cfr. sul punto C. Cost., sent. n. 332 del 2011.

problematiche – come la stratificazione normativa verificatasi soprattutto all’inizio dell’emergenza – che sono state poi oggetto di decisioni successive del medesimo Giudice delle Leggi.

Il tema del conflitto tra misure statali e regionali è poi riemersa con maggior vigore in merito alle censure mosse dallo Stato¹⁵³ avverso la legge della regione Valle d’Aosta del 9 dicembre 2020, n. 11¹⁵⁴, disciplinante le “*Misure di contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2 nelle attività sociali ed economiche della Regione autonoma Valle d’Aosta in relazione allo stato d’emergenza*”¹⁵⁵; la legge avrebbe incarnato, a detta dell’esecutivo nazionale, la volontà della regione di sottrarre i poteri di ordinanza del suo Presidente ai limiti posti dalla legislazione nazionale, ponendovi alla base un atto legislativo di matrice regionale.

Il governo ha ritenuto¹⁵⁶ dunque che l’intera legge fosse stata emanata in contrasto con gli artt. 25, secondo comma, 117, secondo comma, lettere m), q), h), e terzo comma, nonché 118 e 120 della Costituzione; in pratica, si riteneva che l’atto normativo eccedesse le competenze statutarie regionali. Nello specifico, lo Stato riteneva che la materia delle misure di contenimento fosse suscumbibile sotto la competenza esclusiva statale della profilassi internazionale¹⁵⁷, nonché di quella

¹⁵³ Ricorso del 21 dicembre 2020.

¹⁵⁴ In subordine, veniva chiesta la censura degli artt. 2, commi 4, 6, 7, 9, da 11 a 15, 18 e da 20 a 25, e 3, co. 1, lett. a) della legge.

¹⁵⁵ Particolare attenzione era posta alla censura dell’art. 2, che in 25 commi disponeva misure restrittive a seconda del tipo di attività considerata (attività *sempre consentite* nel rispetto dei protocolli di sicurezza; attività *consentite ma sospendibili* con ordinanza del Presidente della giunta; attività *vietate ma autorizzabili* con ordinanza); seguivano poi gli articoli 4 e 5 che conferivano i poteri di ordinanza e di adozione di altri atti al Presidente e alla giunta. Cfr. ESPOSITO T., *La gestione dell’emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., p. 423; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all’emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?)*. Nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021, in *Rivista AIC – osservatorio costituzionale*, 4/2021, pp. 234 s.

¹⁵⁶ Per una disamina approfondita dei motivi di ricorso cfr. POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all’emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 236.

¹⁵⁷ Di per contro, la regione ha risposto in memoria che tale richiamo non fosse pertinente in quanto le norme impugnate non costituivano attuazione di misure di profilassi dettate a livello internazionale.

relativa alla determinazione dei LEP di cui all'art. 117 co. 2 lett. m) Cost.¹⁵⁸ e della determinazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute delegata allo Stato dall'art. 117, co. 3, Cost.

Tutto ciò, a detta del ricorrente, si imporrebbe anche nei confronti delle autonomie speciali, lamentando, in particolare, che le Regioni – anche quelle a statuto speciale – non potessero cristallizzare con legge regionale la disciplina di gestione dell'emergenza che le disposizioni normative statali allora in vigore permettevano di gestire solo in via amministrativa.

La difesa governativa ha, altresì, sottolineato la necessità che il solo Stato intervenisse a livello normativo sulla materia in ragione del principio di sussidiarietà e in nome della gestione unitaria ed ordinata della crisi¹⁵⁹.

Di per suo conto, la regione Valle d'Aosta si è difesa segnalando come l'utilizzo del D.P.C.M. per la gestione emergenziale costituisca una pratica illegittima, in quanto incidente su diritti di libertà presidiati dalla riserva di legge¹⁶⁰.

La Corte si è pronunciata, in un primo momento, con l'Ordinanza 14 gennaio 2021, n. 4, disponendo l'accoglimento, per sussistenza dei requisiti, dell'istanza di sospensione dell'efficacia della legge regionale avanzata dal Governo; si è trattato della prima pronuncia in cui il Giudice costituzionale ha utilizzato il potere di sospensione cautelare di un atto legislativo, previsto dalla l. 131/2003¹⁶¹.

¹⁵⁸ Anche in questo caso, regione Valle d'Aosta ha risposto in memoria deducendo l'assenza, tra le misure disposte nella legge, di disposizioni aventi contenuto prestazionale.

¹⁵⁹ Pur con il rispetto, come sottolineato nei paragrafi precedenti, del principio di leale collaborazione, attraverso il coinvolgimento del Presidente della Regione interessata o il Presidente della Conferenza delle Regioni in vista dell'adozione dei D.P.C.M.

¹⁶⁰ Questo, secondo la regione, a prescindere che l'esercizio avvenisse tramite delega attraverso decreto-legge; se ne parlerà diffusamente più avanti, par. 3.2.

¹⁶¹ Non potendo approfondire ulteriormente in questo scritto, si rimanda alla dottrina di commento all'ordinanza 4/2021: CONZUTTI A., *Un "vaccino processuale" per combattere il COVID-19? La prima "storica" pronuncia di sospensiva*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, n. 1/2021, pp. 251 ss.; R. DICKMANN, *Il potere della Corte costituzionale di sospendere in via cautelare l'efficacia delle leggi (Osservazioni a margine di Corte cost., Ord. 14 gennaio 2021, n. 4)*, in *Federalismi.it*, n. 4/2021, pp. 118

Ciò che interessa maggiormente qui, però, è che già in questo atto prodromico la Corte ha anticipato delle conclusioni di merito, riconoscendo la correttezza del richiamo alla materia della profilassi internazionale da parte dello Stato¹⁶².

Successivamente, con sentenza del 24 febbraio 2021, n. 37¹⁶³, la Corte ha ribadito questo assunto, aggiungendo che la pandemia ha assunto sin dall'inizio dell'emergenza un rilievo internazionale, tanto da spingere le organizzazioni sovranazionali – in particolare l'OMS con propria dichiarazione il 30 gennaio 2020 – a emanare raccomandazioni dirette agli Stati membri, tra cui l'Italia; di conseguenza, una normativa regionale che introducesse misure di contrasto alla pandemia costituirebbe una alterazione della necessaria risposta unitaria su tutto il territorio, affidata dalla Costituzione allo Stato¹⁶⁴.

ss.; MENEGUS G., *Osservazioni sulla prima sospensione cautelare (ordinanza n. 4/2021) di una legge regionale da parte della Corte costituzionale (e sulla sent. n. 37/2021)*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2/2021; MINISCALCO N., *Godot è arrivato! La Corte costituzionale, per la prima volta, sospende la legge (note a margine di Corte costituzionale, Ord. n. 4 del 14 gennaio 2021)*, in *Consulta OnLine*, n. 1/2021, pp. 223 ss.; ROSSI E., *Il primo caso di sospensione di una legge (regionale): rilievi procedurali su un istituto al suo esordio*, in *Rivista AIC*, n. 2/2021, pp. 154 ss.; VUOLO A., *Il potere cautelare della Corte costituzionale con specifico riguardo al giudizio in via principale: passato, presente e futuro*, in *Federalismi.it*, 10/2021, pp. 309 ss.

¹⁶² Cfr. MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all'emergenza pandemica tra Stato e Regioni, a margine della sent. n. 37/2021*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2/2021, p. 11; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 238, che sottolinea come la Corte abbia operato una "pulizia" delle motivazioni sollevate dallo Stato, che aveva fatto riferimento anche all'intervento in sussidiarietà e all'esercizio dei LEA, par. 15 del *Considerato in diritto*. Cfr. sul punto anche CARAVITA B., *La sentenza della Corte sulla Valle d'Aosta*, cit., pp. 2 ss. La dottrina, però, ha sottolineato come questa scelta non si sia rivelata felice, viste le critiche piovute sull'utilizzo della profilassi internazionale; viceversa, sarebbe stato più facile percorrere la strada dei principi fondamentali in materia di tutela della salute (inclusi nei D.L. 19 e 33/2020) e dell'intervento in sussidiarietà, cfr. CUOCOLO L., GALLARATI F., *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della profilassi internazionale*, in *Corti supreme e salute*, pp. 6 e 9; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 253

¹⁶³ Depositata il 12 marzo 2021.

¹⁶⁴ La sentenza (par. 7 *Considerato in diritto*) offre anche una lettura storica della materia «profilassi internazionale»: prima della riforma del Titolo V, essa era una materia/funzione strettamente intrecciata alla «profilassi [nazionale] delle malattie infettive», affidata alla competenza dello Stato e delegata in concreto alle Regioni (artt. 6 e 7 legge n. 833/1978); il nuovo art. 117 Cost. ha poi confermato nella sfera della competenza legislativa esclusiva dello Stato la cura degli interessi che emergono innanzi ad una malattia pandemica di larga distribuzione geografica, ovvero tale

Inoltre, è risultato chiaro che “ogni decisione di aggravamento o allentamento delle misure di restrizione ricade sulla capacità di trasmissione della malattia oltre le frontiere nazionali, coinvolgendo così profili di collaborazione e confronto tra Stati, confinanti o meno”¹⁶⁵.

Né avrebbe seguito la tesi regionale per cui la materia delle profilassi internazionale avrebbe un contenuto di natura trasversale, configurando viceversa una vera e propria materia-oggetto collocata in un ambito ben distinto, senza dubbio inclusivo della prevenzione e del contrasto alle malattie pandemiche. In esso¹⁶⁶ deve essere ricompreso ogni strumento di prevenzione e contrasto alla pandemia; perciò, non solo misure direttamente coercitive ed incidenti sulle libertà come le misure di quarantena e le altre restrizioni alle attività sociali, ma anche le previsioni organizzative come l’approccio terapeutico, i criteri e le modalità di rilevamento del contagio, le modalità di raccolta ed elaborazione dei dati e via discorrendo¹⁶⁷.

La Corte, inoltre¹⁶⁸, ha utilizzato come termine di paragone quanto previsto dall’art. 32 l. 833/1978, sottolineando come il potere di adottare ordinanze contingibili e urgenti spetti a Regioni ed enti locali “esclusivamente laddove l’efficacia di tali atti possa essere garantita da questo livello di governo”; nei casi di emergenze sull’intero territorio nazionale o interregionale, la competenza spetta allo Stato. Similmente, anche il nuovo Codice della Protezione civile radica nello

da dover essere reputata “internazionale”, sulla base della diffusività che la connota. Cfr. sul punto POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all’emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 239.

¹⁶⁵ Sent. 37/2021, *Considerato in diritto*, par. 7.

¹⁶⁶ Sent. 37/2021, par. 7.1 del *Considerato in diritto*.

¹⁶⁷ La Corte richiama la giurisprudenza pregressa (in particolare le sentenze 12/2004, 406/2005, 173/2014, 270/2016 e 5/2018) in cui ha chiarito che nella profilassi internazionale rientrano tutte le norme che garantiscano uniformità, anche nell’attuazione, in ambito nazionale, di programmi elaborati in sede internazionale e sovranazionale. Cfr. MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., pp. 12 s.; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all’emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., pp. 240 s.

¹⁶⁸ Sent. 37/2021. Par. 8.

Stato il potere di adottare ordinanze contingibili e urgenti di protezione civile, pur *“acquisita l’intesa con le Regioni e le Province autonome territorialmente interessate”*.

La Corte, poi, ha ancorato ulteriormente¹⁶⁹ le proprie statuizioni a una ricostruzione della normativa emergenziale, alla quale si sono riconosciuti *“tratti del tutto peculiari [...] a causa della rapidità e della imprevedibilità con cui il contagio si spande”*; nello specifico *“il legislatore statale si è affidato ad una sequenza normativa e amministrativa che muove dall’introduzione, da parte di atti aventi forza di legge, di misure di quarantena e restrittive, per culminare nel dosaggio di queste ultime, nel tempo e nello spazio, e a seconda dell’andamento della pandemia, da parte di decreti del Presidente del Consiglio dei ministri”*.

Per quanto concerneva la censura relativa alla presunta lesione delle sfere di competenza regionale come desunte dallo Statuto speciale della Valle d’Aosta, la Corte¹⁷⁰ ha sottolineato come in esse non fosse presente alcuna attribuzione in materia di profilassi internazionale; di conseguenza, anche in ragione di quanto previsto nella *“clausola di maggior favore”* di cui all’art. 10 l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3, per tale materia vale per la regione Valle d’Aosta quanto prescritto dall’art. 117 co. 2 lett. q e dall’art. 117 co. 3 in materia, rispettivamente, di profilassi internazionale e in materia di tutela della salute¹⁷¹.

¹⁶⁹ Sent. 37/2021, par. 9 del *Considerato in diritto*.

¹⁷⁰ Sent. 37/2021, par. 11 del *Considerato in diritto*.

¹⁷¹ Nello specifico, lo statuto speciale valdostano prevede solo una competenza legislativa di integrazione e di attuazione in materia di *“igiene, sanità, assistenza ospedaliera e profilattica”*; si tratta di attribuzioni meno ampie rispetto a quanto previsto dall’art. 117 co. 2 in materia, appunto, di *“tutela della salute”* per le Regioni ordinarie; di conseguenza, l’applicazione della clausola di maggior favore non può che integrare le competenze delle Regioni speciali in materia, parificandole a quelle ordinarie, non certo attribuendo anche la competenza in materia di profilassi internazionale o di LEA. Cfr. BALDUZZI R., PARIS D., *La specialità che c’è, ma non si vede. La sanità nelle Regioni a Statuto speciale*, in *Corti supreme e salute*, 1/2018, pp. 155 ss.; MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., p. 12; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all’emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 242.

La Corte, in definitiva, ha accolto buona parte delle censure formulate avverso la legge 11/2020 di regione Valle d'Aosta¹⁷², specificando di fatto che l'unica fonte abilitata nel periodo emergenziale a introdurre misure di contenimento dell'epidemia era quella statale, nello specifico il binomio decreto-legge – D.P.C.M. individuato dal Codice della protezione civile e affinato nell'esperienza concreta¹⁷³.

Sulla pronuncia 37/2021 la dottrina ha condiviso in linea di massima¹⁷⁴ l'esito caducatorio della pronuncia, sulla scorta della necessità di predisporre in via straordinaria strumenti idonei a garantire la centralizzazione degli interventi contro la diffusione del contagio; ha però contestualmente effettuato alcuni rilievi critici in merito al percorso argomentativo utilizzato dalla Corte per motivarlo, concentrandosi, in particolare, sul richiamo alla profilassi internazionale per giustificare le misure di contrasto alla pandemia, sotto molteplici profili.

Anzitutto, è apparsa forzata l'interpretazione del concetto di "profilassi internazionale" fornita dalla Corte, che ridisegnerebbe il riparto di competenze in materia di tutela della salute inaugurato dal nuovo Titolo V. Non ha convinto soprattutto la lettura "storica" della materia, non tanto nel richiamo agli artt. 6 e 7 della l. 833/78¹⁷⁵ in sé, quanto nel desumerne la possibilità, per lo Stato, di riaccentrare su di sé l'insieme delle funzioni in casi di emergenza. Questa lettura avrebbe cessato la propria efficacia nel momento in cui il legislatore

¹⁷² Sent. 37/2021, parr. 14 ss. del *Considerato in diritto*. Alcune delle censure mosse, tuttavia, sono risultate infondate; nello specifico, sono rimasti inalterati gli articoli da 3 a 7 (con l'eccezione dei primi tre commi dell'art. 4) della legge regionale 11/2020, in quanto non interferenti con quanto determinato dalla legge statale; si tratta di norme meno significative, attenenti a profili organizzativi della regione. Cfr. MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., p. 11.

¹⁷³ MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., p. 12.

¹⁷⁴ POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., pp. 232 s.

¹⁷⁵ Che, lo si ricorda, riconducevano allo Stato le funzioni amministrative in materia di "profilassi internazionale, marittima, aerea e di frontiera" e di "profilassi delle malattie infettive e diffusive [...] nonché gli interventi contro le epidemie"; l'esercizio di queste ultime veniva però delegato alle Regioni.

costituzionale ha deciso, nel 2001, di scindere le competenze in materia sanitaria isolando la materia della profilassi internazionale dalla tutela della salute in generale¹⁷⁶ – in cui verrebbe ricompresa la materia della profilassi di livello nazionale¹⁷⁷.

Questa lettura sarebbe altresì tanto più critica in quanto avrebbe rappresentato uno scostamento da quanto precedentemente statuito dalla Consulta¹⁷⁸, da cui

¹⁷⁶ Distinzione peraltro calcata più volte dalla Consulta (sentenze 173/2014 e 222/2003 su tutte).

¹⁷⁷ Cfr. POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., pp. 243-244, che conferma questa lettura basandosi su quanto previsto prima della riforma dall'art. 126 D.Lgs. 112/1998 – che demandava allo Stato le funzioni amministrative in materia di profilassi internazionale: si faceva in esso “particolare riferimento ai controlli igienico-sanitari alle frontiere, ai controlli sanitari delle popolazioni migranti, nonché ai controlli veterinari infracomunitari e di frontiera”, tutti micro-ambiti accomunati dalla caratteristica di rivolgersi ai movimenti di frontiera in generale, con esclusione invece delle misure relative agli spostamenti interni; ne scaturiva dunque una lettura “di ritaglio” della stessa profilassi internazionale che poteva avere funzione assorbente degli aspetti della tutela della salute. Sull'efficacia del riparto amministrativo pre-riforma costituzionale, ai fini dell'interpretazione del nuovo riparto di competenze cfr. BENELLI F., *I criteri di allocazione delle competenze nella giurisprudenza costituzionale dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, in *Le istituzioni del federalismo*, 1/2007, p. 15; BIN R., *La funzione amministrativa nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2002, pp. 365 ss.; LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario*, cit., p. 12.. Si veda anche, come esempio di giurisprudenza costituzionale conforme, C. cost., sent. 13/2004, in cui la Corte afferma che “è implausibile che il legislatore costituzionale abbia voluto spogliare le Regioni di una funzione che era già ad esse conferita nella forma della competenza delegata dall'art. 138 del decreto legislativo n. 112 del 1998”.

¹⁷⁸ In verità già la sentenza n. 5/2018 – sugli obblighi vaccinali introdotti nel 2017 – aveva decretato una parziale rivisitazione del proprio orientamento, coniugando la profilassi internazionale con i «documenti delle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali» indicanti l'obiettivo della immunità di gregge. Anzitutto, la Corte ricordava come l'obiettivo di raggiungere il 95% di copertura per alcune vaccinazioni infantili fosse stato più volte concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni e ricompreso nei diversi Piani nazionali vaccinali; da qui la legittimità di un intervento statale in presenza di Regioni non in linea con quegli obiettivi.

