

# L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia<sup>(\*) (\*\*)</sup>

di Lorenzo Cuocolo<sup>(\*\*\*)</sup> e Alessandro Candido<sup>(\*\*\*\*)</sup>  
(23 settembre 2013)

Sommario: 1. La tutela della salute prima e dopo la riforma del Titolo V  
– 2. Un confronto tra l'Italia e le principali esperienze europee –  
3. I livelli essenziali delle prestazioni – 4. Gli effetti del  
federalismo sull'uniformità nell'offerta dei servizi sanitari regionali.

## 1. La tutela della salute prima e dopo la riforma del Titolo V.

Le prime forme di tutela della salute risalgono a “spedali” ed “asili” gestiti dalla Chiesa cattolica fin dal tardo-rinascimento. Gli unici aspetti che venivano presi in carico dal potere pubblico, in questa fase, erano quelli connessi all'igiene pubblica. L'impostazione di fondo non muta nell'epoca liberale ottocentesca: la salute era considerata un problema di ordine pubblico. Ciò trova conferma nelle leggi di “unificazione amministrativa” del Regno d'Italia, e in particolare con l'allegato C della l. n. 2248/1865, che assegnava la «polizia sanitaria» al Ministero degli interni<sup>1</sup>.

La prima riforma di sistema si ebbe con la riforma Crispi (l. n. 6972/1890) che tracciava una nuova disciplina per le istituzioni di assistenza e beneficenza, con tratti tendenzialmente uniformi per quanto concerne la cura dei soggetti indigenti. Le strutture di assistenza e di beneficenza, però, restavano private e gestite da soggetti privati, senza assunzione di compiti in materia di tutela attiva della salute da parte dei pubblici poteri.

Importanti sviluppi si ebbero con il r.d. n. 636/1907, primo tentativo di sistemazione organica della normativa sanitaria e con il r.d. n. 1265/1934. Fu poi il d.lgs.lgt. n. 417/1945 ad istituire un Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, presso la Presidenza del Consiglio (e non presso il Ministero dell'Interno), con il ruolo di gestire e coordinare tutte le funzioni statali in materia sanitaria.

---

(\*) Questo contributo, ultimato nel mese di luglio 2013, attiene a un progetto di ricerca coordinato dall'Istituto per la Competitività (i-com) ed è in corso di pubblicazione in un volume che affronta il tema della riforma della *governance* sanitaria e farmaceutica (casa editrice Rubbettino).

(\*\*) Pur essendo il presente lavoro frutto di uno studio congiunto degli Autori, a L. Cuocolo sono riconducibili i parr. 1 e 3 e ad A. Candido i parr. 2 e 4. Con riguardo ai parr. 2 e 4, A. Candido ringrazia il Dott. Maurizio Campagna per gli spunti di riflessione offerti e per gli approfondimenti bibliografici suggeriti.

(\*\*\*) Professore associato confermato di diritto pubblico comparato nell'Università Bocconi di Milano.

(\*\*\*\*) Assegnista di ricerca in diritto pubblico nell'Università Cattolica di Piacenza e dottore di ricerca in diritto costituzionale nell'Università Cattolica di Milano.

<sup>1</sup> Cfr. R. FERRARA, P.M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999, 66; G.P. ZANETTA, C. CASALEGNO, *Le leggi della nuova sanità*, Milano, 1999, 5. Più di recente, A. CAPPUCCI, *Il processo evolutivo della sanità italiana: dagli “spedali” alle aziende sanitarie*, in *Ragiusan*, 215-216/2002, 6 ss.; N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (cur.), *Trattato di diritto amministrativo – Le funzioni di ordine, le funzioni del benessere*, Milano, 2003, 633.

La l. n. 296/1958 istituì il Ministero della sanità, scorporando sanità e assistenza, e lasciando quest'ultima ad altri dicasteri. Il Ministero della sanità doveva sovrintendere ai servizi sanitari svolti da amministrazioni statali, svolgere un'attività di controllo e vigilanza sia nei confronti di soggetti pubblici, che nei confronti degli istituti privati, nonché curare l'intera organizzazione decentrata dei servizi sanitari<sup>2</sup>.

L'ulteriore svolta si ebbe con la riforma ospedaliera del 1968 (l. n. 132/1968, cd. "riforma Mariotti"), che istituì gli enti ospedalieri, quali «enti pubblici che istituzionalmente provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi» (art. 2, c. 1), con la finalità unificare il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie. L'art. 1, c. 1, della legge 132, afferma che «l'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri». L'ente ospedaliero si presenta, dunque, come erogatore universale, su tutto il territorio nazionale, di prestazioni sanitarie.

Questa scelta è all'origine della nascita del servizio pubblico sanitario, di cui lo Stato si dà carico. Gli enti ospedalieri hanno l'obbligo di fornire prestazioni sanitarie a tutti i soggetti, (cittadini italiani o meno), che necessitino di cure urgenti.

Si noti inoltre che la riforma prevedeva che gli enti ospedalieri avessero Consigli di amministrazione ove fosse garantita la rappresentanza degli «originari interessi dell'ente», ovvero «dell'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali»: a queste norme si può ricondurre la "politicizzazione" del sistema sanitario. Se, da un lato, la l. n. 132/1968 ha perseguito una "democratizzazione" della sanità, dall'altro lato ha posto i semi per la "lottizzazione" del governo della sanità, che nei decenni seguenti si è mostrata essere una delle cause delle inefficienze e degli alti costi del sistema<sup>3</sup>.

L'ultimo aspetto della riforma Mariotti che deve essere richiamato è la previsione di vari strumenti di pianificazione. Di rilievo, in particolare, è il Piano nazionale ospedaliero – di durata quinquennale – la cui elaborazione è demandata al Ministro della sanità, che deve attenersi alle direttive contenute nel programma economico nazionale, a quelle contenute nella legge 132 e a quelle contenute nella legge di programma. Il Ministro deve inoltre recepire «le indicazioni fornite dalle singole Regioni», pur non essendo chiaro quale valore debba attribuirsi al "recepimento".

Il principale compito del Piano è stabilire «i criteri per l'impiego dei mezzi finanziari» dello Stato, determinati con la legge di programma. Il Piano ospedaliero, a tale fine, dispone la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa dei posti-letto da istituire a spese dello Stato e definisce i criteri territoriali e qualitativi per l'utilizzazione del fondo nazionale ospedaliero.

Il percorso di riforma sanitaria, negli anni Settanta, si affiancò all'attuazione del regionalismo. Nel 1970, infatti, furono istituite le Regioni a Statuto ordinario, dotate di competenza legislativa concorrente in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Particolare rilievo assunsero i decreti di trasferimento delle funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni (d.P.R. n. 4/1972 e d.P.R. n. 616/1977)<sup>4</sup>. Il

<sup>2</sup> M. LUCIANI, *Salute – 1) Diritto alla salute – Dir. cost.* (voce), in *Enc. Giur. Treccani*, Roma, 1991, 1; D. VINCENZI AMATO, *Commento all'art. 32*, in G. BRANCA, A. PIZZORUSSO (cur.), *Commentario della Costituzione*, Bologna, 1976, 146 ss.

<sup>3</sup> R. SANGIULIANO (cur.), *Diritto sanitario e servizio sanitario nazionale*, Napoli, 2002, 12.

<sup>4</sup> R. FERRARA, P.M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, cit., 69; Cfr. U. POTOTSCHNING, *Il ruolo della Regione nell'organizzazione dell'assistenza*, in *Le Regioni*, 1974, 941; T. MARTINES, A. RUGGERI, *Lineamenti di diritto regionale*, cit., 248; F. BASSANINI, *La legge sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della Pubblica amministrazione (l. 22 luglio 1975, n. 382)*, in *Le Regioni*, 1975, 890; A. D'ATENA, *Il*

decreto n. 616 dà espressa definizione della materia «assistenza sanitaria ed ospedaliera», riconducendo ad essa tutte le funzioni che «concernono la promozione, il mantenimento ed il recupero dello stato di benessere fisico e psichico della popolazione». Il concetto di salute è dunque molto più esteso di quanto non possa sembrare da un'analisi nominalistica delle materie trasferite (cioè «assistenza sanitaria ed ospedaliera», come enuncia l'art. 27 del decreto).

La vera svolta nella tutela del diritto alla salute si ebbe con la l. n. 833, del 23-12-1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale<sup>5</sup>. La legge si propone di dare un'unica disciplina della materia sanitaria, sostituendosi ad un complesso ed eterogeneo sistema. La legge del '78, dunque, è una legge-quadro, che disciplina gli aspetti fondamentali dell'intera materia sanitaria, così superando anche l'impostazione dei decreti di trasferimento, che riguardavano le sole funzioni amministrative, senza fornire un quadro normativo per l'intero settore.

Le previsioni costituzionali, finalmente, trovarono una completa attuazione nel servizio sanitario nazionale<sup>6</sup>, come conferma l'art. 1 della l. n. 833, a tenore del quale «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale». La riforma abbandonò il legame con l'art. 38 Cost., dando vita ad un vero sistema sanitario che – come prescritto dalla Costituzione – tuteli in modo indifferenziato i cittadini, lavoratori o meno e, a determinate condizioni, anche gli stranieri.