Proseguiva poi la Corte che, quando si tratta di profilassi preventiva contro le malattie infettive, occorre garantire una copertura territoriale globale; da qui la rilevanza, in questi casi, della profilassi internazionale, nella misura in cui le norme in questione servono, come detto, a garantire uniformità anche nell'attuazione, in ambito nazionale, di programmi elaborati in sede internazionale e sovranazionale.

La debolezza di questa argomentazione è stata sottolineata a suo tempo dalla dottrina (cfr. IANNUZZI A., *L'obbligatorietà delle vaccinazioni a giudizio della Corte costituzionale fra rispetto della discrezionalità del legislatore statale e valutazioni medico-statistiche*, in *consultaonline.it*, n. 1/2018); in quel caso, tuttavia, il profilo della profilassi internazionale non assurgeva ad unico titolo competenziale assorbente, venendo richiamati *ad adiuvandum* anche i principi fondamentali in materia di tutela della salute e la determinazione dei livelli essenziali di assistenza. Sul parallelismo tra questa sentenza e la 37/2021 cfr. MORELLI A., *Vaccinazioni e Regioni: quale lezione*

emergeva un'interpretazione della profilassi connessa all'esigenza di garantire in maniera uniforme sul territorio nazionale l'attuazione di normative internazionali o comunitarie¹⁷⁹; situazione che non si sarebbe realizzata nella circostanza in esame, dato che una vera e propria profilassi internazionale – intesa come metodica condivisa a livello sovranazionale per combattere il virus – non è stata mai elaborata¹⁸⁰.

Sulla scorta di questi rilievi, è stato messo in dubbio l'automatismo, operato dalla Consulta, per cui ogni previsione pandemica costituisca “attuazione, in ambito nazionale, di programmi elaborati in sede internazionale e sovranazionale”, conferendo così alla materia della profilassi internazionale un valore “inglobante”¹⁸¹ dell'intera tutela della salute nei periodi emergenziali; di per contrario, le Regioni non conserverebbero alcuno spazio di intervento normativo e pure in ambito di decisioni amministrative sarebbero comunque etero-diretti dal livello statale¹⁸². Questa statuizione appare incompatibile con un ordinamento giuridico multilivello, soprattutto in presenza di alternative che permettano il coinvolgimento regionale e il coordinamento unitario¹⁸³.

trarre riguardo al sistema delle autonomie? in *Diritti regionali*, 1/2021, pp. 5 s.; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., pp. 248 ss.

¹⁷⁹ Cfr. C. cost., sentenze 12/2004, 406/2005, 72/2013, 173/2014.

¹⁸⁰ L'O.M.S., in effetti, nelle proprie direttive si è limitata ad elaborare una strategia basata su risposte differenziate, cfr. MEZZANOTTE M., *Pandemia e riparto delle competenze Stato-Regioni in periodi emergenziali*, in *consultaonline.it*, n. 1/2021.

¹⁸¹ Cfr. CARUSO C., *Il regionalismo autarchico è incostituzionale: dal Giudice delle leggi una pronuncia che mette ordine nella gestione territoriale della pandemia*, in *Questione giustizia*, 13/4/2021, p. 6, che parla di “clausola di supremazia implicita”.

¹⁸² Cfr. MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., p. 17, che aggiunge come sia discutibile configurare le strutture sanitarie regionali alla stregua di organizzazioni periferiche statali cui imporre “criteri vincolanti di azione e modalità di conseguimento di obiettivi” a fini profilattici, auspicando viceversa un maggiore coinvolgimento locale; dello stesso avviso POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 251.

¹⁸³ Cfr. BENELLI F., *I criteri di allocazione delle competenze nella giurisprudenza costituzionale*, cit., p. 22; LUCARELLI A., *La gestione dell'emergenza da Covid-19 tra regole uniformi, istanze di autonomia ed incertezza negli strumenti normativi*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2/2021, p. 471; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 251.

Si è contestata, peraltro, anche la presunzione che ciascuna misura pandemica fosse nel concreto incisiva nel contenimento del virus entro i confini nazionali; infine, anche ammettendo che questo assunto sia vero, non se ne desumerebbe automaticamente che l'unico livello di intervento idoneo al contenimento del virus entro il confine sia quello statale¹⁸⁴.

Proseguendo nelle critiche, si è contestata la qualificazione di materia-oggetto operata dalla Corte per la profilassi internazionale: appare infatti contraddittorio il ragionamento del Giudice delle Leggi, che da un lato nega la natura trasversale della materia di cui all'art. 117 co. 2 lett. q), mentre dall'altro vi ricomprende in essa *“ogni misura volta a contrastare una pandemia sanitaria in corso, ovvero a prevenirla”*; sembra, da questa definizione, che la profilassi sanitaria si configuri piuttosto come materia finalistica, idonea quindi ad attraversare più ambiti materiali. Stando così le cose, la mancanza di riferimenti a procedure cooperative sembra poco coerente con quanto stabilito dalla Corte rispetto all'esercizio di altre competenze finalistiche da parte dello stato, come i LEA¹⁸⁵.

Infine, è rilevato per i critici della pronuncia anche il profilo relativo all'inclusione, nella profilassi internazionale, dell'approccio terapeutico¹⁸⁶ al

¹⁸⁴ Cfr. Quest'ultimo ragionamento varrebbe, soprattutto, per Regioni e territori di confine, cfr. MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., p. 15; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 244.

¹⁸⁵ In verità, il par. 12 del *Considerato in diritto* della sentenza 37/2021 fa riferimento al percorso di leale collaborazione attivato *in primis* con l'art. 2 D.L. 19/2020, giudicandolo idoneo rispetto alle competenze regionali toccate dalle misure e necessario, dato che l'attuazione delle misure stesse doveva per forza passare dall'organizzazione regionale; tuttavia, alcuni autori hanno contestato questa lettura, giudicando insufficiente come forma cooperativa la mera espressione di pareri sui D.P.C.M. a cura dei presidenti regionali, cfr. CATELANI E., *Centralità della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome durante l'emergenza Covid-19? Più forma che sostanza*, cit., pp. 501 ss.; CUOCOLO L., GALLARATI F., *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della profilassi internazionale*, cit., 1/2021, p. 16; DI COSIMO G., MENEGUS G., *L'emergenza Coronavirus tra Stato e Regioni*, cit., pp. 183 ss.; ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., p. 392; MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., pp. 14 s.; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., pp. 233 e 254 s.

¹⁸⁶ Cfr. MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., p. 17, che auspica piuttosto la riconduzione di questo specifico ambito alla tutela della salute.

virus: l'appropriatezza delle scelte terapeutiche è sempre stata attribuita, nella giurisprudenza della Corte, all'autonomia ed alla responsabilità del professionista, pur sulla base dei risultati delle evidenze scientifico sperimentali; attribuzione che limitava le scelte del legislatore, tanto statale quanto regionale¹⁸⁷ e che non può essere disattesa. Ne conseguirebbe che l'intervento legislativo emergenziale sul punto deve essere esercitato *"alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte [...], e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica"*¹⁸⁸; questo varrebbe, a maggior ragione, in una situazione emergenziale inedita come quella del Covid-19, in cui il momento di sperimentazione e quello di adozione dei protocolli medici sono stati concentrati in un tempo brevissimo rispetto al consueto¹⁸⁹.

Sull'approccio della Corte è stata espressa, infine, una ulteriore considerazione, questa volta di metodo. La decisione cui è pervenuta la Corte si è inserita un filone giurisprudenziale che ancorava saldamente le previsioni pandemiche all'esercizio della competenza ex art. 117 co. 2 lett. q); tuttavia, si nota come la decisione di cui alla sentenza n. 37/2021 riveli anche un profilo di giustizia "politica".

¹⁸⁷ Cfr. C. cost., sent. 282/2002, che ha specificato come non sia, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni; ruolo che spetta invece al medico, pur in regime di consenso informato del paziente e basandosi sullo stato delle acquisizioni scientifiche e sperimentali a disposizione in un determinato momento storico.

¹⁸⁸ Cfr. C. cost., sent. 5/2018, capofila come già sottolineato *supra* in tema di vaccinazioni obbligatorie.

¹⁸⁹ Questo si ricollega a quanto sottolineato nelle conclusioni del capitolo II rispetto al ruolo del progresso tecnico-scientifico nel bilanciamento tra tutela della salute e altri interessi costituzionalmente tutelati: in questo caso, ciò è emerso prepotentemente in ragione delle caratteristiche peculiari dell'emergenza; ma non si può escludere che questo principio possa modellare l'esercizio delle funzioni in materia sanitaria da parte dei poteri pubblici anche in situazioni ordinarie. Cfr. MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., pp. 16 s.; PATRONI GRIFFI A., *Scienza e diritto ai tempi dell'emergenza da Covid-19: qualche annotazione*, in DE MINICO G., VILLONE M. (a cura di), *Stato di emergenza e tecnologia*, in *Consulta OnLine*, numero speciale/2020.

Questo non tanto rispetto alla l.r. Valle d’Aosta n. 11/2020, bensì rispetto al trattamento diverso accordato ad altre Regioni intervenute con una propria normativa primaria a disciplinare la materia pandemica. È il caso della l.p. dell’8 maggio 2020, n. 4 emanata dalla Provincia Autonoma di Bolzano, la quale è intervenuta a disciplinare, similmente alla legge valdostana, le *“misure di contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2 nella fase di ripresa delle attività”*¹⁹⁰.

Su questa differenziazione di trattamento si possono esprimere alcuni rilievi: ufficialmente, il governo è stato più indulgente verso la normativa della Provincia di Bolzano in considerazione delle peculiarità delle due diverse fasi della pandemia in cui sono stati emanati i due atti¹⁹¹; si potrebbe notare poi che, in verità, le disposizioni della l.p. 4/2020 non contenessero realmente delle disposizioni divergenti o comunque interferenti con la normativa statale¹⁹². Probabilmente, infine, la motivazione di questa indulgenza è risieduta anche in un risvolto politico, dal momento che il governo Conte II – gestore dell’emergenza con una maggioranza in parlamento piuttosto ridotta – rischiava di cadere proprio per le pressioni di alcuni parlamentari dell’SVP. È emersa,

¹⁹⁰ Con previsioni senza dubbio incidenti sulla sfera di competenza statale come determinate dalla Consulta. Ne è un esempio la misura di cui all’art. 1 par. 8 che disponeva come di seguito: *“L’attività sportiva e l’attività motoria sono svolte rispettando la distanza di sicurezza e osservando le misure di cui all’allegato A. Tali attività, come anche l’attività ludica, possono essere svolte, con le medesime modalità di sicurezza, in parchi, parchi giochi e aree verdi, a condizione che i bambini siano accompagnati e nel rispetto delle necessarie misure igienico-sanitarie”*. Cfr. CATELANI E., *Centralità della Conferenza delle Regioni e delle province autonome durante l’emergenza COVID-19? Più forma che sostanza*, cit., p. 514

¹⁹¹ La legge provinciale altoatesina è coincisa col progressivo allentamento delle misure della prima ondata, mentre la legge valdostana è intervenuta in un momento critico della seconda ondata coincidente con l’aprossimarsi del periodo delle festività natalizie.

¹⁹² Rilievo errato nel merito, a giudizio di chi scrive, e in ogni caso anche nel metodo: come segnalato, nella logica della sent. 37/2021 anche una normativa primaria regionale meramente riproduttiva delle disposizioni statali sarebbe idonea ad impedire l’applicazione di queste ultime sul territorio, configurando di fatto un’invasione di competenze.

dunque, anche qui la natura ibrida (politica e tecnica) del ricorso in via principale, pur in una situazione emergenziale come quella sussistente nel 2020¹⁹³.

3.2. Le decisioni della Corte sulla congruità delle fonti utilizzate per la normativa emergenziale

Un ulteriore filone di decisioni della Consulta – strettamente legato al tema della competenza appena trattato – si è occupato della compatibilità della normativa emergenziale con i principi disposti in materia di gerarchia delle fonti e di rispetto delle prerogative costituzionali degli organi legislativi: è infatti indubbio che le istituzioni siano state costrette ad adattare procedure e atti alla situazione inedita palesatasi, manifestando alcune criticità¹⁹⁴.

Sul punto, la dottrina ha sottolineato come l'adozione delle misure emergenziali si sia caratterizzata da una prima fase, in cui si è proceduto attraverso atti non legislativi – ordinanze ministeriali e provvedimenti di protezione civile – esenti dal giudizio di legittimità costituzionale; ci si è mossi, in sostanza, all'interno di quanto enucleato da una previsione legislativa vigente – il D.Lgs. 1/2018, che prevede peraltro un coinvolgimento “forte” degli esecutivi regionali – in “ibridazione” con i poteri di ordinanza *ex art. 32 l. 833/78*¹⁹⁵.

¹⁹³ È opportuno segnalare che la stessa indulgenza non è stata utilizzata avverso le ordinanze del Presidente della Giunta della Provincia autonoma di Bolzano 23 aprile 2021, n. 20 e 21 maggio 2021, n. 23, che hanno disposto una disciplina del trattamento dei dati personali connesso alla certificazione verde parzialmente difforme da quella disposta dalla normativa nazionale: su di esse è infatti intervenuto il Garante per la protezione dei dati personali con provvedimento inibitorio del 18 giugno 2021, n. 244, successivamente impugnato per conflitto di attribuzione dalla Provincia autonoma con esito negativo, C. cost., sent. 24 maggio 2022, n. 164.

¹⁹⁴ Cfr. ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, in *Diritti regionali*, 1/2022, p. 382.

¹⁹⁵ LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., pp. 382 s.

Con l'aggravarsi dell'emergenza, però, si è inaugurata una seconda fase – iniziata con l'emanazione del D.L. 6/2020¹⁹⁶ – in cui si sono sostituite ai provvedimenti sub-legislativi delle fonti di rango primario (decreti-legge e leggi di conversione), i quali a sua volta hanno demandato la specificazione delle misure a uno strumento normativo peculiare, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri¹⁹⁷. In sostanza, quindi, il percorso scelto per introdurre nell'ordinamento disposizioni emergenziali è stato quello codificato dall'art. 77 Cost. per i "casi straordinari di necessità e urgenza"¹⁹⁸, dimostratosi in questa occasione particolarmente efficace nel modellarsi alla situazione inedita¹⁹⁹.

È qui che secondo alcuni Autori²⁰⁰ si sarebbe prodotta un'aporìa nell'utilizzo della fonte come costituzionalmente codificata: il decreto-legge è stato utilizzato come fonte sulla produzione normativa, demandando ai D.P.C.M. la sostanziale determinazione di misure fortemente incisive delle libertà fondamentali con un eccesso di discrezionalità, non proporzionata né adeguata; ciò avrebbe comportato la violazione della riserva di legge assoluta e del principio di legalità sostanziale²⁰¹.

Altro aspetto critico strettamente legato al precedente era rappresentato dal superamento²⁰² di quanto previsto nel D.Lgs. 1/2018, che per la gestione

¹⁹⁶ Considerato il "capostipite" dei provvedimenti incriminati, cfr. COSULICH M., *Lo Stato regionale italiano alla prova dell'emergenza virale*, in *Amministrazione in cammino*, 2 aprile 2020, p. 4.

¹⁹⁷ Cfr. VUOLO A., *Il sindacato di legittimità sulle misure di contrasto all'epidemia*, cit., p. 88.

¹⁹⁸ Cfr. LUCARELLI A., *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2020, p. 561.

¹⁹⁹ Cfr. MANFRELOTTO R., *La delegificazione nella disciplina dell'emergenza pandemica*, in *Rivista AIC*, 2/2021, p. 226.

²⁰⁰ Cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 62; LUCARELLI A., *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza sanitaria*, cit., p. 576; STAIANO S., *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in *Rivista AIC*, 2/2020, p. 535.

²⁰¹ Cfr. LUCARELLI A., *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza sanitaria*, cit., p. 567-568.

²⁰² Sul tema qualcuno ha sottolineato che il codice della protezione civile, così come le norme generali sul sistema sanitario nazionale, non è stato esplicitamente richiamato in deroga dai decreti-legge emergenziali, cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 387; NAPOLITANO G., *I poteri pubblici di fronte alla pandemia*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2/2020, p. 145.

dell'emergenza individua come strumento tipico le ordinanze di protezione civile²⁰³; cambio che sarebbe stato discutibile soprattutto perché il Codice della protezione civile garantisce un maggiore coinvolgimento regionale nella determinazione del contenuto degli atti²⁰⁴; in secondo luogo, esso avrebbe comportato l'abbandono della tecnica di predisposizione di norme generali per la gestione delle emergenze, affidandosi invece a provvedimenti *ad hoc* a seconda del caso concreto²⁰⁵.

Si è sottolineato che l'utilizzo di questo binomio tra fonte legislativa e fonte regolamentare non rappresenta una soluzione inedita, nella gestione delle emergenze²⁰⁶. Ne è un caso quanto accaduto in occasione della stagione della crisi economica post 2008: una disposizione²⁰⁷ emanata nel 2012 aveva infatti previsto la possibilità, per il Presidente del Consiglio dei ministri, di predisporre²⁰⁸ con

²⁰³ Cfr. ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., pp. 405 s. e 443 ss.; LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 397, che ne deduce una rottura nel rapporto collaborativo che si era instaurato tra lo Stato e le Regioni finché si era lavorato attraverso provvedimenti del Dipartimento di protezione civile; dello stesso avviso CARDONE A., *Il baratro della necessità e la chimera della costituzionalizzazione: una lettura della crisi delle fonti del sistema di protezione civile contro le battaglie di retroguardia*, in *Osservatorio sulle fonti*, fascicolo speciale/2020, p. 315.

²⁰⁴ Come si è già sottolineato *supra*, il D.Lgs. 1/2018 prevede espressamente che i provvedimenti debbano essere preceduti dalla conclusione di un'intesa con i Presidenti delle Regioni interessate o con il Presidente della Conferenza delle Regioni nel caso di provvedimenti incidenti sull'intero territorio nazionale.

²⁰⁵ Cfr. quanto aggiunto poi da ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., pp. 445 ss., che riporta una tesi dottrinale secondo cui la deroga sarebbe stata addirittura illegittima; ragionamento che chi scrive non si sente di condividere. Infatti, un conto è ragionare sull'opportunità di derogare a un regime legislativo che viceversa si pone come paradigma per le situazioni emergenziali; altro è sostenere che una normativa di rango legislativo non possa in ogni caso essere derogata da una legge successiva o da atto equiparato, il che è inconcepibile. Favorevolmente a questa lettura cfr. CARNEVALE P., *Pandemia e sistema delle fonti a livello statale. Qualche riflessione di ordine sistematico*, in *Corti supreme e salute*, 1/2021, p. 46; DE SIERVO U., *Emergenza Covid e sistema delle fonti: prime impressioni*, in *Osservatorio sulle fonti*, fascicolo speciale/2020, p. 310.

²⁰⁶ Cfr. LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., p. 387; MORELLI A., *Le "convergenze parallele" dei modelli di normazione impiegati per fronteggiare la pandemia*, cit., p. 6.

²⁰⁷ Art. 1 co. 9 D.L. 174/2012, «Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012».

²⁰⁸ Recependo le linee guida della Conferenza Stato-Regioni.

proprio decreto la disciplina del modello di rendiconto di esercizio annuale da redigere a cura di ciascun gruppo consiliare regionale²⁰⁹; su di essa si è espressa la Corte costituzionale (sent. 39/2014), salvandola dalle censure sollevate²¹⁰, in quanto il D.P.C.M. suddetto non avrebbe avuto contenuto normativo, limitandosi a indicare criteri e regole tecniche per assicurare l'omogeneità nella redazione dei rendiconti annuali di esercizio dei gruppi consiliari²¹¹.

È in questi termini che si sono mossi i tentativi di censura dell'utilizzo del binomio decreto-legge – D.P.C.M. portati dinanzi alla Corte: essi hanno avuto origine, perlopiù, dalle iniziative di singoli parlamentari indirizzate a far valere l'illegittimità dell'utilizzo, *in primis*, di una fonte secondaria come il D.P.C.M. per la normazione di fattispecie – a detta dei ricorrenti – incidenti su diritti fondamentali coperti da riserva di legge.

Col primo di questi ricorsi, presentato dall'On. Vittorio Sgarbi²¹², è stato appunto conflitto di attribuzione avverso *“tutti i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri adottati [...] fino alla data di deposito del ricorso, per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”*.

In sostanza, l'utilizzo di quella fonte avrebbe costituito esercizio della funzione legislativa in contrasto con le norme sulla produzione legislativa di cui agli artt. 76 e 77 Cost.; questo avrebbe inciso illegittimamente su diritti fondamentali

²⁰⁹ L'obiettivo era assicurare la corretta rilevazione dei fatti di gestione e la regolare tenuta della contabilità

²¹⁰ Il ricorso in via diretta era stato sollevato dalla regione Friuli-Venezia Giulia, che lamentava in via subordinata violazione dell'art. 117 co. 6 Cost., par. 1.3.8.1. del *ritenuto in fatto*.

²¹¹ La pronuncia è stata criticata dalla dottrina, proprio sulla base di quanto poi contenuto nel D.P.C.M. di attuazione del 21 dicembre 2012: esso conterrebbe, nell'allegato A, delle prescrizioni atte a influire direttamente sulla stessa attività dei gruppi consiliari, uscendo dunque dal perimetro delle specificazioni tecniche. Cfr. DI COSIMO G., *Sul contenuto e sul controllo degli atti normativi (nota a sent. 39/2014)*, in *Le Regioni*, 4/2014, pp. 837 ss.; ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., p. 436.

²¹² Ha fatto seguito, con tenore simile, il ricorso presentato dalla deputata Sara Cunial in data 7 dicembre 2020 e deciso anch'esso con ordinanza di inammissibilità del 10 marzo 2021, n. 67.

costituzionalmente garantiti²¹³, evitando accuratamente – a detta del ricorrente – il più possibile di condividere l'adozione delle misure attraverso dei passaggi parlamentari e determinando così un'illegittima invasione, da parte del Governo, delle prerogative del singolo parlamentare.

La questione è stata comunque decisa in fase di delibazione dalla Corte con ordinanza del 10 marzo 2021²¹⁴, n. 66, in cui è stato dichiarato inammissibile il ricorso²¹⁵: le questioni di merito, tuttavia, permanevano e la Corte sarebbe stata chiamata a pronunciarsi di lì a poco in altro giudizio.

È il caso della sentenza del 23 settembre 2021, n. 198²¹⁶, originata da una rimessione del Giudice di pace di Frosinone; il giudizio *a quo* verteva su un'opposizione a una sanzione amministrativa comminata per la violazione di una delle restrizioni anti-Covid. Il quesito rimesso alla Corte ha riguardato perciò diffusamente le disposizioni dei decreti-legge 6/2020²¹⁷ e 19/2020²¹⁸, sospettate di violazione degli articoli 76, 77 e 78 della Costituzione in quanto “avrebbero

²¹³ Venivano citati nel ricorso il diritto al lavoro (artt. 1, 4, 35 e 36 della Costituzione), la libertà personale (art. 13 Cost.), la libertà di circolazione (art. 16 Cost.), la libertà di riunione (art. 17 Cost.), la libertà di culto (art. 19 Cost.), la libertà di istruzione (art. 34 Cost.), la libertà di iniziativa economica privata (art. 41 Cost.)

²¹⁴ Depositata il 13 aprile 2021.

²¹⁵ Le motivazioni sono legate a quanto stabilito nel tempo dalla Corte – in particolare nella storica ordinanza n. 17 del 2019 – rispetto all'annosa questione dell'ammissibilità sotto il profilo soggettivo del ricorso per conflitto di attribuzioni da parte del singolo parlamentare. Di questo argomento non è possibile trattare diffusamente; si riporta solo che la Consulta non ha ravvisato nel caso in esame la sussistenza dei “vizi che determinano violazioni manifeste delle prerogative costituzionali dei parlamentari”; circostanza confermata dal fatto che il Parlamento avesse più volte convertito – anche con modificazioni, dunque esercitando di fatto il potere di discussione e modifica propri del singolo parlamentare – le disposizioni emergenziali contenute nei decreti-legge di volta in volta in scadenza.

²¹⁶ Depositata il 22 ottobre 2021.

²¹⁷ Nello specifico, gli articoli 1, 2 e 3, sostanzialmente attributive di competenze straordinarie alle autorità competenti per l'adozione delle misure di contenimento e di gestione della situazione epidemiologica; nello specifico, era contenuta la delega dell'attuazione delle misure restrittive al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. Queste censure sono però state dichiarate inammissibili perché irrilevanti per il caso *a quo*, in cui la sanzione era stata comminata in ragione delle regole contenute nel solo D.L. 19/2020.

²¹⁸ Nello specifico, gli artt. 1, 2 e 4; quest'ultimo ha modificato, come già detto *supra*, il trattamento sanzionatorio, derubricandolo ad illecito amministrativo.

sostanzialmente delegato la funzione legislativa in materia di contenimento della pandemia da COVID-19 all'autorità di Governo per il suo esercizio tramite meri atti amministrativi – i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri –, in contrasto con il principio indiscusso di tipicità delle fonti-atto di produzione normativa, e al di fuori dell'unica ipotesi di emergenza costituzionalmente rilevante, quella dello stato di guerra²¹⁹.

L'Avvocatura Generale ha ribattuto²²⁰ richiamando la recente giurisprudenza costituzionale rappresentata dalla sent. 37/2021 – di cui ci si è occupato diffusamente *supra*: i decreti-legge impugnati contenevano già di per sé, infatti, l'intera disciplina sanzionatoria, stabilendo in via preventiva e con precisione le condotte, la misura della sanzione, etc.; i conseguenti decreti avrebbero avuto dunque una funzione di mera attuazione della disciplina stabilita con atto avente forza di legge²²¹. Rispetto al rilievo dell'assenza di una disciplina emergenziale utile al caso concreto, l'Avvocatura ha invece sottolineato come l'assunzione di poteri emergenziali appartenesse all'esecutivo in ragione di una disciplina normativa ben definita e antecedente – ossia il Codice della Protezione civile e, nello specifico, gli artt. 5 e 24.

La Corte costituzionale ha deciso di dirimere la questione con una tipica sentenza "riepilogativa" contenente una ricostruzione storico-giuridica della normativa rilevante²²²; successivamente, ha rilevato l'infondatezza delle censure mosse dal giudice *a quo*.

²¹⁹ Sent. 198/2021, par. 1 della *parte in fatto*.

²²⁰ Oltre a dedurre la non pertinenza dei parametri evocati, in quanto il principio di legalità delle sanzioni amministrative trova copertura non già negli artt. 76 e 77 Cost. ma nella lettura sistematica degli artt. 23 e 25 Cost; la Corte però ha liquidato l'eccezione sottolineando che l'errata indicazione del parametro non costituisce motivo di inammissibilità se non accompagnato alla individuazione carente del nucleo essenziale della censura.

²²¹ Peraltro, poi, convertita in legge successivamente.

²²² Sent. 198/2021, par. 1.1 ss. del *Considerato in diritto*.

Il D.L. 19/2020, infatti, aveva anche nelle premesse²²³ l'obiettivo di tipizzare le misure di gestione dell'emergenza con maggiore rispetto del principio di legalità, sussumendole perciò tutte in una fonte primaria²²⁴; i singoli provvedimenti attuativi hanno avuto solo l'obiettivo di scegliere, a seconda delle condizioni dell'epidemia in un dato tempo e luogo, tra quelle misure le più idonee, sempre secondo parametri posti *ex ante*²²⁵. Questa tipizzazione si è accompagnata, inoltre, dalla predisposizione di ulteriori garanzie, quali la temporaneità delle misure, la reiterabilità "*non oltre il termine finale dello stato di emergenza*", l'obbligo di riferire alle Camere ogni quindi giorni sulle misure adottate²²⁶.

La Corte ha concluso, poi²²⁷, con un richiamo storico alla propria giurisprudenza sulle ordinanze prefettizie contingibili e urgenti²²⁸, nella quale si era enucleata la distinzione tra "atto necessitato" e "ordinanza necessitata": se infatti entrambi si fondano sull'urgente necessità di provvedere, tuttavia il contenuto dei primi è prefissato dalle stesse norme legislative che devono attuare; le seconde, invece, costituiscono esplicitazione di poteri prefigurati dalla norma di legge solo in via generica. Data la natura tassativa delle disposizioni previste dal D.L. 19/2020, si consideravano dunque i relativi atti di attuazione come "*atti necessitati*" che non possono costituire una sorta di delega in bianco della funzione legislativa.

²²³ Cfr. la relazione illustrativa al disegno di legge di conversione.

²²⁴ Diversamente da quanto previsto nel D.L. 6/2020, che ha predisposto invece un catalogo dichiaratamente aperto, cfr. ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., p. 440; MORELLI A., *Le "convergenze parallele" dei modelli di normazione impiegati per fronteggiare la pandemia*, cit., p. 3.

²²⁵ Al di là del rilievo attribuito ai "*principi di adeguatezza e proporzionalità al rischio presente su specifiche parti del territorio nazionale ovvero sulla totalità di esso*" (art. 1 co. 2 D.L. 19/2020), il decreto ancorava la valutazione del rischio alla consultazione di un organismo tecnico quale il CTS; vi era dunque un ulteriore limite all'esercizio dei poteri emergenziali, un vero e proprio criterio di esercizio della discrezionalità amministrativa previsto dai D.P.C.M.

²²⁶ Previsione che in sede di conversione è stata addirittura sostituita con l'obbligo di illustrazione preventiva alle Camere del contenuto dei provvedimenti da adottare.

²²⁷ Sent. 198/2021, parr. 8 ss. del *Considerato in diritto*.

²²⁸ Art. 20 R.D. 383/1934, di cui C. cost., sent. n. 4/1977; le censure anche in quel caso avevano come parametri gli artt. 76 e 77 Cost.

La Corte si è inoltre prodigata, sia pure *obiter dictum*, di sottolineare la differenza tra le misure disposte con D.P.C.M. e il modello delle ordinanze contingibili e urgenti del Codice della protezione civile²²⁹: se infatti entrambe hanno trovato un punto d'incontro nella dichiarazione dello stato di emergenza, si tratta tuttavia di fonti differenti, pur avendo come organo competente lo stesso Presidente del Consiglio.

Tale dualismo, proseguiva la Corte, non stona col dettato costituzionale in quanto il modello storico di gestione delle emergenze affidato al potere di ordinanza – codificato nel D.Lgs. n. 1/2018 – non costituisce l'unico disponibile e legittimo, potendo il legislatore statale, di fronte ad un'emergenza tanto peculiare da rendere inadeguato il modello tradizionale, configurarne uno nuovo, con risposte normative e provvedimenti diversi.

Sulle conclusioni della Corte si è dibattuta diffusamente la dottrina, in particolare sul tema della natura del D.P.C.M. e della sua corretta collocazione nel sistema delle fonti. La critica principale²³⁰ ha messo in dubbio che i D.P.C.M. possano configurare "*atti amministrativi esecutivi sufficientemente tipizzati*", ammettendo quindi che essi possano avere un seppur minimo contenuto discrezionale, purché sufficientemente riconducibile al decreto-legge che ne costituisce il fondamento giuridico; questo collegamento non è sembrato automatico nel caso di specie, dato che le previsioni del D.L. 19/2020 erano ritenute troppo generiche per adempiere adeguatamente al compito²³¹.

Da ciò sarebbe conseguita una fuoriuscita dal perimetro tracciato dalla Costituzione, che ha prodotto inevitabili effetti anche sui rapporti tra lo Stato e le Regioni, dato che il paventato utilizzo improprio della fonte normativa statale

²²⁹ Come testimoniato dal richiamo, nei D.P.C.M. emanati, ai decreti-legge attributivi del potere di attuazione delle misure e non al D.Lgs. n. 1/2018.

²³⁰ LUCARELLI A., *L'erosione del principio di legalità e gli atti amministrativi sufficientemente tipizzati*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 5/ 2021, pp. 2063 e 2066.

²³¹ Cfr. ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., p. 390.

incideva sulla possibilità per le Regioni di esercitare le competenze regionali costituzionalmente protette²³².

4. Conclusioni: verso un nuovo “diritto dell'emergenza”, in una logica di leale collaborazione tra livelli di governo

La pandemia ha messo in crisi diffusamente i sistemi sanitari nazionali, incapaci di reagire ai numeri del contagio; ciò è accaduto anche in Italia in maniera diffusa²³³, persino nelle Regioni – si pensi al caso lombardo – dotate di SSR strutturati e caratterizzati da eccellenze gestionali e tecniche²³⁴. Se ne è dedotta l'inadeguatezza di quei sistemi regionali sbilanciati verso i poli ospedalieri, che sono stati saturati dall'ingente numero delle ospedalizzazioni e in difficoltà nel garantire l'erogazione delle altre prestazioni, nonché poco reattivi nella componente dei servizi territoriali²³⁵; caratteristica, come visto nel capitolo precedente, comune a diversi SSR ed oggetto di tentativi di riforma più o meno recenti²³⁶.

²³² BILANCIA F., *Ragionando “a freddo”: gli effetti della crisi emergenziale sui rapporti istituzionali Stato-Regioni*, in *Le istituzioni del federalismo*, fascicolo speciale/2020, p. 37.

²³³ Si riportano qui alcuni dati che restituiscono un quadro dell'incidenza della pandemia nelle diverse Regioni (fonte: curaitalia.it/covid-19-regioni, dati aggiornati al 06/09/2023): dall'inizio dell'emergenza, il numero di casi ogni centomila abitanti si attesta a livello nazionale al 44,01%, con un *range* che va dal Veneto (56,53%) alla Sardegna (32,75%); il numero di decessi ogni centomila abitanti a livello nazionale si attesta invece allo 0,32%, con una maggiore incidenza nelle regioni del Nord Italia (Friuli-Venezia Giulia, 0,52%; Valle d'Aosta, 0,47%; Lombardia, 0,46%) e minore nel Sud Italia (Sardegna, Calabria e Basilicata, 0,19%). Si noti che questi dati devono essere contestualizzati in base alla mortalità dei diversi ceppi di Covid-19 avvicendatisi nel tempo (maggiore per le prime varianti, che hanno colpito soprattutto le Regioni settentrionali), della demografia, della densità abitativa, etc.

²³⁴ Cfr. SAGONE C., *Criticità, divari territoriali e pandemia*, cit., p. 58.

²³⁵ La funzione della rete territoriale, in una situazione emergenziale come quella pandemica, dovrebbe aiutare anzitutto nel gestire i casi a basso grado di urgenza; ma dovrebbe assumersi anche il compito di gestione del monitoraggio territoriale – attraverso il tracciamento dei contatti e le prescrizioni di isolamento. In questo senso si sono mosse diverse misure contenute in ordine sparso nella decretazione emergenziale, cfr. SAGONE C., *Criticità, divari territoriali e pandemia*, cit., pp. 67 ss.

²³⁶ FALCON G., *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, in *Le Regioni*, 3/2020, p. 453.

All'inadeguatezza strutturale e organizzativa, per alcuni Autori²³⁷, ha fatto da contraltare la fragilità dei livelli di governo e il loro difetto di autorevolezza nell'adozione di decisioni impopolari dettate da ragioni inedite e gravi: le Regioni, complessivamente, non avrebbero dato buona prova di sé, faticando a porsi come interlocutore istituzionale coeso del Governo centrale e cercando di colmare questa lacuna con delle "fughe in avanti" censurate dalla giurisprudenza; lo stesso esecutivo nazionale, a sua volta, è apparso debole in diversi passaggi, talvolta dimostrandosi eccessivamente indulgente verso le velleità regionali, talvolta invece optando per una gestione marcatamente accentrata dell'emergenza.

In questo contesto si è inserita la giurisprudenza costituzionale, che ha indagato su diversi profili della normativa emergenziale: la compatibilità costituzionale delle misure restrittive e dell'obbligo vaccinale; la legittimità dell'utilizzo di determinate fonti; l'assetto delle competenze tra Stato e Regioni nei momenti emergenziali. In attesa dell'esaurirsi di questo filone – dato che sono ancora pendenti alcuni ricorsi avverso la normativa emergenziale – si possono delineare dunque alcune considerazioni generali.

Anzitutto, è pacifico che la Corte abbia generalmente dichiarato esenti da censure le disposizioni richiamate, respingendo in particolare le velleità regionali di acquisire spazi ulteriori di competenza in materia di tutela della salute nella fase emergenziale. Sotto quest'ultimo profilo, il conflitto tra livello regionale e statale si è concentrato sul tentativo di alcune Regioni di predisporre discipline normative derogatorie rispetto a quanto dettato dai decreti-legge emergenziali; le relative disposizioni sono state censurate perché lesive delle competenze esclusive dello Stato in materia di profilassi internazionale, purché vi fosse

²³⁷ POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 256; VIOLINI L., *Il virus, il vaccino e il nuovo anno*, cit., pp. 1009-1015.

effettiva interferenza con la normativa nazionale e non una semplice integrazione o attuazione nei limiti della discrezionalità amministrativa delle Regioni.

Come si è visto, l'avallo giurisprudenziale dell'estromissione diffusa del ruolo regionale nella gestione dell'emergenza è stato criticato, sembrando dettato esso stesso da ragioni di emergenza – le stesse che si ponevano alla base della legislazione pandemica; come ammesso dalla stessa Corte stessa²³⁸, comunemente le situazioni emergenziali spingono all'accentramento delle funzioni e delle procedure, motivato con soluzioni ed argomentazioni che, in fasi ordinarie, risulterebbero inconferenti o perlomeno forzate²³⁹. Sotto questo profilo, sembra possibile un parallelismo con quanto avvenuto, a suo tempo, con i tagli economici portati avanti a causa della crisi finanziaria nel comparto sanitario – e il contenzioso Stato-Regioni prodottosi di conseguenza: ora come allora, la Corte ha salvato normative invasive in ragione del bilanciamento con interessi costituzionali confliggenti. Ne è un esempio il fatto, già sottolineato, che anche allora sia stato utilizzato il binomio decreto-legge – D.P.C.M. per introdurre disposizioni urgenti, con compressione degli spazi di autonomia regionale.