Si cercò di stabilire con precisione il riparto di competenze tra Stato, Regioni ed enti territoriali minori, delineando un sistema articolato<sup>7</sup>. Le principali competenze statali riguardavano la programmazione nazionale, di «livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini», l'indirizzo e il coordinamento delle attività amministrative regionali e la quantificazione (a cadenza annuale, con l'approvazione della legge di bilancio) del fondo sanitario nazionale, destinato a finanziare il sistema.

Quanto alle Regioni, la riforma riconobbe importanti competenze legislative, in merito all'organizzazione del SSN, alla definizione degli ambiti territoriali e al funzionamento delle Unità Sanitarie Locali, nuovo soggetto giuridico, perno della riforma sanitaria<sup>8</sup>. Era poi previsto che le Regioni dovessero adottare con legge i Piani sanitari «finalizzati all'eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale».

Nella prospettiva della riforma, i Comuni diventavano il centro di gestione della sanità, tramite le USL, deputate ad assolvere ai compiti del SSN e a provvedere «alla gestione unitaria della tutela della salute». L'Unità sanitaria era «struttura operativa dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane» (art. 15, c. 1). È importante notare che la USL era amministrata dall'Assemblea generale, costituita dal Consiglio comunale, qualora l'estensione della USL non superasse quella del Comune, o comunque dai rappresentanti di più Comuni, qualora il territorio di riferimento della USL fosse ultracomunale (art. 15, c. 3)<sup>9</sup>.

---

*completamento dell'ordinamento regionale*, in *Dir. soc.*, 1978, 421.

<sup>5</sup> F. ROVERSI MONACO (cur.) *Il Servizio sanitario nazionale*, Milano, 1979, (*passim*); G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Rimini, 2003, 32.

<sup>6</sup> G. ALPA, *La persona, tra cittadinanza e mercato*, Milano, 1992, 51.

<sup>7</sup> Sul quale cfr. soprattutto Corte cost., sent. n. 245 del 5-11-1984, in *Giur. Cost.*, 1984, 1911 e in *Le Regioni*, 1985, 117, con note di M. BERTOLISSI, M. MARPILLERO e G. VOLPE.

<sup>8</sup> Cfr. A. ANGIULI, *Commento all'art. 3*, in F. ROVERSI MONACO (cur.), *La nuova sanità*, Rimini, 1995, 74.

<sup>9</sup> F.M. LAZZARO, *La partecipazione dei comuni all'esercizio delle funzioni sanitarie e sociali*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (cur.), *Sanità e assistenza nel nuovo Titolo V*, Milano, 2002, 188 ss.

Proprio la veste ambigua dell'Unità sanitaria locale, tra ente ed azienda, si rivelerà una delle criticità della riforma, che condurrà a nuove modifiche nei decenni seguenti. Il fallimento del modello di gestione demandata ai Comuni e alle USL è anche da imputare al sistema di finanziamento del servizio che, a fronte di una netta estensione delle prestazioni fornite e del principio di gratuità delle medesime, non prevedeva un rigoroso controllo della spesa. Il sistema "a cascata" delineato dall'art. 51 della l. 833/1978 prevedeva che il SSN fosse finanziato con un Fondo sanitario nazionale, alimentato dallo Stato (art. 51, c. 1). Il fondo doveva essere suddiviso fra le Regioni (art. 52, c. 2). Queste, poi, avrebbero assegnato con legge regionale una quota a ciascuna USL. Questa impostazione "top-down" corrispondeva ad un modello tributario fortemente accentrato e ad un'idea "nazionale" del sistema sanitario. Mancavano, però, controlli incisivi sulla gestione dei fondi stanziati dallo Stato e, in ultimo, responsabilità in caso di eccessi di spesa. Il connubio tra l'affermazione della globalità e della gratuità di qualunque prestazione sanitaria ed un sistema di finanziamento a cascata che indebolisce i legami di responsabilità tra chi trova i fondi e chi li spende portò, nel corso degli anni Ottanta, ad una inarrestabile crescita della spesa e a gestioni inefficienti che aprirono la strada alle riforme "rigoriste" dei primi anni Novanta.

La legge 833 prevedeva inoltre sistemi di programmazione "a cascata": il Piano sanitario nazionale e i Piani sanitari regionali. Tale «programmazione dei servizi» ha avuto un'attuazione difficoltosa<sup>10</sup>: basti pensare che il primo PSN ha visto la luce quindici anni dopo l'istituzione del SSN, cioè nel 1993. Il PSN, disciplinato dall'art. 53 della l. n. 833/1978, dovesse contenere «le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale» (art. 53, c. 1), nonché le indicazioni di indirizzo relative ai compiti statali in materia sanitaria, alcune delle quali eccessivamente vincolanti nei confronti delle Regioni.

L'art. 52 prevedeva una procedura dettagliata di approvazione del Piano, solo con riferimento alla fase dell'iniziativa: il PSN, di durata triennale, «viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale». Tale proposta, poi, veniva approvata dal Parlamento, anche se la norma non specificava se il Piano dovesse avere o meno veste legislativa. La risposta negativa è stata confermata dall'art. 1 della l. n. 595/1985 che, modificando l'art. 53 della l. n. 833, ha precisato come «il Piano sanitario nazionale è sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo». La natura non primaria del PSN porta con sé numerosi interrogativi sulla coerenza dello stesso e sulla possibilità che esso limiti l'attività delle Regioni.

Ulteriore strumento di «attuazione del Servizio sanitario» era il Piano sanitario regionale (art. 55, c. 1, legge n. 833/1978). La legge 833 prevedeva che i PSR dovessero «uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del Piano sanitario nazionale di cui all'art. 53». A prima lettura, perciò, sembrava esservi un rapporto gerarchico tra PSN e PSR, con prevalenza del primo sui secondi. I PSR, tuttavia, «sono approvati con legge regionale» (art. 55, c. 2), rendendo assai complesso giustificare come un atto nazionale avente natura non-legislativa potesse condizionare un atto regionale adottato con legge.

---

<sup>10</sup> Come stigmatizzano R. FERRARA e P.M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, cit., 71: «occorre rilevare il fallimento della programmazione, dovuto, *in primis*, alla mancata emanazione, fino all'anno 1993, del Piano sanitario nazionale».

La nuova svolta nella sanità si ebbe con i decreti dei primi anni Novanta<sup>11</sup>. La legge-delega n. 421 del 23-10-1992, autorizzava il Governo a dettare una nuova disciplina dell'organizzazione delle USL (art. 1, c. 1, lett. d) e a completare il riordinamento del SSN, precisando la suddivisione dei compiti tra Stato e Regioni (art. 1, c. 1, lett. c). Il Governo adottò dunque il d.lgs. n. 502/1992, poi "corretto" dal decreto legislativo n. 517 del 1993<sup>12</sup>, incentrato sui seguenti aspetti: rilancio della programmazione sanitaria; livelli uniformi di assistenza; ripensamento del ruolo e dell'organizzazione della AUSL; scorporo di alcuni ospedali; responsabilizzazione finanziaria delle Regioni; meccanismi di partecipazione dei cittadini.

L'art. 1 del d.lgs. n. 502/1992 disponeva che il PSN fosse «predisposto dal Governo, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia», e che fosse «adottato dal Governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente» (art. 1, c. 2), «d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome» (art. 1, c. 1), confermandone la natura di atto non legislativo sub-primario.

Veniva previsto, inoltre, che il Piano stabilisse non solo «gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale», ma anche «i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale». Tali contenuti dovevano essere fissati nel rispetto della programmazione socio-economica nazionale e «in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale».

Per la prima volta comparirono sulla scena della sanità italiana i «livelli di assistenza», che in questa prima formulazione non erano ancora livelli essenziali di assistenza, ma livelli uniformi. Si creò, inoltre, un più stretto legame tra prestazioni sanitarie e vincoli di bilancio, prevedendo che i livelli di assistenza fossero coerenti con i fondi destinati al SSN. Le prestazioni sanitarie non potevano quindi essere illimitate, e dovevano essere ponderate in relazione alle disponibilità finanziarie.

Uno dei punti che maggiormente caratterizzano la riforma del 1992 è il ripensamento dell'organizzazione delle USL, mediante la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del Servizio sanitario.

A partire dal 1992 l'Unità sanitaria diviene Azienda (AUSL) qualificata «come ente strumentale della Regione», e non più del Comune. Le Regioni devono dettare la disciplina in ordine a tutti i più rilevanti aspetti di funzionamento e di organizzazione delle AUSL, definendo il ridimensionamento del numero delle Unità sanitarie, cui corrisponde l'estensione dell'ambito territoriale di operatività delle medesime (ora tendenzialmente coincidente con il territorio della Provincia e non più con quello del Comune), l'articolazione delle Unità in Distretti, il finanziamento delle Unità ed i sistemi di controllo sulle medesime.