Ci si è chiesti se l'interpretazione delle disposizioni del Titolo V che ne deriva non rischi di produrre degli effetti “di sistema” indesiderati, a tal punto da comprometterne il funzionamento. Ci si riferisce, nello specifico, al ruolo della profilassi internazionale e alla sua paventata capacità di far degradare porzioni

²³⁸ Sent. 37/2021, par. 8 del *Considerato in diritto*.

²³⁹ POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 255; RUGGERI A., *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali*, cit., p. 370, che richiama altri due esempi di normativa emergenziale salvata in passato dalla consulta. Il primo è dato da C. cost., sent. n. 15/1982, con cui è stata fatta salva, sia pure solo per il tempo dell'emergenza, la disciplina antiterrorismo che aveva disposto l'aumento abnorme dei termini massimi di custodia preventiva; in quel caso, si era avallata la possibilità di bilanciamento di un interesse “supercostituzionale” quale la dignità della persona umana. Il secondo esempio è quello della sent. 17/2019, concernente le censure all'iter seguito legge di bilancio, approvata in disprezzo evidente dei diritti delle minoranze parlamentari e comunque salvata in nome del bisogno di evitare l'esercizio provvisorio e andare incontro alle richieste delle istituzioni europee.

di potestà legislativa regionale ad essa “finalisticamente collegate” – non solo tutela della salute, ma anche organizzazione scolastica²⁴⁰, commercio con l’estero, etc. – alla stregua di una clausola di interesse sanitario nazionale²⁴¹; in via generale, invece, questo filone giurisprudenziale rischierebbe di ridimensionare gli sforzi di attuazione del principio di leale collaborazione e del coordinamento tra i diversi livelli di governo, prefigurando così un non certo auspicabile modello di esercizio delle funzioni amministrative ispirato alla «separazione» – ed alla «gerarchia» – tra lo Stato e le Regioni²⁴².

Questa visione dei rapporti tra livelli di governo è stata forse il risultato anche di quanto visto durante la “fase 1” dell’emergenza pandemica: come ricostruito *supra*, le scelte operate dal Governo, a partire dall’ormai famoso D.L. 6/2020, si sono mosse verso la riduzione al minimo della possibilità per le Regioni di intervenire nella formazione degli atti statali²⁴³ e di differenziare eventualmente le discipline nei propri territori, peraltro con precisi limiti²⁴⁴. Lo Stato, così, ha

²⁴⁰ Come sembra essere avvenuto in occasione dell’emanazione del D.L. 44/2021, il cui art. 2, come visto *supra*, ha stabilito che si svolgessero in presenza in tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla classificazione in “zone di rischio” e quindi anche nelle “zone rosse”, le attività didattiche dagli asili fino alla prima media, vietando espressamente alle Regioni di derogare a questa misura.

²⁴¹ POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all’emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 257.

²⁴² Cfr. CORTESE F., *Stato e Regioni alla prova del coronavirus*, in *Le Regioni*, 1/2020, pp. 5-6, che segnala come questo orientamento ricalchi il sentimento diffuso, fin dall’inizio della pandemia, soprattutto in alcuni ambienti tecnico-scientifici; DI COSIMO G., *La pandemia è dello Stato (la Corte costituzionale e la legge valdostana)*, in *costituzione.info*, 21 marzo 2021, che in commento alla sent. 37/2021 segnalava come la Corte «propon[ga] un modello di gestione alternativo al modello collaborativo fin qui molto faticosamente sperimentato nel dialogo fra Governo e Conferenza dei presidenti»; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all’emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., pp. 258 ss.; RUGGERI A., *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali*, cit., p. 373; ID., *Emergenza sanitaria e tutela dei diritti sociali*, cit., p. 490, nt. 27.

²⁴³ Con il già più volte ricordato passaggio dall’intesa alla richiesta di un mero parere alle Regioni interessate; invero, lo stesso meccanismo è stato poi reintrodotta in occasione del passaggio al modello delle “zone di rischio” a ridosso dell’inverno 2020. Ciò testimonia, come già anticipato *supra*, che le modalità di coinvolgimento delle Regioni nella gestione dell’emergenza cambino “a fisarmonica” a seconda della gravità della fase che si sta attraversando.

²⁴⁴ Su tutte, il divieto ai sindaci di predisporre ordinanze contingibili e urgenti – che nasceva dall’esigenza di fermare all’origine una prassi che stava prendendo piede ai primi di marzo del

rivendicato con forza la propria potestà in tema di contrasto alle emergenze sanitarie e la relativa necessità di una risposta unitaria su tutto il territorio nazionale. Ciò ha creato numerose difficoltà di coordinamento tra i livelli di governo, creando numerosi conflitti²⁴⁵.

Con lo stabilizzarsi della situazione – e l’esperienza maturata dopo la prima fase della pandemia²⁴⁶ – sembra invece che si siano valorizzati approcci maggiormente rispettosi dell’autonomia regionale, soprattutto in un’ottica maggiormente “cooperativa”²⁴⁷: l’attribuzione alle Regioni delle funzioni di monitoraggio, unita al potere per le stesse di introdurre misure derogatorie (anche ampliative) rispetto a quelle statali (D.L. 33/2020); l’approvazione dei protocolli per le riaperture tramite passaggio informativo – e talvolta anche

2020, ossia in quei dieci giorni di limbo tra le prime misure e il D.P.C.M. 8 marzo 2020; ma anche, successivamente, il conferimento del potere di ordinanza al Presidente di regione solo per predisporre misure più restrittive in ragione di aggravamenti epidemici, poi limitato ulteriormente ad ambiti di competenza regionale e ad esclusione delle scelte incidenti sulle attività produttive.

²⁴⁵ Si ricordano qui alcuni casi, ulteriori rispetto a quanto riportato nel corso del capitolo. Il primo riguarda un’ordinanza di Regione Campania, in cui si vietava l’esercizio di attività fisica all’aperto, ritenuta legittima dal TAR regionale; l’ordinanza n. 37 del 29 aprile 2020 del Presidente della Regione Calabria – che invece allargava le maglie dei limiti imposti dallo Stato, consentendo, ad esempio, spostamenti tra Comuni per lo svolgimento di sport individuali, la ripresa di attività di esercizi di somministrazione all’aperto, etc. – dichiarata illegittima dal TAR Calabria (Sez. I, 9 maggio 2020, n. 841) per invasione delle competenze statali e “difetto di coordinamento tra i due diversi livelli amministrativi, e dunque la violazione da parte della Regione Calabria del dovere di leale collaborazione tra i vari soggetti che compongono la Repubblica, principio fondamentale nell’assetto di competenze del Titolo V della Costituzione”; il provvedimento del TAR Abruzzo che con sentenza n. 18/2021 ha annullato l’ordinanza del Presidente della Giunta che derogava alle limitazioni imposte dal Governo riguardanti il territorio regionale, dato che all’organo regionale sarebbe spettata solo la possibilità di introdurre misure derogatorie più restrittive nei soli casi e con i criteri previsti dai citati decreti e comunque previa intesa con il Ministro della salute. Cfr. CATELANI E., *Centralità della conferenza delle Regioni e delle province autonome durante l’emergenza COVID-19? Più forma che sostanza*, cit., p. 513; LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, cit., pp. 395 ss.; MEZZANOTTE M., *Pandemia e riparto delle competenze Stato-Regioni in periodo emergenziali*, cit., pp. 329 s.; SCACCIA G., D’ORAZI C., *La concorrenza fra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria fra unitarietà e differenziazione*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 3/2020, pp. 108 ss.

²⁴⁶ Come sottolinea VIOLINI L., *Il virus, il vaccino e il nuovo anno*, cit., pp. 1009 s., segnalando altresì che il cambio di passo sembra essere avvenuto nell’estate 2020, con lo smorzarsi della prima ondata.

²⁴⁷ Cfr. FROSINI T. E., *Le Regioni colorate e differenziate: come combattere la pandemia nei territori?* in *Diritti regionali*, 2/2021, p. 285; MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale?* cit., p. 18.

approvativo – in Conferenza Stato-Regioni; queste ed altre misure, adottate nelle successive fasi dell'emergenza, hanno consentito di pianificare a tavolino, tra i diversi livelli di governo, le misure restrittive da adottare, riducendo al minimo le occasioni di contenzioso²⁴⁸.

Lo stesso approccio sembra aver permeato anche la predisposizione della campagna vaccinale: il Piano vaccinale statale²⁴⁹ – che pure è stato predisposto con una logica centralizzante²⁵⁰ – è stato modificato più volte (dal Governo o tramite atti del Commissario straordinario) tenendo conto delle indicazioni della Conferenza delle Regioni o, addirittura, recependo criteri e orientamenti già adottati – in maniera illegittima – dalle Regioni²⁵¹; nella pratica istituzionale, insomma, i rapporti tra i due livelli istituzionali sono parsi più “flessibili” e cooperativi²⁵² di quanto paventato.

Sulla base di quanto esposto, a giudizio di chi scrive il “diritto dell'emergenza” non può prescindere dal riferimento a leale collaborazione e coordinamento tra i diversi livelli di governo: da un lato, la riconduzione dei poteri emergenziali alla materia della profilassi internazionale ha reso infatti granitica l'attribuzione di competenza allo Stato dell'adozione di misure emergenziali; tuttavia, tale materia, come suggerito dai commenti alla sentenza 37/2021, possiede dei profili trasversali tali da giustificare il suo esercizio solo compatibilmente col principio

²⁴⁸ Il caso della Valle d'Aosta, scoppiato in quel periodo, è rimasto infatti l'unico caso di censura di una legge regionale introduttiva di misure anti-Covid – seppur al netto di quanto detto nel par. 3.1. rispetto alla portata “politica” della sentenza 37/2021. Cfr. DI COSIMO G., *La pandemia è dello Stato*, cit.; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 233.

²⁴⁹ D.M. 2 gennaio 2021, ai sensi del comma 457 dell'art. 1 della legge di bilancio 2021 (n. 178/2020).

²⁵⁰ Cfr. VIOLINI L., *Il virus, il vaccino e il nuovo anno*, cit., pp. 1012 ss., spec. p. 1014 in cui l'autrice dà conto dei diversi ambiti in cui è sembrata forzata la gestione centralizzata delle decisioni sulla campagna vaccinale.

²⁵¹ Il riferimento è il caso della vaccinazione a tappeto delle isole minori, recepita con D. M. 12 marzo 2021.

²⁵² POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 260.

generale di leale collaborazione²⁵³. Diversamente, vi è il rischio di produrre effetti negativi non solo sul piano dell'efficacia delle misure, ma anche in generale sul funzionamento del riparto delle funzioni in materia sanitaria²⁵⁴.

Vi è da chiedersi, peraltro, se gli attuali meccanismi cooperativi siano sufficientemente funzionali a questo scopo²⁵⁵: l'attività della Conferenza Stato-Regioni ha sicuramente aiutato nelle fasi più avanzate dell'epidemia, avendo l'indubbio vantaggio di mettere a contatto diretto i responsabili politici dei due livelli di governo; tuttavia, come già sottolineato in passato per altri ambiti materiali²⁵⁶, è evidente che si tratti sempre di un "tavolo politico", in cui è difficile far prevalere logiche diverse, come l'aderenza a quanto suggerito dal dato tecnico.

Sulla congruità delle misure emergenziali – e di quelle in materia sanitaria in generale – incide infatti anche il rapporto, già sottolineato più volte in precedenza, tra queste ultime e le prescrizioni tecniche basate su analisi scientifiche: la natura "sanitaria" delle restrizioni adottate – e quindi la loro legittimità – deriva anzitutto dall'alta probabilità che esse incidano in positivo, sulla base dei dati raccolti, verso la soluzione dell'emergenza; questo grado di probabilità è dettato dal fatto che tali misure rispecchiano pareri scientifici

²⁵³ Cfr. RUGGERI A., *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali*, cit., p. 373, che segnala come questo schema dovrebbe coinvolgere anche la dimensione sovranazionale, assente ingiustificata durante le prime fasi della pandemia: l'Unione europea ha infatti denunciato da subito le carenze di coordinamento tra gli stati ed un ingiustificato ritardo nell'adozione delle misure richieste dall'emergenza in alcuni di essi; dello stesso avviso anche CORTESE F., *Stato e Regioni alla prova del coronavirus*, cit., p. 6.

²⁵⁴ POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 234, che porta l'esempio della campagna vaccinale anti-Covid 19.

²⁵⁵ Anche gli autori più critici verso il coordinamento emergenziale hanno sottolineato la necessità di una rivisitazione dei meccanismi di raccordo centro-periferia, cfr. CARETTI P., *I riflessi della pandemia sul sistema delle fonti, sulla forma di governo e sulla forma di Stato*, in *Osservatorio sulle fonti*, fasc. speciale/2020, p. 297; ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, cit., pp. 392 s.

²⁵⁶ Evidente, a giudizio di chi scrive, è il parallelismo con quanto fatto notare in materia di LEA e di predisposizione del fabbisogno sanitario nazionale, per i quali la Conferenza ha sempre privilegiato una concertazione politica delle decisioni che spesso ha messo in secondo piano il dato tecnico.

qualificati. In altre parole, *“la tecnica ha individuato quel comportamento idoneo a prevenire la trasformazione del rischio in danno”*²⁵⁷.

Ciò non toglie, ovviamente, che la scelta delle misure da adottare contenga in sé una ineliminabile discrezionalità politica tanto nella scelta di quali evidenze scientifiche valorizzare, quanto nella modulazione delle misure tra tutte quelle compatibili con una determinata analisi tecnica²⁵⁸. Discrezionale è anche la decisione sulla punizione o meno – e in che grado – per la trasgressione delle prescrizioni, o sull’adozione di altri metodi di persuasione dei consociati a seguirle. L’obiettivo, dunque, dovrebbe essere l’implementazione della cooperazione tra Stato e Regioni, cercando di valorizzare tanto il profilo politico quanto quello tecnico; da qui originano, dunque, le richieste di estendere il livello di confronto anche nelle sedi tecniche, in modo da portare in campo l’esperienza regionale della gestione del servizio sanitario, sia ospedaliero che territoriale²⁵⁹.

Rispetto, invece, al primo profilo indicato, relativo alla dichiarata legittimità delle misure emergenziali sia nella forma che nella sostanza, si ritiene che, a

²⁵⁷ CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni*, cit., p. 746.

²⁵⁸ Incide qui ancora una volta il tema della distribuzione delle competenze tra livelli di governo, questa volta rispetto all’adozione della normativa scientificamente orientata: l’evidenza scientifica, infatti, non sempre impone soluzioni tecniche univoche ed esclusive, lasciando spazio anche a una più o meno ampia gamma di opzioni; perciò, le tecniche applicative di un accertamento scientifico possono essere, di fatto, diverse e più coerenti con le caratteristiche peculiari di un territorio. La differenziazione si pone dunque come contrappeso, in fase di attuazione, alle spinte uniformatrici supportate da premesse scientifiche. Cfr. CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni*, cit., pp. 745 ss.

²⁵⁹ Interessante in tal senso è la proposta di CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni*, cit., pp. 747 ss., che suggerisce un modello così strutturato: lo Stato fissa in via legislativa la disciplina di limitazione delle libertà fondamentali, autorizzando il Governo ad adottare atti di coordinamento tecnico basati sulle analisi scientifiche, previa discussione in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni; questi atti debbono limitarsi a fissare vincoli di risultato, lasciando alle Regioni dei margini di adattamento alle caratteristiche peculiari del territorio di riferimento. Cfr. anche FALCON G., *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, cit., p. 455, che auspica una modifica di composizione e metodo di funzionamento del Consiglio superiore di sanità per renderlo anche organismo di confronto e di elaborazione del SSN.

prescindere dalla genuinità o meno di tale posizione²⁶⁰, resti comunque il dato di fatto di una convalida sostanziale del sistema adottato per fronteggiare l'emergenza pandemica nel suo complesso, a tal punto da prefigurare un suo futuro riutilizzo qualora dovessero ripresentarsi situazioni analoghe.

Questa prospettiva, a giudizio di chi scrive, potrebbe anche essere augurabile, tenuto conto che non di vero e proprio modello *de iure condito* si tratta, ma di un insieme di provvedimenti emergenziali, adottati con fonti tipiche ma mai utilizzate con simili modalità e per simili ambiti. In questo insieme possono sì ravvisarsi degli elementi sistematici, soprattutto man mano che la pandemia persisteva e gli organi istituzionali – anche grazie alle sopravvenute conoscenze scientifiche legate alla natura dell'epidemia – sono riusciti a introdurre misure e protocolli più efficaci.

Tuttavia, è innegabile, anche alla luce del contenzioso costituzionale di cui *supra*, che il diritto emergenziale abbia sollevato delle problematiche tanto rispetto alla compressione di alcuni diritti costituzionalmente tutelati, quanto rispetto alla congruità delle fonti adottate e alla relativa competenza dei vari livelli di governo; l'emergenza ha obbligato a dolorosi bilanciamenti tra beni della vita costituzionalmente protetti e perfino tra lo stesso impianto costituzionale e la stessa logica emergenziale²⁶¹.

Per questi motivi, sarebbe auspicabile, ad avviso di chi scrive, che un tale "diritto dell'emergenza" venga in qualche modo "codificato" con delle previsioni più puntuali ed *ex ante*, facendo tesoro dell'esperienza pandemica. In questa direzione sembrano essersi mosse le istituzioni con un primo piccolo passo, ossia la definizione del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta

²⁶⁰ Perché influenzata non solo da motivazioni giuridiche ma anche da considerazioni di natura politico-discrezionale rispetto alla situazione concreta, come la natura senza precedenti dell'evento pandemico, la necessità di avallare acriticamente le misure in nome dell'unità giuridica e sociale del Paese; etc.

²⁶¹ Espressione di RUGGERI A., *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali*, cit., p. 369.

a una pandemia influenzale²⁶²; il piano – che prevede il coinvolgimento delle autonomie territoriali, in coordinamento con il Commissario straordinario e il Ministro della salute – aveva come obiettivo garantire al massimo livello la velocità e l'organizzazione nella risposta ad una futura pandemia influenzale, tanto a livello nazionale che locale, attraverso il raggiungimento di alcuni obiettivi operativi²⁶³ e sostanziali²⁶⁴ specifici. Questo slancio dovrebbe essere “cavalcato”, portando anche a una nuova definizione, in via legislativa, delle competenze emergenziali di Stato e Regioni – in modo più chiaro di quanto non facciano il Codice di protezione civile e la l. 833/1978²⁶⁵.

Alle pronunce della Corte sul tema dell'emergenza sanitaria potrebbe, peraltro, essere data una lettura anche più ampia: quando infatti la Corte sostiene, nella ormai storica sentenza 198/2021, che il modello alternativo²⁶⁶ di gestione delle emergenze inaugurato con la pandemia è costituzionalmente legittimo, in quanto necessario e congruo rispetto alla gravità delle situazioni affrontate, di fatto potrebbe avallare anche futuri e diversi modelli gestionali configurati dal

²⁶² Altrimenti detto PanFlu 2021-2023, approvato con accordo della Conferenza Stato-Regioni del 25 gennaio 2021. Cfr. MORELLI A., *Vaccinazioni e Regioni*, cit., p. 3; SAGONE C., *Criticità, divari territoriali e pandemia*, cit., p. 69.

²⁶³ Tra cui:

- pianificare le attività in caso di pandemia influenzale;
- definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello nazionale e regionale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione e altre eventualmente decise;
- fornire strumenti per una pianificazione armonizzata regionale per definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello regionale e locale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione nazionale e da esigenze specifiche del territorio di riferimento;
- sviluppare un ciclo di formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del piano per favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

²⁶⁴ Proteggere la popolazione, riducendo il più possibile il potenziale numero di casi e quindi di vittime della pandemia in Italia e nei cittadini italiani che vivono all'estero; tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto nell'emergenza; ridurre l'impatto della pandemia influenzale sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali; preservare il funzionamento della società e le attività economiche.

²⁶⁵ MORELLI A., *Vaccinazioni e Regioni*, cit., p. 6.

²⁶⁶ Rispetto a quello tradizionale che prevede la predisposizione di ordinanze contingibili e urgenti.

legislatore per la risposta ad emergenze nuove e non gestibili attraverso gli strumenti tradizionali.

Si tratta di un profilo evolutivo che sicuramente merita attenzione. Si è infatti detto più volte in passato come la Costituzione manchi di riferimenti a situazioni emergenziali, fatta eccezione per quanto dettato in materia di stato di guerra dall'art. 78; la riflessione dottrinale e soprattutto giurisprudenziale – attraverso le decisioni della Consulta – ha però largamente colmato in via interpretativa questa presunta mancanza²⁶⁷, sulla base delle peculiarità della fattispecie di volta in volta considerata.

La posizione della Corte sulla normativa anti-Covid sembra, però, andare oltre, configurando quasi un principio informatore del nostro ordinamento per cui la necessità di far fronte a emergenze inedite e di rilevante gravità porta con sé la possibilità di sviluppare modelli normativi nuovi, senza per ciò solo incorrere in censure di costituzionalità.

AmMESSO che un simile principio possa trovare spazio nel nostro ordinamento, resta comunque il fatto che la valutazione sulla natura “inedita e di rilevante gravità” di un'emergenza abbia un ineliminabile profilo di discrezionalità politica; per questo, una simile statuizione dovrebbe essere accompagnata da idonee garanzie, come per l'appunto la necessità di utilizzare delle fonti tipiche o il rispetto dei principi fondamentali dell'ordinamento giuridico; oppure, in maniera ancora più *tranchant*, che di questo principio e dei limiti ad esso collegati si effettui una esplicitazione in Costituzione²⁶⁸.

²⁶⁷ Ancorando talvolta le norme emergenziali ai “*casì straordinari di necessità e urgenza*” di cui all'art. 77 Cost., talvolta ad altri parametri per giustificare, per esempio, le norme in materia di potere di ordinanza dei sindaci, dei Presidenti di regione, etc.

²⁶⁸ È quanto auspicato da CECCANTI S., *Verso una regolamentazione degli stati di emergenza per il Parlamento: proposte a regime e possibili anticipazioni immediate*, in *Rivista di BioDiritto*, fasc. speciale 1/2020, p. 81; ID., *Per una ragionevole disciplina costituzionale del ruolo del Parlamento nelle situazioni di emergenza*, in *DPCE online, Osservatorio Covid 19*, 27/3/2020, in cui si configura una sorta di

“supremacy clause” da attivare in situazioni di emergenza. Contra, invece, FALCON G., Dall’emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario, cit., p. 454, che ritiene l’introduzione di un simile meccanismo controproducente perché “potrebbe produrre effetti di irrigidimento, di certo opposti a quelli desiderati dai proponenti”.

CONCLUSIONI
LA SANITÀ IN ITALIA
ALLA PROVA DELLE EVOLUZIONI SOCIALI,
TRA SPINTE DISGREGATRICI
E ANELITI COLLABORATIVI

1. L'evoluzione futura della tutela della salute, oltre le esigenze finanziarie ed erogative

Quanto riportato nei precedenti capitoli, pur nella sua eterogeneità, offre numerosi spunti per comprendere quale direzione stia seguendo la gestione pubblica della tutela della salute in Italia, non solo sotto il profilo della suddivisione delle competenze a livello territoriale – di cui si parlerà nel prossimo paragrafo – ma anche, in termini più sostanziali, rispetto all'evoluzione del modello sanitario italiano in generale.

Anzitutto, la riflessione storica effettuata nel primo e nel secondo capitolo testimonia come l'imposizione del concetto moderno di salute – e di tutela della salute – abbia rappresentato una conquista raggiunta gradualmente e faticosamente: non è bastato, infatti, il mero riconoscimento sulla carta della natura fondamentale del diritto alla salute, all'interno della Costituzione repubblicana; è servito altresì un percorso politico, sociale e culturale – avviatosi dal dopoguerra in Italia e spinto dagli echi provenienti dall'estero sull'evoluzione del concetto di salute nello stato democratico-sociale – per

arrivare a conferire all'articolo 32 e al suo contenuto una portata insieme precettiva, fondamentale e sociale, in una parola, complessa¹.

Tuttavia, proprio perché il flusso storico influenza in modo determinante l'interpretazione dei diritti, è pronosticabile che il futuro riserverà ulteriori evoluzioni del concetto di salute, come suggerito dall'evolversi incessante delle nuove frontiere della scienza medica – bioingegneria, biopotenziamento, etc.; di conseguenza, anche strumenti di attuazione di questo diritto subiranno delle modificazioni².

Si è già sottolineato in precedenza come ad influenzare la portata del diritto alla salute sia, in particolare, la disponibilità di risorse economiche. Questo vale, a maggior ragione, in Italia – e in generale nei Paesi occidentali – dove l'inverno demografico e l'aumento tendenziale della durata della vita stanno diminuendo il bacino di risorse economiche provenienti dalla fiscalità generale ed aumentando la spesa sanitaria per via del sempre maggior numero di persone bisognose di cure mediche; a ciò si aggiunga, inoltre, il contributo del progresso tecnico-scientifico e l'importanza sempre maggiore assunta dall'informazione in campo medico – aspetti tra loro strettamente collegati³ – responsabili dell'aumento esponenziale della domanda di salute e di conseguenza anche dei costi sanitari⁴.

La ricerca di contromisure a questo problema è già iniziata da decenni, come testimoniato dai numerosi interventi di contenimento della spesa in ambito sanitario, dalla estensione del perimetro delle prestazioni soggette a ticket, alla diminuzione dei costi del personale sanitario e molto altro; queste azioni sono

¹ SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, cit., pp. 190 ss.

² Cfr. MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, cit. pp. 77 s.

³ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 134; CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., pp. 95 ss.; LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria fra stato e Regioni*, cit., pp. 29 s.; MOLASCHI V., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, cit., pp. 61 ss.; RODOTÀ S., *La vita e le regole: tra diritto e non diritto*, cit., p. 237.

⁴ Cfr. FERRARA R., *Salute, (diritto alla)*, cit., p. 531.

ormai divenute una prassi consolidata e avallata dalla società. Perfino i giudici – in particolare quelli “custodi” della portata costituzionale del diritto alla salute come la Consulta – si sono fermati inermi di fronte alla discrezionalità politica del legislatore, se non per difendere il nucleo duro e inattaccabile di questo diritto e, sul piano erogativo, il limite minimo di prestazioni che la pubblica amministrazione deve garantire; di fronte, però, a necessità economiche impellenti come quelle che si prospettano per il nostro Paese, persino questi limiti potrebbero cadere.

Sembra in sostanza che il sistema universalistico come teorizzato dal Costituente e realizzato a partire dal 1978 stia dimostrando alla lunga numerosi limiti e stia in qualche modo perdendo lentamente la sua vocazione: per esempio, l’area in cui il settore privato eroga servizi sanitari al di fuori della programmazione sanitaria è molto vasta, tanto da coprire ambiti anche “ordinari” come *screening*, vaccinazioni, etc. ed essere raggiunta da soggetti di condizioni sociali eterogenee; e ancora, si moltiplica il numero delle persone che, ogni anno, stipulano polizze sanitarie per coprire prestazioni non erogate in regime di SSN⁵.

⁵ Chi scrive ha notato che negli ultimi anni – in particolare dopo lo scoppio della pandemia, che ha aggravato situazioni critiche come la lunghezza delle liste d’attesa – si è moltiplicata la presenza del tema “salute individuale” negli spazi pubblicitari dei *media*; il riferimento è, in particolare, agli spot delle compagnie assicurative che propongono pacchetti di polizze salute. Questi messaggi pubblicitari, fino a qualche decennio fa, sarebbero stati una vera sorpresa, non per una qualsivoglia motivazione etico-sociale; semplicemente, il bisogno di salute non coperto dal SSN era minore e le compagnie assicurative non avevano interesse a coprire spazi pubblicitari costosissimi per un ritorno di clientela minimo.

Senza voler esprimere un giudizio etico su questa tendenza, si segnala che tra i messaggi veicolati dentro a queste campagne (che sono tutto fuorché casuali, ma sono anzi scelti appositamente per far leva sui bisogni della gente, come normale che sia) ci sono proprio le carenze manifestate dal sistema sanitario in questi anni; in particolare, ci si riferisce alla possibilità di evitare le intollerabili liste d’attesa per *screening* e interventi di routine.

Ciò che può sembrare una piccolezza in realtà racconta molto meglio la realtà di mille spunti di dottrina: i bisogni di salute sono sentiti come pressanti, immediati, inderogabili da una cospicua parte della popolazione, non solo dalle persone abbienti – altrimenti non avrebbe senso uno spot di passaggio sulle reti nazionali, viste dati alla mano da certe fasce sociali di una certa media d’età; questi bisogni, ad oggi, in Italia non riescono ad essere pienamente soddisfatti, tanto da crearsi un mercato parallelo a quello del SSN. Gli stessi dati sulla spesa sanitaria in Italia –

Se il sistema sanitario italiano proseguirà in questa direzione, è probabile che ad un certo punto non si potrà più parlare di universalismo o di SSN, quantomeno nei termini oggi utilizzati; o magari, più semplicemente, che il Sistema sanitario nazionale cambierà “pelle”, imparando a integrarsi con la realtà del privato e sperimentando nuovi modelli gestionali ed erogativi.

Del resto, cambiamenti in questa direzione vi sono già stati e sono tutt’ora in atto: novità come le Case o gli Ospedali di comunità non sono altro che operazioni portate avanti alla ricerca di nuove soluzioni sostenibili ed efficienti; il tutto, ovviamente, nell’ottica di evitare che la Pubblica amministrazione abdichi del tutto al suo ruolo di garante primario della salute dei cittadini.

Il raggiungimento di un nuovo equilibrio è tanto più fondamentale se si ricorda che, nel nostro sistema costituzionale, dall’effettività della tutela della salute dipendono sia il riconoscimento costituzionale della dignità umana, sia il compito dello stato sociale di assicurare l’uguaglianza sostanziale⁶: è infatti inevitabile che l’aspetto economico-finanziario pesi sulle attività erogative; ciò però non può ridursi a un mero bilanciamento dei costi, i quali determinano le politiche sanitarie ma non assurgono a valore bilanciabile rispetto all’attuazione del diritto stesso⁷. Si è sottolineato, in questo senso, che in futuro occorra interpretare il diritto alla salute in una prospettiva “multidimensionale”,

esplicati nel capitolo II – confermano da anni questo assunto, vista la considerevole fetta costituita dalle spese private esterne al circuito del SSN; è ovvio che, di fronte allo stabilizzarsi di questa tendenza, i cittadini preferiscano affrontare queste necessità in via preventiva avvalendosi di una polizza per il rischio sanitario.

Non manca, peraltro, chi ritiene l’ampliamento del c.d. secondo pilastro della spesa sanitaria (costituito appunto dalle spese assicurative) utile ai fini della tenuta del SSN e del mantenimento di un elevato grado di copertura pubblica delle prestazioni sanitarie; ciò sarebbe compatibile con una riduzione del perimetro dei LEA, che si sta rivelando insostenibile a lungo termine se non con una crescita ulteriore della già altissima pressione fiscale. Cfr. PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, cit., pp. 83 ss.

⁶ Cfr. BALDASSARRE A., *Diritti sociali*, cit., p. 6; CORSO G., *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, cit., p. 758; LUCIANI M., *Salute*, cit., p. 4.

⁷ POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 59 ss.

aggiungendo all'equazione costi-diritti anche altre istanze di rango costituzionale⁸.

Sembra questo l'unico approccio utile per contrastare quello che è un altro, dirimente problema del nostro SSN: quest'ultimo, infatti, può essere fortemente intaccato dalle logiche della sostenibilità economica e dell'assenza di disavanzi; ma ciò che rischia seriamente di farlo crollare, alla lunga, è il sempre decrescente grado di fiducia degli utenti, che va di pari passo col progressivo calo dell'efficienza del sistema e della capacità dello stesso di assolvere alla propria funzione sociale⁹.

2. Il delicato equilibrio Stato-Regioni in materia sanitaria, tra spinte centrifughe e leale collaborazione

Un eventuale cambiamento dei modelli di gestione del comparto sanitario passerà, con ogni probabilità, anche da profondi cambiamenti anche nel rapporto tra Stato e Regioni nella definizione delle politiche sanitarie.

In questo ambito, l'analisi condotta ha restituito un quadro in cui negli ultimi trent'anni le Regioni hanno complessivamente accresciuto i propri poteri normativi e gestionali – seppur in maniera eterogenea, sia quantitativamente che qualitativamente; una futura conferma di questa tendenza passerà, soprattutto, dagli esiti delle spinte in senso contrario che si manifestano soprattutto quando le politiche sanitarie di una regione producono degli squilibri o delle inefficienze nell'erogazione dei servizi.

⁸ Cfr. BUSATTA L., *La salute sostenibile*, cit., p. 133; CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., p. 42; PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., pp. 409 ss.

⁹ TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari*, cit., pp. 535 ss., che individua come fattore critico delle relazioni tra sistema e utenti la presenza di una normativa generale ed astratta che sottragga spazio al rapporto diretto e su misura tra questi due attori; compito dei governanti – soprattutto quelli locali – sarebbe, appunto, evitare questa deriva.

È in questi frangenti, infatti, che le istanze di uniformità del SSN si fanno più pressanti. Lo si è notato chiaramente nel periodo pandemico, in cui numerosi SSR – anche i più strutturati e pieni di eccellenze gestionali e tecniche¹⁰ – sono stati messi in crisi; si è dovuto far fronte all'emergenza reindirizzando il servizio sanitario verso bisogni più immediati, decretando la soppressione, la riduzione o la dilazione di molte altre attività erogative, talvolta anche urgenti. Di fronte a simili difficoltà, è nato un dibattito pubblico sulla effettiva adeguatezza dei modelli organizzativi propri di alcuni sistemi sanitari regionali.

In particolare, si è criticata l'impostazione – più marcata in alcune Regioni piuttosto che in altre – che negli anni ha privilegiato l'operatività dei poli ospedalieri a discapito della rete territoriale: quest'ultima avrebbe dovuto anzitutto coprire la gestione dei casi a basso grado di urgenza, assumendosi poi anche funzioni di monitoraggio, attraverso un efficiente tracciamento dei contatti e le conseguenti prescrizioni di isolamento¹¹; ciò non è avvenuto, proprio per l'inadeguatezza quantitativa e qualitativa della rete a monte. Così, gli ospedali sono rimasti "saturati" ed hanno dovuto differire l'erogazione delle prestazioni "ordinarie", senza che la rete territoriale potesse a sua volta farsene carico¹².

Nell'esperienza italiana, in verità, alcuni modelli di *governance* dei sistemi sanitari regionali hanno dimostrato delle criticità anche in contesti ordinari: si è visto infatti nel capitolo III come le scelte di politica sanitaria condotte da alcune Regioni abbiano pagato più di altre, in termini di efficienza erogativa e di sostenibilità economica, aspetti di norma in frizione tra di loro; di conseguenza, alcuni hanno paventato la possibilità che la libertà di scelta – conferita alle Regioni dalle riforme legislative degli anni '90 e dalla Riforma del Titolo V – sul

¹⁰ Cfr. SAGONE C., *Criticità, divari territoriali e pandemia*, cit., p. 58.

¹¹ Cfr. SAGONE C., *Criticità, divari territoriali e pandemia*, cit., pp. 67 ss.

¹² BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo*, cit., p. 1316; FALCON G., *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, cit., p. 453.

modello sanitario da adottare possa essere ridotta in favore dell'imposizione diffusa di modelli gestionali dimostratisi vincenti nella realtà concreta.

In questo ragionamento si inseriscono anche le riflessioni in merito alle richieste di Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna sull'autonomia differenziata: diversamente che in passato, il tentativo di addivenire all'applicazione dell'art. 116 co. 3 Cost. sembra concreto e testimonia la tenacia delle maggioranze politiche al governo; alla fine, probabilmente, le tre Regioni citate – e forse qualcun'altra più avanti – riusciranno ad ottenere alcune tra le corpose competenze richieste, aprendo contestualmente la strada a differenziazioni difficilmente conciliabili con la logica dell'unità del SSN.

Il raggiungimento di questo risultato non farebbe altro che confermare un'ulteriore tendenza emersa dall'analisi condotta: la sanità si muove “a più velocità” nelle diverse Regioni – a prescindere dall'autonomia differenziata – alcune delle quali negli ultimi tre decenni hanno approfittato del modello di competenza concorrente per vagliare fin dove potersi spingere, entro i limiti della discrezionalità lasciata dalla normativa nazionale di principio; altre, invece, non ne hanno approfittato, soprattutto per motivazioni di tipo economico.

Tutto ciò ha fatto nascere un diffuso sentimento di intolleranza verso le differenziazioni regionali, che è andato di pari passo con la considerazione che il livello ormai raggiunto sia incompatibile con i principi di unità, equità ed universalismo da sempre dominanti nella materia sanitaria¹³; se ne è dedotto, inevitabilmente, che meglio sarebbe fare ritorno a un modello più accentrato, come quello sperimentato – almeno sulla carta – fino agli anni '90. Una simile impostazione, a giudizio di chi scrive, porta con sé indubbi vantaggi, ma anche dei rischi in termini di compressione ingiustificata – rispetto al modello inaugurato dalla Riforma del Titolo V – dell'autonomia regionale.