La Regione, dunque, diviene protagonista dell'amministrazione sanitaria. A questa trasformazione corrisponde una nuova disciplina degli aspetti finanziari, volta ad incentrare a livello regionale le responsabilità relative alla spesa sanitaria. Gli art. 12 e 13, infatti, prevedono da un lato un Fondo sanitario nazionale, definito ogni anno con la legge finanziaria e distribuito tra le varie

<sup>11</sup> G.P. ZANETTA, C. CASALEGNO, *Le leggi della nuova sanità*, cit., 51. C. BOTTARI, *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, 1999, 41.

<sup>12</sup> Il d.lgs. n. 517/1993 fu adottato anche a seguito della sent. n. 355/1993 della Corte costituzionale, che aveva, ancorché solo in parte, dichiarato l'illegittimità del d.lgs. n. 502. Su tale sentenza si v. G. MOR, *Il riordino della sanità nelle crisi dello Stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994, 973.

Regioni in base a diversi «coefficienti parametrici»; d'altro lato viene previsto il cd. «autofinanziamento regionale»: le Regioni, cioè, si devono fare integralmente carico dei costi conseguenti «all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'art. 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo art. 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato».

L'altro versante della "rivoluzione" sanitaria è costituito dall'aziendalizzazione. L'AUSL viene dotata «di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali». Non vi è più confusione tra l'ente strumentale e l'ente territoriale di riferimento: la strumentalità diviene un concetto che esprime unicamente la necessità di perseguire determinati risultati tramite tali enti, non più un modo per consentire sovrapposizioni di competenza o influssi politici sulle unità sanitarie.

Quanto agli organi, la riforma del 1992 prevede che l'Azienda sia gestita da una "triade": un Direttore generale, coadiuvato da un Direttore amministrativo e da un Direttore sanitario. Il Direttore generale è scelto dal Presidente della Giunta regionale tra gli iscritti in un apposito elenco, dotati di qualifiche tecniche particolari. Il Direttore generale, poi, individua il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo tra soggetti altamente qualificati.

Nel nuovo modello la AUSL non è l'unico soggetto competente ad erogare prestazioni sanitarie, assumendo il compito di soggetto istituzionalmente tenuto «ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'art. 1 nel proprio ambito territoriale», a prescindere dall'erogazione diretta o meno delle prestazioni. Questo per due diversi ordini di motivi: in primo luogo con la riforma si supera il precedente assetto che aveva inglobato nelle Unità sanitarie tutti gli enti ospedalieri, riducendoli a meri presidi delle USL. La riforma *bis* prevede, a determinate condizioni, che gli ospedali possano essere costituiti in aziende autonome (appunto Aziende ospedaliere), indipendenti dalle AUSL. In secondo luogo viene aumentato il rilievo delle strutture sanitarie private che, nel nuovo sistema, possono erogare per conto del SSN prestazioni sanitarie sulla base del meccanismo dell'accreditamento istituzionale, che richiama i caratteri dell'*accréditation* francese: se la struttura privata soddisfa determinati requisiti di qualità, può essere scelta dal paziente quale alternativa alla struttura pubblica.

L'ultimo intervento organico in materia sanitaria è costituito dalla cd. riforma *ter*, adottata con d.lgs. n. 229/1999, che ha riscosso commenti assai diversificati da parte degli operatori e della dottrina. Fra le voci critiche, molte si sono concentrate sull'approccio restrittivo in relazione alla effettiva libertà di scelta del paziente tra strutture pubbliche e private. È in effetti da dirsi che alcuni ordinamenti (come, ad esempio, quello francese) hanno optato per forme di regolazione che lasciano al paziente una piena libertà di scelta. Ulteriori critiche hanno riguardato il ruolo delle Regioni, ridotto sensibilmente da una normativa dettagliata, soprattutto sui profili di organizzazione del servizio.

Con la riforma *ter* viene completato il processo di regionalizzazione: il Servizio sanitario nazionale diviene il «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali». La nuova prospettiva risulta evidente in relazione agli strumenti pianificatori, da un lato con la previsione di un ruolo incisivo delle Regioni nell'elaborazione del PSN, dall'altro sottolineando il rilievo

del PSR, quale «piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale».

Al PSN è rimessa la determinazione dei «livelli essenziali e uniformi di assistenza» (i cd. LEUAS): non può sfuggire l'introduzione del concetto di "essenzialità" dei livelli, che lungi dal risolversi in un minimo comune multiplo dei Servizi sanitari regionali, devono necessariamente consistere nelle prestazioni essenziali per garantire il diritto alla salute. I livelli essenziali e uniformi, secondo la previsione del decreto, «comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale».

La riforma *ter* dispone l'individuazione dei LEUAS «contestualmente» all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN. La prospettiva, dunque, è assai differente da quella dell'originario decreto 502, che prevedeva una determinazione dei livelli «in coerenza» con l'entità del finanziamento assicurato al SSN (e, dunque, evidentemente, tali livelli ben potevano essere solo uniformi e non invece essenziali). Il testo del 1999, infatti, persegue un equo bilanciamento tra le insopprimibili esigenze di tutela della salute, almeno nei suoi livelli essenziali, e le altrettanto pressanti esigenze di compatibilità con i vincoli di finanza pubblica.

Spostando l'attenzione ai profili della disciplina costituzionale, il testo del 1948 prevedeva una competenza concorrente di Stato e Regioni in materia di «assistenza sanitaria ed ospedaliera», in un più generale quadro di riparto che attribuiva allo Stato le competenze normative residuali, lasciando alle Regioni (ordinarie) un possibile intervento nelle sole materie elencate nell'articolo 117, c. 2, Cost.<sup>13</sup>. Mentre dunque lo Stato doveva determinare i principi fondamentali della materia, le Regioni potevano regolare con legge gli aspetti di dettaglio. È bene notare, tuttavia, che, nella vigenza del testo originario della Costituzione, lo Stato ha sempre interpretato in modo estensivo il "limite" dei principi fondamentali: l'assetto dei servizi sanitari, pertanto, è stato quasi integralmente regolato con provvedimenti normativi statali, lasciando margini scarsamente significativi alla differenziazione regionale<sup>14</sup>.

Negli anni immediatamente successivi al d.lgs. 229 del 1999, di cui si è detto più sopra, sono state approvate due riforme costituzionali di grande impatto: la l. cost. n. 1 del 1999 e la l. cost. n. 3 del 2001. Quest'ultima, più nota come "riforma del Titolo V", ha modificato il riparto di competenze tra i livelli di governo, in una prospettiva di "pluralismo istituzionale paritario"<sup>15</sup>. Quanto alle competenze legislative, lo Stato diviene titolare delle sole competenze, esclusive e concorrenti, enumerate all'articolo 117, secondo e terzo comma. Le competenze legislative residuali sono invece attribuite alle Regioni, che diventano così (almeno a livello teorico) il soggetto competente a legiferare in modo pieno, salvo diverse espresse previsioni.

Le funzioni regolamentari seguono in larga parte i criteri di riparto della legislazione: è infatti previsto dall'articolo 117, sesto comma, della Costituzione, che lo Stato possa adottare regolamenti solo nelle materie di propria competenza

<sup>13</sup> Cfr., ad esempio, E. GIZZI, *Manuale di diritto regionale*, Milano, 1986, 335 ss..

<sup>14</sup> Si pensi, ad esempio, all'estremo dettaglio delle disposizioni sugli aspetti organizzativi delle aziende USL, sui requisiti dei diversi direttori, etc. Tali aspetti sono messi in luce da G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Rimini, 2003, 99.

<sup>15</sup> Cfr. M. CAMMELLI, *Principio di sussidiarietà e sistema delle amministrazioni pubbliche*, in *Quad. Reg.*, 2002, 454.

legislativa esclusiva, lasciando alle Regioni la competenza regolamentare per le materie concorrenti e residuali.

Quanto alle funzioni amministrative, invece, la riforma del 2001 dà copertura a quanto già in larga misura attuato con la legislazione ordinaria: il nuovo articolo 118 della Costituzione prevede che le funzioni amministrative siano svolte dal livello comunale, salvo che una diversa allocazione si renda necessaria in applicazione dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza<sup>16</sup>.

Anche le specifiche attribuzioni in materia sanitaria vedono significativi cambiamenti rispetto al testo originario del 1948. Alla nuova competenza concorrente di Stato e Regioni in materia di «tutela della salute» (e non più di «assistenza sanitaria e ospedaliera») si aggiunge quella esclusiva dello Stato di determinare «i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

Ai livelli essenziali sarà interamente dedicato il paragrafo 3 del presente capitolo. Qui è solo il caso di anticipare che si tratta di una competenza legislativa “trasversale”. Come si vedrà meglio, cioè, il grado di estensione dell’intervento dello Stato è variabile e condiziona lo spazio residuo per le Regioni nella regolazione delle materie alle quali i livelli essenziali si riferiscono, e – dunque – per quanto qui interessa, della tutela della salute.

Il nuovo Titolo V affida alla legislazione concorrente di Stato e Regioni la “tutela della salute”. A prima vista simile previsione non sembra dissimile da quella del previgente articolo 117 Cost., che consentiva alle Regioni di adottare norme legislative in materia di “assistenza sanitaria ed ospedaliera”, nei limiti dei principi fondamentali stabiliti con legge dello Stato. Ad una più approfondita analisi, invece, emergono significative differenze tra la vecchia e la nuova legislazione concorrente. Quanto ai caratteri principali della “vecchia” legislazione concorrente, i principi fondamentali erano espressamente definiti “limiti” alla legislazione regionale. Le Regioni non potevano esercitare le proprie competenze normative, se non nel rispetto di principi fondamentali previamente individuati: ciò pose il noto problema sulla necessità di porre principi fondamentali espressi, ovvero sulla possibilità di desumere i medesimi dall’insieme della legislazione statale in vigore. Quest’ultima soluzione fu confermata dalla legge finanziaria regionale n. 281 del 1970, che sostituì la contraria previsione originariamente contenuta nella legge n. 62 del 1953<sup>17</sup>.

La legislazione regionale, dunque, si mosse tra leggi-cornice e principi fondamentali ricavati dalla normativa esistente, con non poche difficoltà interpretative e con un massiccio contenzioso costituzionale. La soluzione contenuta nella legge n. 62, infatti, non serviva a chiarire cosa dovesse intendersi per principio fondamentale e, dunque, come questi dovessero desumersi dalle leggi statali. Si disse che i principi fondamentali, per essere tali, dovevano presentare congiuntamente un requisito sostanziale ed uno strutturale: doveva cioè trattarsi di una scelta politica fondamentale che però non fosse suscettibile di applicazione immediata, proprio a causa della natura “di principio”<sup>18</sup>. Nonostante tali sforzi definitivi, l’individuazione concreta dei principi fondamentali

<sup>16</sup> Cfr. R. BALDUZZI, *Le autonomie locali dopo la revisione costituzionale del Titolo V*, in *Quad. Reg.*, 2003, 63 ss.

<sup>17</sup> L’art. 9 della l. 62/1953, infatti, aveva decretato il cd. “blocco” della legislazione regionale, finché non fossero «emanate, ai sensi della disposizione transitoria IX della Costituzione, le leggi della Repubblica contenenti, singolarmente per ciascuna materia, i principi fondamentali cui deve attenersi la legislazione regionale». Cfr. sul punto F. CUOCOLO, *Diritto regionale italiano*, Torino, 1991, 134.

<sup>18</sup> Cfr. A. ANZON, *I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale*, Torino, 2001, 113.

fu in larga parte lasciata alla discrezionalità della Corte costituzionale e sempre con ampie concessioni al legislatore statale, proprio per l'inevitabile valenza politica di simili concetti.

Al limite dei principi fondamentali si aggiungeva quello dell'interesse nazionale, ben presto trasformato dalla Corte da limite di merito a limite di legittimità. Anch'esso fu sovente lo strumento per limitare le competenze regionali, spesso mediante un uso discutibile della funzione di indirizzo e coordinamento<sup>19</sup>.

Pur senza approfondire ulteriormente i caratteri della legislazione concorrente nel precedente Titolo V, risulta evidente che fosse preponderante il ruolo statale, arrivando persino ad "occupare" gli esigui spazi che residuavano alla legislazione regionale, mediante norme cedevoli, cioè efficaci sino all'entrata in vigore delle norme regionali<sup>20</sup>.

La "nuova" legislazione concorrente, di là dell'identità nominale, presenta sensibili differenze da quella sin qui ricordata. Si dica, anzitutto, che la potestà regionale non è più soltanto quella di porre "norme legislative", ma è una potestà di fare leggi, ontologicamente uguale a quella dello Stato. Ciò è confermato, da un lato, dal primo comma dell'articolo 117 Cost., che individua i medesimi limiti per la potestà legislativa, sia questa statale o regionale; dall'altro dall'articolo 127 Cost. che, contrariamente alla versione precedente, prevede tanto per le leggi statali quanto per quelle regionali un'impugnativa successiva<sup>21</sup>.

Con particolare riferimento alle materie di legislazione concorrente, inoltre, il nuovo articolo 117, c. 3, Cost., dispone che "spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato". Sono dunque evidenti le differenze rispetto alla formulazione originaria: il nuovo enunciato, oltre a non qualificare più i principi fondamentali come "limite" alla legislazione regionale, sembra mostrare un netto favore per le Regioni, che sono appunto titolari della potestà legislativa, limitando l'intervento dello Stato alla determinazione dei principi fondamentali.

Alcuni commentatori hanno addirittura interpretato la nuova legislazione concorrente come una sorta di *konkurrierende Gesetzgebung*: si è sostenuto, infatti, che nel nuovo sistema i principi fondamentali sarebbero una mera eventualità, e che in assenza dei medesimi le Regioni potrebbero esercitare la propria competenza legislativa in modo pieno, nel solo rispetto dei limiti stabiliti dall'articolo 117, c. 1, Cost.<sup>22</sup>.

In realtà sembra preferibile un'interpretazione più "continuista", sottolineando che anche nella nuova formulazione i principi fondamentali sono una parte necessaria della legislazione: non sembra, in altre parole, che il concorso tra la fonte statale e quella regionale possa definirsi una mera eventualità. Per contro, si può conservare la definizione di legislazione concorrente come concorso vincolato di fonti, già accolta nella vigenza del precedente Titolo V<sup>23</sup>. Questa

<sup>19</sup> Cfr. A. CANDIDO, *Confini mobili. Il principio autonomista nei modelli teorici e nelle prassi del regionalismo italiano*, Milano, 120; L. CUOCOLO, *Gli interessi nazionali tra declino della funzione di indirizzo e coordinamento e potere sostitutivo del Governo*, in *Quad. Reg.*, 2002, 423 ss.

<sup>20</sup> Cfr. E. GIZZI, *Manuale di diritto regionale*, cit., 352 ss.

<sup>21</sup> Cfr. P. CARETTI, *Il contenzioso costituzionale*, in G. FALCON (cur.), *Stato, Regioni ed enti locali nella legge 5 giugno 2003, n. 131*, Bologna, 2003, 191.

<sup>22</sup> Cfr. A. MATTIONI, *Sull'idea di una "nuova" potestà concorrente della Regione*, in questa *Rivista*, 2003, 33.

<sup>23</sup> Sul rapporto tra concorso vincolato e concorso aperto, soprattutto alla luce delle clausole trasversali introdotte dalla riforma del 2001, cfr. A. D'ATENA, *La Consulta parla... e la riforma del Titolo V entra in vigore*, sul sito dell'AIC, [www.associazionedeicostituzionalisti.it](http://www.associazionedeicostituzionalisti.it)

soluzione è anche confortata dalla giurisprudenza della Corte costituzionale che, anche nel nuovo sistema, ha ritenuto possibile desumere i principi fondamentali dalla legislazione statale esistente, così sposando la tesi dell'obbligatorietà dei medesimi<sup>24</sup>.

Se dunque appare preferibile scartare le interpretazioni più forti, è peraltro vero che la nuova legislazione concorrente dovrebbe dare maggiori garanzie agli spazi di normazione regionale, scongiurando l'ipotesi invalsa nella precedente esperienza di discipline statali cedevoli. Si noti peraltro che simile conclusione, condivisibile in astratto, presenta rilevanti problemi all'atto pratico: non è infatti agevole individuare soluzioni per garantire l'attuazione regionale di eventuali principi fondamentali "sopravvenuti".

Quelli sin qui illustrati sono i principali aspetti problematici del nuovo tipo di legislazione. Come si è già avuto modo di affermare, la nuova potestà concorrente lascia senz'altro spazi più rilevanti alla legislazione regionale<sup>25</sup>. Sotto questo profilo vi sono alcune considerazioni riguardanti specificamente la materia sanitaria che si aggiungono a quelle appena svolte. Si è detto, infatti, che la precedente formulazione dell'articolo 117 Cost. consentiva alle Regioni di legiferare in materia di "assistenza sanitaria ed ospedaliera". Nella nuova versione, per contro, si fa riferimento alla "tutela della salute". Oltre ad aversi una potestà più intensa, dunque, è l'oggetto stesso della competenza regionale ad essere più ampio, dal momento che la tutela della salute non riguarda solo gli aspetti "acuti" di protezione del diritto, ma anche le altre attività di prevenzione e di cura che mirano al benessere fisico e psichico della popolazione.