¹³ Cfr. PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., p. 416.

Il problema di una simile soluzione risiede anzitutto nella necessità di individuare il grado adeguato di uniformità a cui dovrebbero essere vincolati i sistemi regionali. Un conto, infatti, è la condivisione di singoli aspetti gestionali che hanno dato esito positivo in alcune realtà, come fatto per le Case della comunità; questo approccio è sicuramente rispettoso tanto dei profili costituzionali “sostanziali” – in particolare la garanzia delle prestazioni da parte dei poteri pubblici *ex art. 32* e le istanze di bilancio *ex art. 81* – quanto delle istanze di autonomia desunte dal Titolo V. Altro è, invece, teorizzare un restringimento generalizzato delle possibilità di differenziazione delle Regioni, in via legislativa – scelta di cui verificare la compatibilità con l’assetto attuale – o addirittura costituzionale, attraverso una costituzionalizzazione del modello di sistema sanitario¹⁴, oppure riportando sotto l’ala statale la competenza in materia di tutela della salute, anche solo parzialmente¹⁵.

In verità, una simile regressione delle competenze regionali in materia sanitaria appare improbabile e forse, sotto certi versi, non auspicabile: i governi regionali, a prescindere dal colore politico, difenderebbero gelosamente le funzioni acquisite dalle pressioni del livello nazionale, tantopiù nel comparto sanitario, che costituisce la voce di spesa più cospicua dei bilanci regionali; più che in un ritorno al passato – con inevitabile “scontro istituzionale” tra livelli di governo,

¹⁴ Cfr. PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari?* cit., pp. 415 e 417.

¹⁵ È ciò che si è tentato di fare con la proposta di riforma costituzionale del 2016: essa prevedeva, all’art. 31 (*Modifica dell’articolo 117 della Costituzione*), tra le nuove materie di competenza esclusiva statale anche le “*disposizioni generali e comuni per la tutela della salute*”, affiancata alla determinazione dei LEP al comma 2 lett. m); alle Regioni sarebbero spettate le competenze in materia di “*programmazione e organizzazione dei servizi sanitari*”. È impossibile determinare con certezza quali riflessi concreti avrebbe avuto questa modifica nell’assetto dei poteri in materia sanitaria; certo è però, come si legge chiaramente anche nei lavori preparatori, che la volontà dei sostenitori della riforma fosse di porre un freno alle differenziazioni; il testo sembra avallare questa ipotesi, allineando la materia della tutela della salute a quella dell’istruzione, in cui lo stato detta appunto le “*norme generali*” e possiede – lo dimostra la realtà fattuale odierna – un potere normativo decisamente più ampio.

come verificatosi nei momenti più concitati della pandemia – bisogna perciò ricercare un nuovo punto di equilibrio altrove.

La soluzione potrebbe risiedere nella continua e innovativa valorizzazione dell'istituto che più di tutti garantisce la pari ordinazione tra Stato e Regioni in materia sanitaria, assicurata da quel "Repubblica" dell'art. 32 e completata dall'assetto di competenze previsto negli artt. 117 ss. Si tratta della leale collaborazione tra livelli di governo, di cui sono massima espressione – ma non l'unica – i lavori della Conferenza Stato-Regioni: la definizione dei LEA, l'individuazione del fabbisogno sanitario nazionale e l'approvazione del PSN previa intesa; la concertazione delle misure di emergenza sanitaria tra esecutivi nazionale e regionale; la stessa contrattazione sull'autonomia differenziata sono tutti esempi di come la programmazione sanitaria stia diventando sempre più un "lavoro a più mani" e sempre meno frutto di scelte autoritative. Questo nuovo metodo di fare amministrazione ormai non è una novità, anzi si innesta in un *trend* di accrescimento della leale collaborazione, non solo attraverso il sistema delle conferenze; potrebbe, poi, costituire una risorsa preziosa¹⁶ – in un'ottica sempre di miglioramento dei servizi per i cittadini – per regolare le spinte differenziatrici tra territori, senza che per forza si debba passare per il contenzioso istituzionale e costituzionale.

Un simile cambio di paradigma porta con sé, tuttavia, anche delle incognite, dal momento che una concertazione generalizzata delle norme di legge tra livelli di governo potrebbe riscrivere anche le regole basilari della ripartizione di competenze tra Stato e Regioni: in sostanza, ciò promuoverebbe l'utilizzo del

¹⁶ È quanto ha auspicato nella relazione sull'attività della Corte costituzionale del 2019 l'allora Presidente Marta Cartabia, per la quale la leale collaborazione costituisce il "*risvolto istituzionale della solidarietà - su cui anche la giurisprudenza della Corte costituzionale non si stanca di ritornare, affinché l'azione e le energie di tutta la comunità nazionale convergano verso un unico, condiviso obiettivo*"; parole che, a distanza di 3 anni e dopo una pandemia, hanno assunto un nuovo e ulteriore significato, soprattutto per quanto concerne l'assetto delle competenze sanitarie. Cfr. CATELANI E., *Centralità della conferenza delle Regioni e delle province autonome durante l'emergenza COVID-19? Più forma che sostanza*, cit., p. 502.

principio della leale collaborazione anche per materie diverse da quelle attratte in sussidiarietà dallo Stato, partendo da quelle concorrenti ma potendo benissimo estendersi anche a quelle di competenza esclusiva statale; di contro, le Regioni più in difficoltà potrebbero preferire – come già fatto diffusamente – il ricorso alle sedi cooperative per concordare alcune linee d’indirizzo anche in ambiti in cui avrebbero potuto esercitare in autonomia la propria competenza.

Si tratta, ovviamente, di un profilo evolutivo che porta con sé rischi di non poco conto.

Il primo, già sotto certi aspetti concreto, è che la suddivisione delle competenze in materia sanitaria *ex art. 117 Cost.* venga disattesa; ci si arrenderebbe, in altre parole, alla constatazione che l’autonomia regionale tanto solennemente enunciata sia in realtà insostenibile – perché foriera di disuguaglianze e di inefficienze – e debba essere sostituita con una perenne collettivizzazione delle decisioni che per molte Regioni assomiglia a un commissariamento *de facto*¹⁷.

L’altro rischio, che viene di conseguenza, è che venga “annacquata” anche la portata del principio di sussidiarietà *ex art. 118 Cost.* – che provvede invece a modellare l’intero assetto della suddivisione delle competenze tra livelli di governo – portando viceversa a una sorta di “isomorfismo istituzionale”¹⁸ poco compatibile con la vocazione autonomistica del Titolo V.

Se questa tendenza sarà dunque perseguita – anche solo in materia sanitaria – l’auspicio è che ciò avvenga con gradualità, senza fughe in avanti da parte di alcune Regioni, senza “ricatti” confezionati ad arte per sfruttare posizioni di forza in seno alle trattative e, soprattutto, con la fissazione di paletti ben precisi per

¹⁷ Cfr. CINTIOLI F., *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, cit., pp. 36 ss., che riconosce come la sanità sia divenuta, in questo senso, un esperimento generale per lo sviluppo del nostro federalismo – come testimonia il meccanismo di finanziamento concertato predisposto per la sanità, capitolo II, par. 10.2.

¹⁸ Cfr. BALDUZZI R., *Alcune conclusioni*, cit. p. 161; CARBONE C., LEGA F., PRENESINI A., *La governance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie*, cit., p. 364.

preservare intatto il nucleo duro di quei principi irrinunciabili per definire “universale” la tutela del diritto alla salute in Italia.

Nel capitolo IV si è però visto come il modello cooperativo faticò talvolta ad imporsi, tendendo viceversa a perdere terreno al verificarsi di alcune situazioni critiche, come quella dell'emergenza sanitaria. Durante il periodo pandemico, infatti, la collaborazione tra Stato e Regioni ha vissuto alti e bassi, in corrispondenza dell'aggravarsi o dell'attenuarsi della situazione a livello sanitario: nel periodo di maggiore criticità – in particolare quello della prima ondata – lo spazio per la concertazione con le Regioni delle misure si è ridotto ai minimi termini – se non azzerato, per quanto riguarda il coinvolgimento del sistema delle conferenze; di conseguenza, alcune Regioni hanno cercato di riappropriarsi di alcuni poteri attraverso l'emanazione di misure proprie. Quando, viceversa, vi è stata un'attenuazione dei numeri dell'epidemia, si sono ripristinati in una certa misura gli approcci collaborativi ordinari.

L'indirizzo accentratore, tipico delle fasi più calde dell'emergenza, è stato salvato dalla Corte costituzionale nelle proprie pronunce; viceversa, sono state quasi sempre censurati i tentativi (normativi o amministrativi) di esercizio autonomo di competenze da parte delle Regioni. Ciò sulla base di quanto previsto dall'assetto delle competenze *ex art. 117 Cost.*, con particolare richiamo alla materia esclusiva statale della “*profilassi internazionale*”; scelta criticata da più parti, perché foriera di una forzatura che permette a questo ambito di fungere da clausola di interesse nazionale in ambito sanitario, idonea a far arretrare le competenze regionali in qualsiasi materia ad esso collegata¹⁹. Si è manifestata la tendenza, dunque, ad avallare un'interpretazione “cedevole” della leale collaborazione di fronte ad eventi emergenziali, in cui invece prevarrebbe la

¹⁹ Cfr. POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 257.

necessità di utilizzare un modello essenzialmente gerarchico e scevro da interlocuzioni²⁰.

Questo approccio è compatibile con quanto previsto dalla Costituzione? Può un istituto enucleato proprio nell'alveo della chiamata in sussidiarietà – quindi in una situazione che già di per sé presenta dei profili "emergenziali" o quantomeno eccezionali – venire meno proprio nel momento in cui l'emergenza si fa più grave? Sulla base di quanto esposto, sembra piuttosto il contrario: la leale collaborazione dovrebbe a maggior ragione caratterizzare la gestione dell'emergenza, proprio in un'ottica di funzionamento più efficiente delle misure adottate²¹, se necessario integrandola con un coordinamento tecnico quale quello suggerito nelle conclusioni del capitolo IV; a ciò gioverebbe anche, senza dubbio, la codificazione di un diritto dell'emergenza sanitaria più specifico, rispetto alle previsioni generiche presenti oggi nel nostro ordinamento²².

L'approccio cooperativo sembra dunque quello auspicabile per il futuro in ambito sanitario, tanto nell'ordinario quanto nelle situazioni emergenziali; questo però, probabilmente, non basterebbe da solo ad assicurare la tenuta del sistema nel lungo periodo, se non si affrontano contestualmente quelle disparità di ordine socioeconomico che generano differenze nei SSR a prescindere dalle scelte dei governanti.

La complessità di queste problematiche – che concernono il funzionamento dell'intero sistema Paese – non permette di limitare, purtroppo, la ricerca di soluzioni al solo ambito sanitario; per questo, si può solo in parte fare affidamento sulla vocazione solidaristica che impernia la materia della tutela

²⁰ Cfr. CORTESE F., *Stato e Regioni alla prova del coronavirus*, cit., pp. 5-6; DI COSIMO G., *La pandemia è dello Stato*, cit.; POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., pp. 258 ss.; RUGGERI A., *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali*, cit., p. 373; ID., *Emergenza sanitaria e tutela dei diritti sociali*, cit., p. 490, nt. 27.

²¹ POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale*, cit., p. 234.

²² MORELLI A., *Vaccinazioni e Regioni*, cit., p. 6.

della salute e sulla sua declinazione, in concreto, nella definizione dei LEA e nei meccanismi di perequazione previsti dall'ordinamento²³.

Un cospicuo aiuto avverso queste criticità è giunto attraverso le previsioni contenute nel PNRR, in cui è stata destinata una ingente quantità di fondi per il supporto economico delle Regioni, ma solo a fronte di interventi strutturali nell'organizzazione dei SSR, anche nell'ottica di un riavvicinamento delle loro discipline. Questo permetterebbe, in astratto, che il SSN risponda, in futuro, in maniera unitaria e più efficace a situazioni emergenziali, evitando riorganizzazioni forzate delle attività che assorbano la maggior parte delle risorse e del personale del sistema a detrimento perfino dell'erogazione di prestazioni giudicate essenziali.

²³ I quali, come accennato *supra* nel Capitolo II, devono ancora essere implementati col passaggio al criterio dei costi *standard*, cfr. CINTIOLI F., *Diritto alla salute*, cit., p. 49; POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, cit., pp. 59 ss. Si noti, però, che ad aver frenato negli anni questa evoluzione sono proprio le Regioni economicamente più in difficoltà e che ogni anno devono fare i conti con un deficit strutturale in ambito sanitario: il timore, infatti, è che il passaggio al criterio dei costi *standard* possa in realtà bloccare, in qualche modo, la redistribuzione delle risorse; ciò nella convinzione che il nuovo meccanismo premi i sistemi più virtuosi, dove l'efficiente impiego delle risorse permette anche un risparmio in termini di costi.

BIBLIOGRAFIA

AGENAS, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (l.r. 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, dicembre 2020, Prot. n. 2020/0007526 del 16/12/2020, 73 pp.

AGENAS, *Un'occasione per la leale collaborazione. Intervista a Vasco Errani, presidente della Conferenza delle Regioni*, in *Monitor*, 22/2008, pp. 10-12

AGOSTA S., *L'infanzia "difficile" (...ed un'incerta adolescenza?) del nuovo art. 116 comma 3, Cost., tra proposte (sempre più pressanti) di revisione costituzionale ed esigenze (sempre più sentite) di partecipazione regionale alla riscrittura del quadro costituzionale delle competenze*, in BETTINELLI E., RIGANO F. (a cura di), *La Riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2004, pp. 313- 335

ALESSI R., *L'amministrazione sanitaria*, ALESSI R. (a cura di), *Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica. L'ordinamento sanitario. 1, l'amministrazione sanitaria*, Neri Pozza, Vicenza, 1967, pp. 9-30

AMATO G., *Regioni e assistenza sanitaria: aspetti costituzionali*, in TURCHETTI P. (diretto da), *I problemi della sicurezza sociale*, Clinamen, settembre-ottobre 1969, pp. 547-551

ANDRONIO A., *I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nella sentenza della Corte costituzionale 13-27 marzo 2003, n. 88*, in *federalismi.it*, 8/2003, 21 pp.

ANTONINI L., *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria*, in *federalismi.it*, 22/2017, 11 pp.

ANZON DEMMIG A., *Esigenze unitarie e competenza regionale*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, Giuffré, Milano, 1967, pp. 1549-1561

ANZON DEMMIG A., *I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale: il nuovo regime e il modello originario a confronto*, Giappichelli, Torino, 2002, 238 pp.

ANZON DEMMIG A., *L'altra "faccia" del diritto alla salute*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, Giuffré, Milano, 1979, pp. 657-663

ATRIPALDI M., *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *federalismi.it - Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017, 18 pp.

BALBONI E., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna 6/2003, pp. 1183-1198

- BALBONI E., *Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2001, pp. 1103-1111
- BALDASSARRE A., *Diritti sociali*, in PARADISI B. (diretto da), *Enciclopedia giuridica*, Vol. XII (*Delitto-Disarmo*), Istituto della Enciclopedia italiana, Roma, 1989, pp. 1-34
- BALDUZZI R., *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, in BALDUZZI R. (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Il Mulino, Bologna, 2009, pp. 11-24
- BALDUZZI R., *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 149-168
- BALDUZZI R., *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazionale-regionale*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 5/2005, pp. 717-742
- BALDUZZI R., *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, in CORSO G., MAGISTRELLI P. (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile: atti del convegno svoltosi il 27 novembre 2008 in Roma presso l'Accademia Nazionale dei Lincei*, Giappichelli, Torino, 2009, pp. 81-93
- BALDUZZI R., *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?* in CHIEFFI L., RICCA M. (a cura di), *Il governo della salute. Regionalismo e diritti di cittadinanza*, FORMEZ, Roma, 2005, pp. 23-34,
- BALDUZZI R., *I livelli essenziali nel settore della sanità*, in BERTI G., DE MARTIN G.C. (a cura di), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici. Atti del convegno – Roma 9 giugno 2003*, Giuffré, Milano, 2003, pp. 247-261
- BALDUZZI R., *Il servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assestamento normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998, n. 419)*, in *Quaderni Regionali*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 1998, pp. 941-961
- BALDUZZI R., *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?* in AA. VV., *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Vita e Pensiero, Milano, 2011, pp. 57-72
- BALDUZZI R., PARIS D., *La specialità che c'è, ma non si vede. La sanità nelle Regioni a Statuto speciale*, in *Corti supreme e salute*, Pacini, Pisa, 1/2018, pp. 155-180
- BALDUZZI R., *Salute (diritto alla)*, in CASSESE S., CATENACCI M. (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, Vol. VI, Giuffré, Milano, 2006, pp. 5393-5402

BALDUZZI R., SERVETTI D., *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R., CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013, pp. 13-88

BALDUZZI R., SERVETTI D., *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2019, 15 pp.

BALDUZZI R., *Titolo V e tutela della salute*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V. Atti della giornata nazionale di studio (Genova, 15 gennaio 2002)*, Giuffré, Milano, 2002, pp. 11-21

BALOCCHI E., *La qualificazione di povertà nel diritto amministrativo*, Giuffré, Milano, 1967, 137 pp.

BARBATO A., BADINELLA MARTINI M., NOBILI A., *Quale riforma per la sanità in Lombardia. Siamo proprio sicuri che non sia possibile trovare soluzioni condivise?* in *quotidianosanita.it*, 22 luglio 2021

BELLENTANI M., BUGLIARI A. L., *La logica dei "piani di rientro" e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in BALDUZZI R., CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 391-418

BELLETTI M., *Poteri statali di garanzia e decisione ultima. Commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 2-3/2011, pp. 499-528.

BENELLI F., *I criteri di allocazione delle competenze nella giurisprudenza costituzionale dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, in *Le istituzioni del federalismo*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 1/2007, pp. 11-37

BERGO M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2/2017, 25 pp.

BERTIN G., *I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione*, in BERTIN G., CIPOLLA C., *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Ca' Foscari, Venezia, 2013, pp. 25-51

BILANCIA F., *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato/Regioni*, in *Diritto pubblico*, 2/2020, pp. 333-360

BILANCIA F., *Ragionando "a freddo": gli effetti della crisi emergenziale sui rapporti istituzionali Stato-Regioni*, in *Le istituzioni del federalismo*, fascicolo speciale/2020, pp. 29-38

BIN R., DONATI D., PITRUZZELLA G., *Lineamenti di diritto pubblico per i servizi sociali e sanitari*, IV ed., Giappichelli, Torino 2021, 404 pp.