Bisogna infine domandarsi quali siano i rapporti tra l'articolo 117, che rimette alla legislazione concorrente la "tutela della salute", e l'articolo 32, per cui la Repubblica "tutela la salute". È cioè importante comprendere se la quasi identità testuale delle due espressioni abbia un significato specifico, oppure se si tratti di concetti non del tutto sovrapponibili. Proprio quest'ultima sembra essere la soluzione da accogliere: mentre infatti l'articolo 32 della Costituzione ha una finalità generale, cioè quella di riconoscere e fondare un diritto, l'articolo 117 ha la preminente funzione di ripartire le competenze tra lo Stato e le Regioni. Ciò trova conferma nelle numerose ipotesi che, pur coperte dall'ombrello dell'articolo 32, non rientrano nella tutela della salute rimessa alla legislazione concorrente. È il caso, ad esempio, della "profilassi internazionale", della "tutela dell'ambiente" e "dell'ecosistema", attribuite alla competenza legislativa esclusiva dello Stato; ma è anche il caso della "tutela e sicurezza del lavoro", dell'"alimentazione" o dell'"ordinamento sportivo", che sono materie di legislazione concorrente distinte dalla "tutela della salute".

## **2. Un confronto tra l'Italia e le principali esperienze europee.**

1. Benché i sistemi sanitari europei presentino delle caratteristiche tra loro molto variegata, aspetto questo che quantomeno complica lo svolgimento di un'indagine di tipo comparato<sup>26</sup>, si può affermare che essi affondano le proprie radici in tempi relativamente recenti: ci si riferisce alla nascita della medicina

<sup>24</sup> Cfr. Corte cost., sent. n. 282/2002.

<sup>25</sup> A. CANDIDO, *Confini mobili*, cit., 180.

<sup>26</sup> Cfr. C. CASONATO, *I sistemi sanitari: note di comparazione*, in G.G. CARBONI (cur.), *La salute negli Stati composti. Tutela del diritto e livelli di governo*, Atti del convegno dell'Associazione di diritto pubblico comparato ed europeo, Sassari, 1 luglio 2011, Torino, 2012, 5.

moderna, quando l'idea del diritto alla tutela della salute<sup>27</sup> ha cominciato a intrecciarsi sempre di più con quella del dovere di tutelare la salute<sup>28</sup>.

In particolare, è a partire dallo sviluppo dell'industrializzazione (anche per via dell'urbanesimo e dell'enorme crescita demografica delle principali città europee) che i poteri pubblici hanno compreso l'importanza di realizzare adeguati interventi rivolti a prevenire la diffusione di epidemie e malattie infettive. Si è creato così un legame indissolubile tra lo sviluppo tecnologico e il progresso sanitario<sup>29</sup> e, anche a fronte dell'emersione di nuove forme di povertà, i Paesi europei si sono fatti carico del benessere socio-economico dei cittadini, sostituendosi alle istituzioni religiose negli interventi di assistenza.

È su questo comune terreno che i moderni sistemi sanitari poggiano le loro fondamenta, per poi differenziarsi progressivamente in ragione di molteplici fattori<sup>30</sup>: da un lato, la forma di Stato, vale a dire il rapporto che si instaura tra autorità e libertà, tra governanti e governati, la cui articolazione inevitabilmente incide sulle modalità attraverso le quali ciascuno Stato persegue l'obiettivo del benessere dei singoli e della collettività; dall'altro – e in modo ancor più rilevante – la forma di governo, posto che le differenti tipologie di ripartizione dei poteri risultano determinanti al fine di declinare correttamente l'organizzazione di questo piuttosto che di quel sistema sanitario<sup>31</sup>. Quali ulteriori elementi di complicazione, che giustificano – a seconda del contesto di riferimento – un più o meno marcato intervento pubblico nella sanità, non si può fare a meno di ricordare la presenza di comportamenti di tipo monopolistico sul lato dell'offerta, oltre alle numerose asimmetrie informative nei rapporti tra regolatori e regolati, nonché all'esistenza di vaste economie di scala nel mercato in oggetto.

Muovendo da questi primi spunti di riflessione si spiega allora la ragione per la quale, come ha osservato Renato Balduzzi, le elaborazioni scientifiche che abbiano provato a comparare i diversi Paesi per ciò che attiene alla materia sanitaria non siano così numerose, «quasi che l'estrema complessità e differenziazione dei sistemi sanitari (e dei loro sottosistemi) costituiscano una sorta di deterrente a un compiuto impegno di ricerca, sino a qualche anno fa addirittura esercitato in via pressoché esclusiva da istituzioni sopranazionali e poco o nulla frequentato dalla letteratura giuridica anche specializzata»<sup>32</sup>. Se da un lato la comparazione giuridica nel campo del diritto sanitario è ancora agli inizi, dall'altro, secondo Jörg Luther, un'ulteriore difficoltà deriva dalla necessaria interdisciplinarietà dello settore in oggetto. Difatti, «la sanità è un mondo

<sup>27</sup> Come osserva C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, 2009, p. 10, «la materia “tutela della salute”, anche secondo le consolidate indicazioni provenienti dalle normative di carattere internazionale [...], deve ritenersi comprendente tutti gli interventi finalizzati a garantire la tutela della salute del cittadino nel senso più vasto, con riferimento non soltanto alla sanità personale, da un punto di vista fisico e psichico, ma anche alla salubrità dell'ambiente e dei luoghi di lavoro, nonché agli interventi preventivi e riabilitativi di qualsiasi natura». Per approfondire il quadro delle fonti internazionali, si rinvia a P. ACCONCI, *Tutela della salute e diritto internazionale*, Padova, 2011.

<sup>28</sup> Cfr. C.M. D'ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, in *Enc. dir.*, Agg. V, 2001, 1.

<sup>29</sup> Cfr. G. DI CESARE, *Sanità (dir. amm.)*, in *Enc. dir.*, vol. XLI, 1989, 245.

<sup>30</sup> Stando alla classificazione elaborata da J. FIGUERAS, E. MOSSIALOS, M. MCKEE, F. SASSI, *Health care system in Southern Europe: is there a mediterranean paradigm?*, in *International Journal of Health Sciences*, 1994, 135 ss., possono identificarsi quattro “famiglie” di sistemi sanitari europei: 1) Paesi scandinavi e Regno Unito; 2) Paesi mediterranei (Italia, Spagna, Portogallo e Grecia); 3) Paesi dell'Europa centro-occidentale (Francia, Germania, Austria, Olanda, Belgio e Lussemburgo); 4) Paesi dell'Europa centro-orientale.

<sup>31</sup> Cfr. C. CASONATO, *I sistemi sanitari: note di comparazione*, cit., 5.

<sup>32</sup> R. BALDUZZI, *Prefazione*, in ID. (CUR.), *Sistemi sanitari, diritto alla salute e organizzazione sanitaria. Spunti e materiali per l'analisi comparata*, Bologna, 2009, 13.

istituzionale a sé stante e parzialmente autonomo, studiato innanzitutto dalle facoltà di medicina e di farmacia. I sistemi della sanità sono studiati poi anche dalle scienze politiche in senso più ampio, cioè dalle scienze economiche e sociologiche, ma soprattutto dalle scienze delle finanze, dalle scienze dell'amministrazione e dalla statistica [...]»<sup>33</sup>.

Ciò posto, ancor prima di mettere a confronto – senza pretesa di esaustività, essendo così vasta la materia in esame – alcune esperienze di federalismo sanitario, per chiarezza definatoria e per completezza di analisi, si ritiene preliminarmente opportuno accennare al concetto di federalismo<sup>34</sup>.

Con tale espressione si fa generalmente riferimento a quel fenomeno di distribuzione del potere di governo dal centro alla periferia, in cui più unità territoriali autonome entrano in rapporto tra loro attraverso un'unione di tipo durevole, limitata però al perseguimento di obiettivi condivisi (nonché mediante istituzioni comuni) ma, pur sempre, conservando un certo grado di autonomia<sup>35</sup>. Con lo stesso termine può poi indicarsi – in una seconda accezione – la distribuzione del potere politico tra centri di governo distinti, che esercitano le proprie competenze legislative, esecutive e giurisdizionali su porzioni di territorio differenti<sup>36</sup>.

Come premessa di carattere culturale, posto che lo scopo di questo lavoro non è ripercorrere le complesse vicende del federalismo, basti qui sottolineare che esso è sorto secondo alcuni autori (e sulla base di una tesi un tempo maggioritaria) in virtù di particolari contingenze storiche, al fine di rispondere al bisogno dei popoli e delle comunità politiche di unirsi tra loro per perseguire obiettivi comuni, ma restando al tempo stesso separati al fine di conservare la propria integrità<sup>37</sup>.

Tali considerazioni sono state oramai da tempo superate, posto che, secondo l'opinione attualmente dominante, per individuare un sistema come federale, non bisogna guardare alla condizione – storica – in cui gli Stati membri si trovavano prima della conclusione del processo federativo. Ciò che rileva, invece, «è il concreto assetto giuridico-istituzionale dei rapporti tra centro ed articolazioni minori quale oggettivamente risulta dalle nuove disposizioni costituzionali»<sup>38</sup>. Non vi è dunque un problema di sovranità<sup>39</sup>, ma del più o meno rilevante spazio di autonomia – che, con riguardo al tema qui affrontato, riguarda la distribuzione delle competenze in materia sanitaria – riconosciuto alle entità territoriali.

<sup>33</sup> J. LUTHER, *Appunti per lo studio giuridico dei sistemi sanitari comparati*, in R. BALDUZZI (CUR.), *Sistemi sanitari, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 300-301.

<sup>34</sup> Sul tema, sia consentito un rinvio ad A. CANDIDO, *Confini mobili. Il principio autonomista nei modelli teorici e nelle prassi del regionalismo italiano*, Milano, 3-8.

<sup>35</sup> Cfr. C. BUZZACCHI, *Uniformità e differenziazione nel sistema delle autonomie*, Milano, 2002, 11.

<sup>36</sup> Si rinvia al testo di S. VENTURA, *Il federalismo*, Bologna, 2002, 7-8.

<sup>37</sup> È quanto afferma D.J. ELAZAR, *Idee e forme del federalismo*, Milano, 1998, 28. Per lo studio di alcuni tra i principali contributi sul federalismo, oltre all'opera poc'anzi menzionata, *ex plurimis*, si rinvia a: C.J. FRIEDRICH, *L'uomo, la comunità, l'ordine politico*, Bologna, 2002; M. ALBERTINI, *Il federalismo*, Bologna, 1993; W.H. RIKER, *Federalism. Origin, operation, significance*, Boston, 1964.

<sup>38</sup> V. A. ANZON DEMMIG, *Sovranità, processi federalistici, autonomia regionale. In margine alla sentenza n. 365 del 2007 della Corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, 2007, 5004.

<sup>39</sup> Cfr. B. CARAVITA, *Il tabù della sovranità e gli istituti tipici di un ordinamento di tipo federale in radice incompatibili con il grado di autonomia regionale attualmente assicurato dal nostro ordinamento costituzionale*, *Editoriale*, in *Federalismi.it*, 2007. Secondo l'A., «oggi la sovranità si è dissolta, non si sa più dove si annida o si nasconde, essendosi dispersi tra mille luoghi e istituzioni i suoi tradizionali attributi, la sovranità è diventata un tabù, di cui meno se ne parla, meglio è» (*ivi*, 2).

2. Una volta delineate – sia pure in estrema sintesi – le coordinate di fondo sulle quali si innesta il tema del federalismo, è possibile considerare più specificamente alcuni sistemi sanitari europei, i cui principali caratteri definitivi variano a seconda del combinarsi di diversi fattori: modalità e fonti di finanziamento dei servizi; classificazione dei servizi di assistenza sociale; erogazione concreta dei servizi; incidenza del settore *no profit*.

Muovendo da tali variabili, nonché dalla constatazione secondo cui la crisi economico-finanziaria globale ha portato a una reciproca contaminazione dei sistemi europei (sì che oggi diventa quasi impossibile pensare a una modellistica, per così dire, pura), è tuttavia opportuno enucleare alcuni modelli di assistenza sanitaria, i quali, invero, assumono oggi una valenza per lo più didattico-descrittiva: il modello Beveridge, adottato in Gran Bretagna dal secondo dopoguerra, che muove da un sistema di amministrazione sanitaria accentrato e ispirato al principio della *general taxation*; il modello Bismarck, utilizzato in Germania e costruito su un sistema di assicurazioni sociali; il modello statunitense, che si basa sul criterio delle assicurazioni volontarie.

Oggetto di questo contributo saranno i primi due modelli o, meglio, alcune loro varianti.

Non ci si occuperà invece – se non per cenni – del sistema sanitario degli U.S.A., posto che, da un lato obiettivo dell'indagine è operare una comparazione tra alcune delle principali esperienze europee, dall'altro il modello americano è ispirato a una logica che rimane – ieri, come oggi – molto lontana dalla cultura dei Paesi dell'Unione<sup>40</sup>.

Basti pensare che, eccezion fatta per la presenza di due programmi assistenziali pubblici (il *Medicare* per gli ultrasessantacinquenni e il *Medicaid* per alcune fasce di popolazione a basso reddito), gli Stati Uniti si basano sul meccanismo del *free market*, sì che manca una copertura sanitaria universale e, per converso, si registra un «dominio pressoché egemone dell'imprenditoria assicurativa che offre, a caro prezzo, la proposta migliore dal punto di vista qualitativo»<sup>41</sup>.

È noto che, nel marzo 2010, il c.d. *Patient Protection and Affordable Care Act* (meglio conosciuto come *Obamacare*) ha radicalmente rivisto la sanità americana. In particolare, la riforma Obama, la cui costituzionalità è stata confermata dalla Corte Suprema con una storica sentenza del 28 giugno 2012<sup>42</sup>, ha previsto: a) che le compagnie assicurative non possano più rifiutarsi, come accadeva in passato, di assicurare i soggetti malati o affetti da particolari patologie; b) che siano accordati importanti sgravi fiscali e sussidi a un numero di cittadini molto più ampio che nel passato, in modo da consentire anche ai

<sup>40</sup> Per approfondire, cfr. D.A. BARR, *Introduction to US health policy: the organization, financing, and delivery of health care in America*, Baltimore, 2007.

<sup>41</sup> C. BASSU, *La riforma sanitaria negli Stati Uniti d'America: un modello federale di tutela della salute?*, in G.G. CARBONI (cur.), *La salute negli Stati composti*, cit., 33.

<sup>42</sup> Si tratta della sentenza *National Federation of Independent Business v. Sebelius, Secretary of Health and Human Services* (2012), il cui testo può essere consultato sul sito della Corte Suprema al seguente indirizzo web: <http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>. Al riguardo, si rinvia a C. BOLOGNA, *Dall'approvazione della riforma sanitaria alla decisione della Corte suprema: la parabola (inconclusa) dell'Obamacare*, nel *Forum Quad. cost.*, 2012.

soggetti con redditi medio-bassi di acquistare una polizza<sup>43</sup>; c) che sia imposto a tutti i cittadini americani l'obbligo di acquistare una polizza sanitaria entro il 2014.

Ad ogni modo, pur con le radicali modifiche normative apportate da Barack Obama, il quale nelle proprie originarie intenzioni guardava ai modelli europei di tutela pubblica della salute, il sistema americano rimane tuttora giuridicamente (ma, ancor prima, culturalmente e politicamente, soprattutto per via «degli interessi economici del ceto assicurativo, assolutamente dominante»<sup>44</sup>) molto lontano da questi ultimi<sup>45</sup>.

3. Tralasciata l'esperienza statunitense, si tenterà a questo punto di declinare i caratteri fondamentali di alcuni sistemi sanitari europei, al fine di valutarne i pregi e gli eventuali fallimenti, nonché in modo da comprendere come l'idea di federalismo sanitario possa coniugarsi con l'indispensabile – per quanto non facilmente sostenibile – esigenza di garantire l'uniformità nel godimento del diritto alla salute alla popolazione assistita.

Indubbiamente, uno dei modelli più interessanti da considerare è il modello Bismarck<sup>46</sup> (tipico della Germania, oltre che, con alcune varianti, di Belgio, Olanda, Francia e Austria), che si fonda su un sistema di assicurazioni sociali in cui: l'assistenza sanitaria viene finanziata attraverso contributi obbligatori (le cui aliquote sono generalmente fissate dal Governo) versati sia dai lavoratori, che dai datori di lavoro; i fondi sono gestiti da agenzie non governative, enti indipendenti di diritto pubblico sottoposti alla supervisione statale; tali agenzie, note anche come “casse malati” (in Germania, *Krankenkassen*), negoziano con gli erogatori delle prestazioni sanitarie un budget per i servizi da offrire<sup>47</sup> e, in cambio dei contributi versati (dai lavoratori e dai datori di lavoro), forniscono copertura assicurativa sanitaria ai propri iscritti; infine, la maggioranza dei medici viene retribuita a prestazione dalla cassa di appartenenza del lavoratore, sulla base di una preventiva negoziazione con le associazioni dei medici.

In un periodo di crisi quale è quello attuale, proprio il principio assicurativo – e, soprattutto, il fatto che a negoziare i costi delle prestazioni sanitarie siano le compagnie assicuratrici – fa sì che gran parte dei sistemi sanitari prendano oggi a riferimento il modello di tipo Bismarck, che mira a garantire il lavoratore e la sua famiglia da rischi quali la malattia, l'invalidità e la disoccupazione. In particolare, il finanziamento e l'erogazione dei servizi sono tra loro separati e i rapporti tra le numerose compagnie di assicurazione e gli iscritti hanno natura contrattuale.

---

<sup>43</sup> Si stima che nel 2006 circa 47 milioni di americani (molti dei quali a reddito basso o medio-basso) non avessero un'assicurazione medica. Più del 67% della popolazione (circa 201 milioni di persone), invece, era coperta da assicurazioni private. Bisogna inoltre considerare che, sempre nel 2006, altri 27 milioni di persone avevano acquistato delle polizze sanitarie di propria iniziativa. Per alcuni dati sul modello statunitense, cfr. G.M. TURNER, *Come funziona la sanità americana*, Torino, 2007, 3-4, consultabile al seguente indirizzo web: [http://www.brunoleonimedia.it/public/OP/OP\\_45\\_Turner.pdf](http://www.brunoleonimedia.it/public/OP/OP_45_Turner.pdf).