BIN R., *Giurisdizione o amministrazione, chi deve prevenire i reati ambientali? Nota alla sentenza "ILVA"*, in *Giurisprudenza costituzionale*, Giuffré, Milano, 3/2013, pp. 1505-1511.

BIN R., *La funzione amministrativa nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 2002, pp. 365-382

BONI S. (a cura di), *I sistemi di governance dei servizi sanitari*, in *Quaderni Formez*, FORMEZ, n. 57/2007, 324 pp.

BORDOGNA M.T., *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, in AA.VV., *Centenario dell'istituzione degli ordini dei medici. Cento anni di professione al servizio del Paese*. Roma, 10 luglio 2010, FNOMCeO, Roma, 2010, pp. 190-221

BOTTARI C., *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Giuffrè, Milano, 1991, 134 pp.

BOTTARI C., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Giappichelli, Torino 2009, 244 pp.

BUSATTA L., *Diritto alla salute e principio d'uguaglianza: può un'eccezione fare la differenza?* in BONINI S., BUSATTA L., MARCHI I. (a cura di), *L'eccezione nel diritto. Atti della giornata di studio dell'associazione Alumni SGCE*, Editoriale scientifica, Napoli, 2015, pp. 169-196

BUSATTA L., *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Giappichelli, Torino, 2018, 303 pp.

BUSICO L., CASTIELLO F., TENORE V. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario: struttura e funzioni dell'amministrazione sanitaria; dirigenza e gestione del personale; responsabilità dei sanitari dopo la legge Gelli; gestione finanziaria; assicurazione per rischi sanitari; contenziosi civili, amministrativi e lavoristici; accesso ad atti privacy nell'amministrazione sanitaria; gare e appalti*, II ed., Giuffrè, Milano, 2018, 706 pp.

BUZZACCHI C., *Il re-styling del sistema sanitario lombardo: un nuovo modello di politica pubblica?*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 5/2021, pp. 1308-1320

BUZZACCHI C., *Il ruolo del «servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale» alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 4/2020, pp. 662-676

CAMERLENGO Q., *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni: ritorno al coordinamento tecnico*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 4/2020, pp. 739-752

CAMMEO F., *Sanità pubblica, parte I, Principi generali, fonti ed organi dell'amministrazione sanitaria*, in ORLANDO V.E., (a cura di), *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, Vol. IV, parte II, Società editrice libraria, Milano, 1905, pp. 213-394

CAMPIONE V., POGGI A., *Sovranità decentramento regole. I livelli essenziali delle prestazioni e l'autonomia delle istituzioni scolastiche*, Il Mulino, Bologna, 2009, 217 pp.

CANTARELLI P., LEGA F., LONGO F., *La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti*, in CERGAS – SDA BOCCONI (a cura di), *Rapporto OASI 2017. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, EGEA, Milano, 2017, pp. 363-381

CARAVITA B., *Art. 32*, in CRISAFULLI V., PALADIN L. (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, CEDAM, Padova, 1990, pp. 215-224

CARAVITA B., *La Costituzione dopo la Riforma del Titolo V. Stato, Regioni ed autonomie fra Repubblica ed Unione europea*, Giappichelli, Torino, 2002, 204 pp.

CARAVITA DI TORITTO B., *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e Società*, Sansoli, Firenze, 1/1984, pp. 21-56

CARAVITA DI TORITTO B., *La sentenza della Corte sulla Valle d'Aosta: come un bisturi nel burro delle competenze (legislative) regionali in federalismi.it*, 11/2021, 5 pp.

CARAVITA DI TORITTO B., *La tutela dell'ambiente nel diritto costituzionale*, in DOMENICHELLI V., OLIVETTI RASON N., POLI C., (a cura di), *Diritto pubblico dell'ambiente: diritto, etica, politica*, CEDAM, Padova, 1996, pp. 43-58

CARAVITA DI TORITTO B., *Salute e federalismo fiscale*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 75-82

CARBONE C., LEGA F., PRENESINI A., *La governance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare*, in CANTÙ E. (a cura di), *Rapporto OASI 2010, L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, Milano, 2010, pp. 355-387

CARDONE A., *Il baratro della necessità e la chimera della costituzionalizzazione: una lettura della crisi delle fonti del sistema di protezione civile contro le battaglie di retroguardia*, in *Osservatorio sulle fonti*, fascicolo speciale/2020, pp. 313-350

CARETTI P., *I riflessi della pandemia sul sistema delle fonti, sulla forma di governo e sulla forma di Stato*, in *Osservatorio sulle fonti*, fasc. speciale/2020, pp. 295-298

CARLASSARE L., *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in ALESSI R. (a cura di), *Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica*, cit., pp. 103-118

CARNEVALE P., *Pandemia e sistema delle fonti a livello statale. Qualche riflessione di ordine sistematico*, in *Corti supreme e salute*, 1/2021, pp. 37-56

CARPANI G., *I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei LEA*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2012, pp. 25-54

CARROZZA P., *Conclusioni (molto provvisorie...)*, in AA. VV., *Atti del convegno "Il caso ILVA: nel dilemma tra protezione dell'ambiente, tutela della salute e salvaguardia*

del lavoro, il diritto ci offre soluzioni?”, Pisa, 15 marzo 2013, in federalismi.it, 15/2013, 5 pp.

CARUSO C., *Il regionalismo autarchico è incostituzionale: dal Giudice delle leggi una pronuncia che mette ordine nella gestione territoriale della pandemia, in Questione giustizia, 13/4/2021, 7 pp.*

CARUSO E., *L’accreditamento nei servizi sanitari e sociosanitari fra esigenze di sistema e prospettive di liberalizzazione, in Le Istituzioni del federalismo, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 1/2017, pp. 157-198*

CATELANI E., *Centralità della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome durante l’emergenza Covid-19? Più forma che sostanza, in Osservatorio sulle fonti, 2/2020, pp. 501-515*

CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *introduzione, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione, cit., pp. V-X*

CATELANI E., *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti, in Osservatorio sulle fonti, 2/2018, 15 pp.*

CAVASINO E. *Il diritto alla salute come diritto “a prestazioni”. Considerazioni sull’efficacia della tutela, in CAVASINO E., SCALA G., VERDE G. (a cura di), I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza. Convegno annuale del Gruppo di Pisa, Trapani, 8-9 giugno 2012, Editoriale scientifica, Napoli, 2013, pp. 335-354*

CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute, Editoriale scientifica, Napoli, 2012, 209 pp.*

CECCANTI S., *Per una ragionevole disciplina costituzionale del ruolo del Parlamento nelle situazioni di emergenza, in DPCE online, Osservatorio Covid 19, 27/3/2020*

CECCANTI S., *Verso una regolamentazione degli stati di emergenza per il Parlamento: proposte a regime e possibili anticipazioni immediate, in Rivista di BioDiritto, special issue 1/2020, pp. 79-81*

CERETI C., *Diritto costituzionale italiano, VI ed., UTET, Torino 1963, 636 pp.*

CHERCHI R., DEFFENU A., *Fonti e provvedimenti dell’emergenza sanitaria tra Stato, Regioni ed enti locali, in Diritti regionali, 1/2020, pp. 648-678*

CHERUBINI M.C., *Diritto alla salute, in Digesto delle Discipline Privatistiche. Sezione civile. Vol. VI (Diritto-Div), UTET, Torino, 1990, pp. 77-88*

CILIONE G., *Diritto sanitario / Profili costituzionali, legislativi ed amministrativi - ripartizione delle competenze istituzionali - Organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico - ruolo dei soggetti sanitari privati - disciplina delle professioni e*

sistema delle responsabilità / Con i contributi per l'aggiornamento di Giulia Gasparro, Enrico Guarnieri, Maria Letizia Giannella, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2019, 388 pp.

CINTIOLI F., *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 35-56

CIOCCI M., SPAGNOLO F. (a cura di), *La spesa in Sanità: i dati CPT per un'analisi in serie storica a livello territoriale*, in *CPT Informa*, n. 3/2020, 46 pp., consultabile in agenziacoesione.gov.it

COCCONI M., *Il diritto alla tutela della salute*, CEDAM, Padova 1998, 160 pp.

COMMISSIONE PARLAMENTARE PER LE QUESTIONI REGIONALI, *Sull'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna*, doc. XVII-bis, n.13, approvato nella seduta del 6 febbraio 2018 dalla Commissione e conclusivo dell'indagine conoscitiva deliberata nella seduta del 21 novembre 2017, 43 pp.

CORSO G., *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, Giuffré, Milano 3/1981, pp. 755-784

CORSO G., *Pubblico e privato nel sistema sanitario*, in CORSO G., MAGISTRELLI P. (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, cit., pp. 17-33

CORSO G., *Pubblico e privato nelle politiche sanitarie*, in *Nuove autonomie*, Editoriale scientifica, 1/2011, pp. 17-24

CORTESE F., PENASA S., *Dalla bioetica al biodiritto: sulla giuridificazione di interessi scientificamente e tecnologicamente condizionati*, in *Rivista AIC*, 4/2015, 34 pp.

CORTESE F., *Stato e Regioni alla prova del coronavirus*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 1/2020, pp. 3-10

COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, II ed., GLF Editori Laterza, Roma/Bari, 2021, 630 pp.

COSULICH M., *Lo Stato regionale italiano alla prova dell'emergenza virale*, in *Amministrazione in cammino*, 2 aprile 2020, 5 pp.

CRISAFULLI V., *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Giuffré, Milano 1952, 217 pp.

CROSA E., *Diritto costituzionale*, IV ed., Unione tipografico-editrice torinese, Torino 1955, 561 pp.

- CUCCURULLO C., LEGA F., FERRÉ F., *I piani di rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa*, in CANTÙ E. (a cura di), *Rapporto OASI 2010*, cit., pp. 225-262
- CUOCOLO L., GALLARATI F., *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della profilassi internazionale*, in *Corti supreme e salute*, Pacini, 1/2021, 18 pp.
- CUOCOLO L., *L'importanza delle autonomie per far fronte al Covid (e alle tendenze accentratrici)*, in *DPCE online*, 1/2020, pp. XV-XX
- D'ALOIA A., *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 6/2003, pp. 1063-1140
- D'ATENA A., *Costituzione e Regioni: studi*, Giuffré, Milano 1991, 474 pp.
- D'ATENA A., *Legge regionale (e provinciale)*, in *Enciclopedia del diritto*, Vol. XXIII, Giuffré, Milano 1973, pp. 969-999
- D'ATENA A., *Lezioni di diritto costituzionale*, IV ed., Giappichelli, Torino, 2018, 230 pp.
- D'ATENA A., *Materie legislative tipologia delle competenze*, in *Quaderni Costituzionali*, Il Mulino, Bologna, 1/2003, pp. 15-24
- DE SCALZI M., *Strutture private e organizzazione sanitaria: due modelli regionali a confronto*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 127-132
- DE SIERVO U., *Emergenza Covid e sistema delle fonti: prime impressioni*, in *Osservatorio sulle fonti*, fascicolo speciale/2020, pp. 299-312
- DENTE B., *Dopo il coronavirus. Che fare del sistema sanitario?* in *welforum.it*
- DI CAPUA V., *Il nemico invisibile. La battaglia contro il Covid-19 divisa tra Stato e Regioni*, in *federalismi.it*, 20 maggio 2020, 28 pp.
- DI COSIMO G., *La pandemia è dello Stato (la Corte costituzionale e la legge valdostana)*, in *costituzione.info*, 21 marzo 2021
- DI COSIMO G., MENEGUS G., *L'emergenza Coronavirus tra Stato e Regioni: alla ricerca della leale collaborazione*, in *Rivista di BioDiritto*, fasc. speciale 1/2020, pp. 183-199
- DI COSIMO G., *Sul contenuto e sul controllo degli atti normativi (nota a sent. 39/2014)*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 4/2014, pp. 837-841
- DICKMANN R., *Il commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa? (nota a Corte cost., 14 gennaio 2010, n. 2)*, in *federalismi*, 3/2010, 18 pp.

DICKMANN R., *La Corte (si) chiarisce: i commissari ad acta non possono esercitare poteri sostitutivi in via normativa (nota a C. Cost. 17 dicembre 2010, n. 361)*, in *federalismi.it*, 2/2011, 5 pp.

DOGLIOTTI M., *La Corte costituzionale riconosce il diritto all'identità sessuale*, in *Giurisprudenza italiana*, UTET, Torino, 1/1987, pp. 236-243

DRIGO C., MORELLI A., *L'emergenza sanitaria da COVID-19. Normativa, atti amministrativi, giurisprudenza e bibliografia*, in *Diritti regionali*, 11 maggio 2020, 169 pp.

DURANTE V., *La salute come diritto della persona*, in CANESTRARI S., FERRANDO G., MAZZONI C.M., RODOTÀ S., ZATTI P. (a cura di), *Il governo del corpo*, Vol. I, in RODOTÀ S., ZATTI P. (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Giuffrè, Milano, 2011, pp. 579-600

ESPOSITO T., *La gestione dell'emergenza pandemica tra fonti statali e fonti regionali*, in *Diritti regionali*, 1/2022, pp. 380-473

FALCON G., *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 3/2020, pp. 453-456

FALCON G., *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 4/2017, pp. 625-634

FERRARA R., *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in FERRARA R. (a cura di), *Salute e sanità*, in RODOTÀ S., ZATTI P. (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Vol. V, Giuffrè, Milano, 2010, pp. 22-47

FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino 2007, 353 pp.

FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, in BIFULCO R., CELOTTO A., OLIVETTI M., *Digesto delle discipline pubblicistiche: diritto costituzionale, diritto amministrativo, diritto regionale, diritto internazionale, diritto comunitario, diritto ecclesiastico, diritto canonico, diritto pubblico comparato*, Vol. XIII (Reg-Sc), UTET, Milano, 1997, pp. 513-538

FERRARI A., *La programmazione sanitaria tra federalismo e aziendalizzazione*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel D.Lgs. 229/99*, Giuffrè, Milano 2001, 232 pp.

FERRARI E., *Diritto alla salute e prestazioni sanitarie tra bilanciamento e gradualità*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 1991, pp. 1513-1533

FERRARI E., *Il diritto alla salute è diritto a qualunque prestazione ritenuta "indispensabile"?* in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna 6/1989, pp. 1928-1933

FIORENTINI G., *Sostenibilità finanziaria e politica nel Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 181-204

- FLORIO F. S., *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in BOTTARI C. (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014, pp. 53-62
- FRANCE G., *I Livelli Essenziali di Assistenza: un caso italiano di policy innovation*, in FIORENTINI G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2003, pp. 73-102
- FREGO S., *Sul ruolo delle strutture private nel Servizio sanitario nazionale*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna, 6/1987, pp. 1380-1392.
- FROSINI T. E., *Le Regioni colorate e differenziate: come combattere la pandemia nei territori?* in *Diritti regionali*, 2/2021, pp. 281-285
- GALLO F., *Dal federalismo al regionalismo differenziato*, in *Rivista della Corte dei conti*, 5/2019, pp. 5-9
- GARATTINI S., *Cultura della salute e stili di vita*, in CERRINA FERONI G., LIVI BACCI M., PETRETTO A. (a cura di), *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, CESIFIN, Firenze, 2017, pp. 69-70
- GASPARRO M., *Ancora sull'obbligo vaccinale: il placet definitivo della Consulta*, in *federalismi.it*, 12/2023, pp. 216-230
- GASPARRO M., *Obbligo vaccinale per il personale sanitario: il giudice amministrativo fa il punto alla luce della normativa europea e costituzionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 1/2022, pp. 31-46
- GIANNINI A., *La tutela della salute come principio costituzionale*, in *L'INADEL*, 1960, pp. 813-848
- GIANNINI M.S., *Repubblica (diritto costituzionale)*, in *Enciclopedia del diritto*, Vol. XXXIX, Giuffrè, Milano, 1988, pp. 891-894
- GRECO N., *La costituzione dell'ambiente. Sistema e ordinamenti*, Vol. I, Il Mulino, Bologna 1996, 594 pp.
- GROSSI P., *Attuazione ed inattuazione della costituzione*, Giuffrè, Milano, 2002, 105 pp.
- GROSSI P., *I diritti di libertà ad uso di lezioni*, II ed., Giappichelli, Torino, 1991, 388 pp.
- HOLMES S., SUNSTEIN C.R., *Il costo dei diritti: perché la libertà dipende dalle tasse*, (tit. orig. "the cost of wrights: why liberty depends on taxes", New York 1999), Il Mulino, Bologna 2000, 246 pp.
- IANNOTTA R., *Assistenza sanitaria ed ospedaliera*, in PARADISI B. (a cura di) *Enciclopedia giuridica*, Vol. III, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma, 1988, pp. 1-5

IANNUZZI A., *L'obbligatorietà delle vaccinazioni a giudizio della Corte costituzionale fra rispetto della discrezionalità del legislatore statale e valutazioni medico-statistiche*, in *consultaonline.it*, n. 1/2018, pp. 87-96

JORIO E., *Problemi sul cosiddetto federalismo fiscale in sanità*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, cit., pp. 185-194

JORIO E., *Un patto per la salute (e la finanziaria 2010) non propriamente compatibile con l'esordio del federalismo fiscale*, in *federalismi.it*, 1/2010, 15 pp.

LABRANCA A., *Sanità pubblica*, in D'AMELIO M. (a cura di), *Nuovo digesto italiano*, Vol. XI, UTET, Torino, 1939, pp. 1044-1052

LESSONA S., *Trattato di diritto sanitario*, Vol. I, Fratelli Bocca, Milano/Torino/Roma, 1914, 447 pp.

LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, in *Osservatorio sulle fonti*, fascicolo speciale/2020, pp. 377-407, disponibile su *osservatoriosullefonti.it*

LUCARELLI A., *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2020, pp. 558-583, disponibile su *rivistaaic.it*

LUCARELLI A., *L'erosione del principio di legalità e gli atti amministrativi sufficientemente tipizzati*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 5/ 2021, pp. 2063-2075

LUCARELLI A., *La gestione dell'emergenza da Covid-19 tra regole uniformi, istanze di autonomia ed incertezza negli strumenti normativi*, in *Giurisprudenza costituzionale*, Giuffré, Milano, 2/2021, pp. 465-473

LUCIANI M., *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 3/2016, 18 pp., disponibile su *rivistaaic.it*

LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 9-24

LUCIANI M., *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, Sansoli, Firenze, 4/1980, pp. 777-789

LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3 del 2001*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, Giuffré, Milano, suppl. 1/2002, pp. 7-21

LUCIANI M., *Salute, I) Diritto alla salute (diritto costituzionale)*, in PARADISI B., *Enciclopedia giuridica*, Vol. XXXII (*Rivalutazione-Servitù*), Istituto della Enciclopedia italiana, Roma, 1994, pp. 1-14

LUCIANI M., *Sui diritti sociali*, in PACE A. (a cura di), *Studi in onore di Manlio Mazziotti di Celso*, Vol. II, CEDAM, Padova, 1995, pp. 97-134

LUCIFREDI R., *La nuova costituzione italiana raffrontata con lo Statuto albertino e vista nel primo triennio di sua applicazione*, Società editrice libraria, Milano, 1952, 337 pp.