<sup>44</sup> E. JORIO, *Il percorso legislativo della riforma sanitaria di Barack H. Obama, prima che venga approvata dal congresso USA*, in *Astrid on line*, 2010, 4.

<sup>45</sup> Come osserva E. BALBONI, *U.S.A.: la fine della grande anomalia. La riforma sanitaria di Obama guarda all'Europa*, nel *Forum Quad. cost.*, 2010, 3, «[i]l contenuto del pacchetto sanitario di Obama è meno ricco e universale di quanto noi europei siamo abituati a pensare». Sull'*Obamacare*, cfr. anche R. CASSELLA, *La riforma sanitaria di Barack Obama*, in *Studi parlamentari e di politica costituzionale*, 2009, 29 ss.

<sup>46</sup> Il modello prende il nome dal cancelliere tedesco Otto von Bismarck, il quale alla fine del XIX secolo aveva istituito l'assicurazione sociale contro le malattie, attraverso casse sociali alimentate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori. Coloro i quali non risultavano registrati a nessuna cassa venivano invece iscritti d'ufficio all'Assicurazione comunale. È sempre di quegli anni la legge istitutiva dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e la legge a tutela dell'invalidità e della vecchiaia.

<sup>47</sup> Cfr. G. GIARELLI, *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano, 2003, 52-53.

Si diceva che il modello in questione, che basa la compartecipazione al pagamento delle spese sanitarie su un sistema di assicurazioni obbligatorie ed esclude qualsivoglia meccanismo di mercato, è tipico della Germania, dove il diritto alla tutela della salute è insito nel principio costituzionale dello Stato sociale<sup>48</sup> e, inoltre, l'ambito sanitario (con particolare riguardo al diritto delle assicurazioni sociali, c.d. *Sozialversicherung*)<sup>49</sup> rientra nella potestà legislativa di tipo concorrente. Ciò significa, nella logica della c.d. *konkurrierende Gesetzgebung* (di cui all'art. 72 della *Grundgesetz*), che – di regola – la potestà legislativa spetta ai *Länder* soltanto nella misura in cui la Federazione non eserciti la propria competenza legislativa. In particolare, il *Bund* può legiferare nelle materie di legislazione concorrente solo al fine di garantire condizioni di vita equivalenti nel territorio federale o, nell'interesse generale, a tutela dell'unità giuridica o economica<sup>50</sup>.

Ciò premesso, giova osservare che, nel sistema tedesco, tutti i lavoratori sono soggetti all'assicurazione obbligatoria (tranne i magistrati, i militari e i funzionari pubblici), in relazione alla quale sono previsti cinque settori previdenziali:

1) assicurazione malattia obbligatoria (*Gesetzliche Krankenversicherung*): è gestita da numerose casse assicurative (alcune operanti a livello nazionale, altre nei singoli *Länder*) che, a prescindere dalla professione svolta o dal datore di lavoro, possono essere liberamente scelte dagli assicurati (fatti salvi gli agricoltori, i minatori e i marittimi). Quasi tutti i lavoratori dipendenti (come si diceva, eccezion fatta per i funzionari pubblici, i militari e i magistrati) sono soggetti all'assicurazione obbligatoria pubblica<sup>51</sup>, tranne che nel caso in cui la loro retribuzione superi un determinato tetto massimo stabilito annualmente<sup>52</sup>:

<sup>48</sup> Si tratta di un principio contenuto negli artt. 20, c. 1 e 28, c. 1, della Legge fondamentale. Al riguardo, cfr. G.C. FERONI, *Pubblico e privato nella erogazione delle prestazioni sanitarie. Italia, Germania, Svizzera a confronto*, in G.G. CARBONI (cur.), *La salute negli Stati composti*, cit., 82; L. CRISTANELLI, *Il riparto costituzionale delle competenze legislative nel sistema sanitario tedesco*, in R. BALDUZZI (cur.), *Sistemi sanitari, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 126. Per un'analisi del sistema sanitario tedesco, cfr. M. SIMON, *Das Gesundheitssystem in Deutschland*, Huber, 2010.

<sup>49</sup> Cfr. art. 74, c. 1, n. 12 della Legge fondamentale. Per ciò che concerne l'ambito sanitario, ex art. 74 della Legge fondamentale, rientrano inoltre nella legislazione concorrente: l'autorizzazione all'esercizio della professione medica e delle altre professioni sanitarie; la copertura degli ospedali e delle tariffe ospedaliere; la disciplina delle farmacie e della professione di farmacista, la disciplina dei farmaci e dei prodotti medicinali; la disciplina degli strumenti terapeutici, dei narcotici e dei veleni; la procreazione assistita, l'analisi e la modifica artificiale di informazioni genetiche e la regolamentazione del trapianto di organi tessuti e cellule; le misure contro le malattie infettive dell'uomo o degli animali che rappresentano un pericolo per la collettività.

<sup>50</sup> Cfr. art. 72, c. 2, della Legge fondamentale. Su questi temi, cfr. H. MEYER, *Il compromesso tra Federazione e Länder sulla riforma del federalismo tedesco*, Conferenza tenuta presso l'ISSIRFA il 14.06.2006, consultabile al seguente indirizzo web: <http://www.issirfa.cnr.it/3913,949.html>. Cfr. anche A. GRAGNANI, *Il nuovo progetto di riforma del federalismo tedesco*, *ibid.*, 2006, consultabile al seguente indirizzo web: <http://www.issirfa.cnr.it/3107,949.html>; R. BIFULCO, *La riforma costituzionale del federalismo tedesco del 2006*, *ibid.*, 2007, consultabile al seguente indirizzo web: <http://www.issirfa.cnr.it/3917,949.html>; J. LUTHER, *La riforma del federalismo in Germania all'esame del Parlamento italiano*, *ibid.*, 2007, consultabile al seguente indirizzo web: <http://www.issirfa.cnr.it/3927,949.html>; A. ANZON DEMMIG, *Cooperazione e differenziazione nella riforma del federalismo tedesco*, *ibid.*, 2007, consultabile al seguente indirizzo web: <http://www.issirfa.cnr.it/3926,949.html>.

<sup>51</sup> Si stima che circa il 90% dei cittadini tedeschi beneficino dell'assicurazione pubblica. Cfr. L. CRISTANELLI, *Il riparto costituzionale delle competenze legislative nel sistema sanitario tedesco*, cit., 135.

<sup>52</sup> Cfr. il Rapporto della Direzione Generale per l'occupazione, gli affari sociali e l'inclusione della Commissione europea, *I diritti di previdenza sociale in Germania*, luglio 2012, 6, consultabile al seguente indirizzo web: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Germany\\_it.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Germany_it.pdf).

costoro, infatti, possono anche optare per un'assicurazione volontaria di tipo privatistico.

2) assicurazione obbligatoria per l'assistenza continuativa: tutti gli iscritti a una cassa malattia obbligatoria sono coperti dall'assicurazione per l'assistenza a lungo termine. Anche coloro i quali fanno parte di una cassa malattia privata hanno l'obbligo di stipulare un contratto di assicurazione (in tal caso, di natura privata) per ricevere assistenza a lungo termine.

3) assicurazione pensionistica obbligatoria (*Gesetzliche Rentenversicherung*): eroga prestazioni in caso di invalidità, vecchiaia, morte, nonché per la rieducazione medica e la riabilitazione alle funzioni della vita attiva ed è gestita da enti pensionistici federali e da un ente pensionistico regionale<sup>53</sup>.

4) assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (*Gesetzliche Unfallversicherung*): è gestita dalle casse di previdenza dei diversi settori di attività, dalle casse di previdenza agricole e dagli enti di assicurazione contro gli infortuni del comparto pubblico.

5) assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione (*Gesetzliche Arbeitslosenversicherung*): copre tutti i lavoratori ed è gestita dall'Agenzia federale per l'impiego (*Bundesagentur für Arbeit*), che procura posti di lavoro e fornisce prestazioni rivolte al reinserimento lavorativo, oltre a erogare prestazioni in denaro (indennità di disoccupazione)<sup>54</sup>.

Sin dal momento dell'assunzione, i datori di lavoro sono tenuti a iscrivere i lavoratori subordinati alla cassa malattia; quest'ultima, a sua volta, provvede a informare gli enti competenti per l'assistenza a lungo termine, l'assicurazione pensionistica e l'assicurazione contro gli infortuni.

Gli istituti assicurativi sono costantemente sottoposti alla supervisione del Ministero federale del lavoro e degli affari sociali: in particolare, quelli federali sono controllati dall'Ufficio assicurativo federale (*Bundesversicherungsamt*); sugli altri, invece, vigilano i singoli *Länder*.

Per quanto riguarda il finanziamento, il sistema previdenziale tedesco si regge, oltre che sulla fiscalità generale, soprattutto sui contributi assicurativi nazionali versati dai lavoratori e dai datori di lavoro, che variano in base al reddito (l'importo del contributo è legislativamente imposto ed è pari al 15,5% del reddito degli assicurati).