MAINO F., *Il sistema sanitario italiano tra contenimento della spesa, malasanità e politicizzazione*, in BALDINI G., CENTO BULL A. (a cura di), *Politica in Italia. I fatti dell'anno e le interpretazioni. Edizione 2009*, Il Mulino, Bologna, 2009, pp. 241-260

MANFRELLOTTI R., *La delegificazione nella disciplina dell'emergenza pandemica*, in *Rivista AIC*, 2/2021, pp. 226-235, disponibile su rivistaaic.it

MANGIAMELI S., *L'ambiente nel riparto di competenze tra Stato e Regioni (dalla configurazione di una materia, all'assetto di un difficile modello)...* in ID. (a cura di), *Giornate teramane sull'ambiente: atti del Convegno tenuto in occasione della presentazione del volume Diritto all'ambiente e diritto allo sviluppo: Teramo, 23-24 ottobre 1996, Aula magna della facoltà di giurisprudenza*, Giuffré, Milano, 1998, pp. 139-195

MANGIAMELI S., *Le materie di competenza regionale*, Giuffré, Milano 1992, 222 pp.

MARONGIU G., *L'istituzione del ministero della sanità*, in *Rivista Trimestrale di diritto pubblico*, Giuffré, Milano, 1/1958, pp. 29-36

MARONGIU G., *La prestazione dell'attività sanitaria*, in GIANNINI M.S. (a cura di), *Lineamenti di organizzazione sanitaria*, Giuffré, Milano, 1991, pp. 389-433

MARZUOLI C., *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 1-8

MASALA P., *I diritti fra Stato e Regioni nell'emergenza sanitaria, a vent'anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale "ribilanciamento" occorre realizzare, per una più efficace garanzia dell'uguaglianza sostanziale?* in costituzionalismo.it, 1/2021

MATTIONI A., *Salute e assistenza. Rapporti tra "livelli di governo" dopo la recente revisione costituzionale*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit., pp. 61-86

MAZZIOTTI C.D., *Diritti sociali*, in *Enciclopedia del diritto*, Vol. XII, Giuffré, Milano 1964, pp. 802-807

MELICA L., *La soggettività costituzionale degli enti locali nel processo di attuazione del Titolo V della Costituzione*, in federalismi.it, 19/2008, 25 pp.

MERUSI F., *Art. 9*, in BRANCA G. (a cura di), *Commentario della Costituzione. Art. 1-12: Principi fondamentali*, Zanichelli-Il Foro Italiano, Bologna-Roma, 1975, pp. 437-445

MERUSI F., *Servizi pubblici instabili*, Il Mulino, Bologna, 1990, 206 pp.

MEZZANOTTE M., *Pandemia e riparto delle competenze Stato-Regioni in periodo emergenziali*, in *consultaonline.it*, 1/2021, pp. 329-337

MICCOLI E., *L'assistenza sanitaria*, in ALESSI R. (a cura di), *Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica*, cit., pp. 119-150

MOLASCHI V., *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in FERRARA R. (a cura di), *Salute e sanità*, cit., pp. 497-533

MOLASCHI V., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Giappichelli, Torino, 2008, 310 pp.

MONTUSCHI L., *Art. 32, comma 1*, in BRANCA G., *Commentario della Costituzione. Artt. 29-34, Rapporti etico-sociali*, Zanichelli – Il Foro italiano, Bologna-Roma, 1976, pp. 146-166

MOR G., *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 1997, pp. 617-636

MORANA D., *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *Rivista AIC*, 4/2013, 13 pp., disponibili su rivistaaic.it

MORANA D., *I rapporti tra Parlamento e Corte costituzionale nella garanzia dei diritti sociali*, in *Amministrazione in cammino*, 2015, 28 pp., disponibile su amministrazioneincammino.luiss.it

MORANA D., *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, II ed., Giappichelli, Torino, 2015, 223 pp.

MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici.*, Giuffré, Milano, 2002, 205 pp.

MORANA D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all'emergenza pandemica tra Stato e Regioni, a margine della sent. n. 37/2021*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2/2021, pp. 10-18

MORANA D., *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, in *Corti Supreme e salute*, 1/2020, pp. 243-252

MORBIDELLI G., VOLPI M., FERONI G.C., *Diritto costituzionale comparato*, Giappichelli, Torino, 2020, 477 pp.

MORELLI A., *I rapporti tra i livelli di governo alla prova dell'emergenza sanitaria*, in *Quaderni costituzionali*, 4/2020, pp. 747-760

MORELLI A., *Il re del piccolo principe ai tempi del coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza*, in *Diritti regionali*, 1/2020, pp. 518-533

MORELLI A., *Le "convergenze parallele" dei modelli di normazione impiegati per fronteggiare la pandemia: "stato di emergenza" e "stato di necessità" alla luce della sent. n. 198/2021 della Corte costituzionale*, in *Nomos*, 2/2021, 8 pp.

MORELLI A., *Vaccinazioni e Regioni: quale lezione trarre riguardo al sistema delle autonomie?* in *Diritti regionali*, 1/2021, pp. 1-8

MORELLI M.R., *Materiali per una riflessione sulla applicazione diretta delle norme costituzionali da parte dei giudici*, in *Giustizia civile*, Giuffrè, Milano, 1/1999, pp. 3-15.

MORTATI C., *Appunti per uno studio dei rimedi giurisdizionali contro comportamenti omissivi del legislatore*, in *Il Foro italiano*, settembre 1970, pp. 153-192.

MORTATI C., *Istituzioni di diritto pubblico*, III ed., CEDAM, Padova, 1955, 704 pp. e VII ed., CEDAM, Padova, 1967, 897 pp.

MORTATI C., *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 1/1961, pp. 1-18

MURARO G., REBBA V., *Il finanziamento della sanità nei paesi dell'OCSE: struttura e dinamica*, in *Politiche sanitarie*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 3/2008, pp. 121-132

NAPOLITANO G., *I pubblici poteri di fronte alla pandemia*, in *Giornale di diritto amministrativo*, IPSOA, 2/2020, pp. 145-147

NASTASI V., *Il regionalismo differenziato e i problemi ermeneutici sorti in seguito alle recenti iniziative di attuazione dell'articolo 116 comma 3 della Costituzione*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 31 maggio 2018, 12 pp.

NERI S., *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, Ediesse, Roma, 3/2008, pp. 97-114

PACE A., *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, II ed., CEDAM, Padova, 1990, 167 pp.

PALADIN L., *Diritto costituzionale*, III ed., CEDAM, Padova, 1998, 824 pp.

PALLANTE F., *Nel merito del regionalismo differenziato: quali «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» per Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna?* in *federalismi.it*, 6/2019, 35 pp.

PAMMOLLI F., SALERNO N.C., *La sanità in Italia. Federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche*, Il Mulino, Bologna, 2008, 194 pp.

PATANÈ A., *La costituzionalità dell'obbligo vaccinale all'interno del difficile equilibrio tra tutele e vincoli nello svolgimento dell'attività lavorativa*, in *LavoroDirittiEuropa*, 2/2021, 12 pp.

PATRONI GRIFFI A., *Scienza e diritto ai tempi dell'emergenza da Covid-19: qualche annotazione*, in DE MINICO G., VILLONE M. (a cura di), *Stato di diritto – Emergenza - Tecnologia*, Consulta OnLine, pp. 41-50, disponibile su giurcost.org

PERGOLESI F., *Alcuni lineamenti dei "diritti sociali"*, Giuffré, Milano, 1953, 47 pp.

PETRETTO A., *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, in CA TELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 83-109

PEZZINI B., *Diritto alla salute e dimensione della discrezionalità legislativa nella giurisprudenza costituzionale*, in BALDUZZI R. (a cura di), *Cittadinanza, corti e salute*, CEDAM, Padova, 2007, pp. 211-231

PEZZINI B., *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, in BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit., pp. 87-109

PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, Sansoli, Firenze 1/1983, pp. 21-92

PEZZINI B., *Polisemia del fabbisogno sanitario. Prime osservazioni sull'impostazione del D.Lgs. 68/2011*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, cit., pp. 211-226

PEZZINI B., *Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute*, in PEZZINI B., GALLO C.E. (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Giuffré, Milano, 1998, pp. 1-55

PEZZINI B., *Soggetti, contenuto e responsabilità della scelta terapeutica nel Servizio sanitario*, in CHIEFFI L. (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico. Atti del convegno svoltosi sul Belvedere di San Leucio (Caserta) nei giorni 23 e 24 marzo 2021*, Giappichelli, Torino, 2003, pp. 41-61

PEZZINI B., *Ventuno modelli sanitari? Quanta diseguaglianza possiamo accettare (e quanta diseguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo*, in BALDUZZI R. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema: atti del Convegno, Genova, 20-21 febbraio 2004*, Giuffré, Milano, 2005, pp. 399-424

PINELLI C., *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, pp. 659-665

PINELLI C., *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, (art. 117, co. 2, lettera m), Cost.)*, in *Diritto pubblico*, Il Mulino, Bologna, 3/2002, pp. 881-908

PIOGGIA A., CIVITARESE MATTEUCCI S., DUGATO M., RACCA G.M. (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, FrancoAngeli, Milano, 2008, 448 pp.

PIOGGIA A., *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione privata delle aziende sanitarie*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 57-74;

PIOGGIA A., *Razionalizzazione organizzativa in sanità: quali modelli*, in BOTTARI C., FOGLIETTA F., VANDELLI L. (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013, pp. 61-72

PISAURO G., *I fabbisogni standard nel settore sanitario. Commento allo schema di decreto legislativo*, in www.nens.it, ottobre 2010, 8 pp.

PITINO A., *Il sistema sanitario della regione Puglia: la ristrutturazione ospedaliera, l'integrazione socio-sanitaria e la materia farmaceutica*, in BALDUZZI R. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., pp. 445-472

PITINO A., *Livelli essenziali di assistenza e tutela della salute nel diritto comunitario originario*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution. Atti del Convegno – Genova, 24 febbraio 2003*, Giuffré, Milano, 2004, pp. 293-315

POGGI A., *Crisi economica e crisi dei diritti sociali nell'Unione europea*, in *Rivista AIC*, 1/2017, 16 pp., consultabile su rivistaaic.it

POGGI A., *diritti sociali e differenziazioni territoriali*, in BALDUZZI R. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, cit., pp. 59-80

POGGI A., SOBRINO G., *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?)*. Nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021, in *Rivista AIC – osservatorio costituzionale*, 4/2021, pp. 231-261, consultabile su rivistaaic.it

POLITI F., *Il decreto legislativo sui costi e fabbisogni standard in sanità: prime valutazioni*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, cit., pp. 227-251

PORTERA L. (a cura di), *Schede di documentazione – 3. Modello sanitario della regione Lombardia*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M. C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., pp. 183-188

PRINCIPATO L., *Il diritto costituzionale alla salute: molteplici facoltà più o meno disponibili da parte del legislatore o differenti situazioni giuridiche soggettive?* in *Giurisprudenza costituzionale*, Milano, Giuffré 4/1999, pp. 2508-2518

RABAGLIETTI G., *Trattato di diritto sanitario*, Passigli, Empoli 1965, 119 pp.

REIBLING N., *Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access*, in *Journal of European Social Policy*, Is. 5, 2010, pp. 5-18.

RIVOSECCHI G., *La determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali: un elemento di incertezza nella via italiana al federalismo fiscale*, in *federalismi.it*, 8/2011, 31 pp.

RODOTÀ S., *La vita e le regole: tra diritto e non diritto*, Feltrinelli, Milano, 2006, 284 pp.

ROTHGANG H., WENDT C., FRISINA L., *Healthcare system types: a conceptual framework for comparison*, in *Social Policy & Administration*, Vol. 43, Is. 1, 2009, pp. 70-90

ROVERSI MONACO F., BOTTARI C., *Art. 1 (pp. 1-13) e Art. 2 (pp. 13-24)*, in ROVERSI MONACO F. (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Giuffré, Milano, 1979

RUGGERI A., *Emergenza sanitaria e tutela dei diritti sociali*, in *Diritti regionali*, 2/2022, pp. 474-495

RUGGERI A., *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali e ne mette a dura prova la capacità di tenuta*, in *Diritti regionali*, 1/2020, pp. 368-378

RUOTOLO M., *A mo' di introduzione*, in *costituzionalismo.it*, Editoriale scientifica, 2/2008

RUSSO A.M., *Il regionalismo italiano nel vortice autonomistico della differenziazione: l'asimmetria sperimentale tra integrazione e conflitti*, in *Le istituzioni del federalismo*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2/2018, pp. 365-392

SAGONE C., *Criticità, divari territoriali e pandemia: quali prospettive future per il sistema sanitario italiano?* in *Diritti regionali*, 1/2022, pp. 10-84

SALAZAR C., *Crisi economica e diritti fondamentali – Relazione al XXVIII convegno annuale dell'AIC*, in *Rivista AIC*, 4/2013, 39 pp., consultabile su rivistaaic.it

SALAZAR C., *I diritti sociali nella carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea: un "viaggio al termine della notte?"*, in FERRARI G.F. (a cura di), *I diritti fondamentali dopo la carta di Nizza. Il costituzionalismo dei diritti. AIDC, Taormina giugno 2001, sezione pubblicistica, estratto*, Giuffré, Milano, 2001, pp. 239-257

SANDULLI A. M., *Manuale di diritto amministrativo*, Vol. II, XIV ed., Jovene, Napoli, 1984, 1559 pp.

SANDULLI M.A., *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*, in *Corti Supreme e salute*, 1/2020, pp. 253-263

SANTILLI M., GIUSTI A., *Salute, II) tutela della salute – dir. Civ.*, in PARADISI B., *Enciclopedia giuridica*, Vol. XXXII (Rivalutazione-Servitù), cit., pp. 1-14

SANTONOCITO G. G., *Storia del diritto alla salute*, FrancoAngeli, Milano, 2022, 209 pp.

SCACCIA G., D'ORAZI C., *La concorrenza fra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria fra unitarietà e differenziazione*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 3/2020, pp. 108-120

SERVIZIO STUDI DEL SENATO, (a cura di), *Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto*, dossier informativo n. 16, maggio 2018, 141 pp.

SIMONCINI A., LONGO E., *Art. 32*, in BIFULCO A., CELOTTO M., OLIVETTI M. (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Vol. I: artt. 1-54, UTET Giuridica, Torino, 2006, pp. 655-674

SOBRINO G., *Misure “anti-Covid” e Costituzione: il T.A.R. Calabria promuove “a pieni voti” il Governo ed esalta le esigenze di unità nella gestione dell’emergenza sanitaria (nota a T.A.R. Calabria, sez. I, 9 maggio 2020, n. 841)*, in *Rivista AIC*, 5/2020, pp. 185-207, consultabile in rivistaaic.it

SPADARO A., *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo “modello sociale europeo”: più sobrio, solidale e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, 4/2011, 23 pp., consultabile in rivistaaic.it

SPATARO O., *Stato di emergenza e legalità costituzionale alla prova della pandemia*, in *federalismi.it*, 11/2022, pp. 158-186

SPECCHIA M.C., LUCARELLI A., SALMONI F., *Sistema normativo delle fonti nel governo giuridico della pandemia. Illegittimità diffuse e strumenti di tutela*, in *Rivista AIC*, 1/2021, pp. 400-421, consultabile in rivistaaic.it

STAIANO S., *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in *Rivista AIC*, 2/2020, pp. 531-557, consultabile in rivistaaic.it

TARONI F., *Fiducia e sostenibilità economica dei sistemi sanitari: uno sguardo dalla regione Emilia-Romagna*, in BALDUZZI R. (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, pp. 535-558

TARONI F., *Governi clinici fra speranze e delusioni*, in GRILLI R., TARONI F. (a cura di), *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell’assistenza*, Il Pensiero Scientifico, 2005, pp. 299-343

- TOSI R., *Cittadini, stato e Regioni di fronte ai "livelli essenziali delle prestazioni..."*, in *Quaderni Costituzionali*, 3/2003, pp. 629-630
- TRIPODINA C., *Art. 32*, in BARTOLE S., BIN R. (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, II ed., CEDAM, Padova, 2008, pp. 321-334
- TUBERTINI C., *Gestioni commissariali e governo del sistema: i nodi irrisolti*, in DE VINCENTI C., FINOCCHI GHERSI R., TARDIOLA A. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, 2011, pp. 75-92
- TUBERTINI C., *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bononia University Press, Bologna 2008, 384 pp.
- TURATI G., *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*, in CERRINA FERONI G., LIVI BACCI M., PETRETTO A. (a cura di), *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, cit., pp.13-22
- VANDELLI L., *Art. 3*, in ROVERSI MONACO F. (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 25-30
- VIOLINI L., *Il virus, il vaccino e il nuovo anno: centralizzazione, differenziazione e la leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 5/2020, pp. 1009-1015
- VITTA C., *Sanità pubblica, Parte II, I singoli obiettivi dell'amministrazione sanitaria*, ORLANDO V.E., (a cura di), *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, Vol. IV, parte II, cit., pp. 395-507
- VOLPE G., *Gli enti ospedalieri e l'interesse alla ricerca scientifica*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2/1974, pp. 3359-3382
- VOLPE G., *L'intreccio delle competenze nel servizio sanitario e l'eguaglianza dei cittadini*, in *Le Regioni*, Il Mulino, Bologna 1/1985, pp. 157-184
- VUOLO A., *Il potere cautelare della Corte costituzionale con specifico riguardo al giudizio in via principale: passato, presente e futuro*, in *federalismi.it*, n. 10/2021, pp. 308-329
- VUOLO A., *Il sindacato di legittimità sulle misure di contrasto all'epidemia*, in *Diritti regionali*, 2/2020, pp. 85-107
- ZANELLA M., *L'assistenza sanitaria direttamente erogata dagli enti mutualistici attraverso propri ospedali ed ambulatori*, in ALESSI R. (a cura di), *Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica*, cit., pp. 215-244

ABBREVIAZIONI NORMATIVE

Codice civile	Cod. civ.
Costituzione	Cost.
Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri	D.P.C.M.
Decreto del Presidente della Giunta regionale	D.P.G.r.
Decreto del Presidente della Repubblica	D.P.R.
Decreto legislativo	D.Lgs.
Decreto luogotenenziale	D.Lgt.
Decreto ministeriale	D.M.
Decreto-legge	D.L.
Delibera di Giunta regionale	D.G.r.
Disegno di legge	d.d.l.
Legge ordinaria	l.
Legge provinciale	l.p.
Legge regionale	l.r.
Ordinanza ministeriale	Ord. min.
Testo unico	T.U.