Il fatto che la Germania sia uno Stato federale non deve però indurre in inganno, posto che il sistema sanitario tedesco resta fortemente unitario da un punto di vista giuridico (risulta infatti preponderante la legislazione federale rispetto a quella delle entità federate): del resto, non è un caso se non si siano mai venuti a creare sistemi sanitari differenti all'interno dei singoli *Länder*<sup>55</sup>. Questi ultimi, invece, in ambito sanitario rivestono maggiori poteri di tipo amministrativo-attuativo delle norme fissate dalla Federazione.

Alla luce delle suesposte considerazioni, si può affermare che ciò che caratterizza la sanità tedesca è un impianto fortemente ancorato su criteri solidaristici, posto che, da un lato le *Krankenkassen* non possono rifiutare coloro

<sup>53</sup> In particolare, si tratta di quattro enti pensionistici: l'ente pensionistico federale tedesco (*Deutsche Rentenversicherung Bund*), l'ente pensionistico regionale tedesco (*Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung*), l'ente pensionistico federale tedesco per minatori, ferrovieri e marittimi (*Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See*), le casse di assicurazione vecchiaia degli agricoltori (*Landwirtschaftliche Alterskassen*).

<sup>54</sup> Per uno sguardo d'insieme sul sistema di previdenza sociale tedesco, si rinvia al sito dell'INAIL, <http://www.ispesl.it/statistiche/riconMPpaesiUE.asp?sez=90>.

<sup>55</sup> Cfr. G.C. FERONI, *Pubblico e privato nella erogazione delle prestazioni sanitarie. Italia, Germania, Svizzera a confronto*, cit., 84.

che decidano di iscriversi, a prescindere dalle loro condizioni di salute; dall'altro, vi è una ripartizione dei rischi (di malattia, vecchiaia, povertà...) tra gli assicurati che opera su due livelli: in primo luogo, tra gli assicurati che si trovano all'interno di una determinata cassa pubblica; in secondo luogo, tra le diverse casse pubbliche operanti sul territorio si realizza un vero e proprio meccanismo di perequazione finanziaria, rivolto a compensare le differenti capacità contributive dei cittadini e le variabili epidemiologiche territoriali<sup>56</sup>. Un sistema di questo tipo, ovviamente, comporta un livello qualitativo elevato, cui si accompagna un'ampia libertà di scelta in capo ai pazienti, se si considera che, come anticipato, gli erogatori di prestazioni sanitarie «sono quasi unicamente privati e dal momento che il 90% di essi è autorizzato ad operare per le *Krankenkassen* pubbliche»<sup>57</sup>.

A ciò si aggiungono dei costi altrettanto elevati: basti pensare che, se in media nell'Unione europea viene destinato alla spesa sanitaria pro capite l'importo di €. 2.171, pur in un periodo in cui la stessa spesa è diminuita in termini reali in quasi tutti i Paesi, in Germania se ne spendono €. 3.337<sup>58</sup>. Anche in Francia, come in altri Paesi europei, vi è un sistema sanitario di tipo Bismarck, sebbene con delle differenze anche molto significative rispetto al modello tedesco: basti pensare, ad esempio, alla copertura universale per malattia, che dal 1 gennaio 2000 garantisce un'assistenza di base a coloro i quali non siano coperti da altri sistemi assicurativi<sup>59</sup>.

4. A differenza del modello Bismarck, i modelli di tipo Beveridge sono prevalentemente finanziati mediante la fiscalità generale e garantiscono il funzionamento del servizio sanitario facendosi carico della totalità delle prestazioni. Di regola, lo Stato è titolare delle infrastrutture, eroga i servizi in modo universale (attraverso dipendenti stipendiati o pagati a quota capitaria) e controlla le politiche sanitarie.

Il modello Beveridge nasceva nel Regno Unito nel 1942, quando Sir Willam Beveridge presentava un rapporto (commissionatogli tre anni prima da Wiston Churchill) dal titolo *Social Insurance and Allied Services*, il cui principio guida consisteva nell'universalità dell'assistenza pubblica. Qualche anno più tardi, nel 1948, sarebbe stato istituito il *National Health Service (NHS)*<sup>60</sup>, che avrebbe rappresentato un radicale momento di svolta nella tutela della salute britannica e mondiale, avendo esso quali propri principi fondanti: l'universalità, la gratuità e l'accessibilità delle prestazioni, nonché, come già anticipato, il finanziamento delle medesime attraverso la fiscalità generale<sup>61</sup>.

<sup>56</sup> Su questi temi, si rinvia a V. SCARDIGLI, C. SECONDI, *L'evoluzione del sistema sanitario. Overview di alcuni Paesi europei*, 22 settembre 2008, Milano, 2008.

<sup>57</sup> G.C. FERONI, *Pubblico e privato nella erogazione delle prestazioni sanitarie. Italia, Germania, Svizzera a confronto*, cit., 97.

<sup>58</sup> I dati, relativi all'anno 2010, sono consultabili sul sito dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), [www.oecd.org](http://www.oecd.org). In Italia, invece, la spesa sanitaria pro capite è di poco superiore alla media europea e ammonta a €. 2.282. In chiave comparata, risulta interessante l'articolo curato da F. LANDOLFI, R. MAGNANO, *Italia bocciata in prevenzione*, in *Il Sole24ore*, 22-28 gennaio 2013.

<sup>59</sup> A questo riguardo, cfr. P. HASSENTEUFEL, *Le trasformazioni nel governo dell'assicurazione malattia: una comparazione Francia-Germania*, in G. VICARELLI (cur.), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Bologna, 2011, 93 ss.

<sup>60</sup> Così recitava il volantino diffuso dal governo inglese nel 1948 a proposito del Servizio Sanitario Nazionale: «[e]sso ti fornirà tutta l'assistenza medica, odontoiatrica e infermieristica. Ognuno – ricco o povero, uomo, donna o bambino – lo può usare. Non c'è niente da pagare, tranne per poche prestazioni speciali. Non è un'organizzazione assicurativa. E neppure una forma di carità. Tu stai già pagando per questo, soprattutto come contribuente, e ciò ti solleva dalle preoccupazioni finanziarie nel momento della malattia».

Il modello del Regno Unito (che ha ispirato numerosi sistemi sanitari, tra i quali si ricordano: Italia, Spagna, Portogallo, Irlanda, Paesi Scandinavi, Canada, Australia, solo per citare i casi più noti) si basa sul principio per cui tutti i cittadini, a prescindere dal proprio reddito e dalla propria posizione sociale, hanno pari diritti nell'accesso ai servizi.

Il sistema è fortemente centralizzato e prevede una rete di assistenza primaria radicata nei diversi distretti territoriali, oltre a un'assistenza di secondo livello che si caratterizza per la presenza di strutture pubbliche o private rispondenti a determinati standard definiti dal Ministero della Salute.

Come è accaduto in molti altri Paesi, anche il Regno Unito è stato investito da un'ampia riforma sanitaria, dovuta a pressanti esigenze di sostenibilità finanziaria che hanno portato il governo Cameron a ridurre il budget destinato alla sanità di ben 20 miliardi di sterline entro il 2015.

La legge in questione, entrata in vigore in data 1 aprile 2013<sup>62</sup>, è l'*Health and Social Care Act 2012* e ha radicalmente trasformato il Servizio Sanitario nazionale.

In particolare, è stata abolita l'intera infrastruttura sanitaria pubblica (compresi i *Primary Care Trusts*, che rappresentano l'equivalente delle Aziende Sanitarie Locali in Italia) e, pur conservando il principio del finanziamento pubblico del sistema sanitario, si è realizzata un'ampia apertura alla privatizzazione dei servizi sanitari. Infine, i servizi preventivi sono stati interamente trasferiti alle municipalità<sup>63</sup>.

Al posto dei *Primary Care Trusts*, organizzati su base geografica, la riforma ha introdotto dei consorzi formati da medici di famiglia (chiamati *Clinical Commissioning Groups*): si tratta di organizzazioni a tutti gli effetti private che, al contrario dei *Primary Care Trusts*, «non avranno una responsabilità territoriale, ma potranno reclutare utenti ovunque lo desiderino»<sup>64</sup>. Queste ultime, attraverso i fondi loro trasferiti, finanziano le attività dei *General Practitioners* (cioè, i medici di famiglia), nonché i servizi offerti ai loro pazienti dai diversi *provider* (può trattarsi di soggetti pubblici o privati) a cui vengono finanziate le prestazioni<sup>65</sup>.

Anche il Regno Unito, dunque, fino a poco tempo fa principale difensore del *welfare* sanitario universalistico<sup>66</sup>, per esigenze di riduzione di spesa ha iniziato a sponsorizzare la competizione nel mercato in questione, con un notevole incremento della presenza dei capitali privati nella sanità<sup>67</sup>.

4.1. Nonostante la presente analisi si focalizzi sui Paesi europei, pare piuttosto interessante guardare in chiave comparata al sistema canadese che, basandosi sul modello Beveridge dell'universalità delle prestazioni (ma, rispetto al Regno

<sup>61</sup> Si rinvia a G. MACIOCCO, *Politica, Salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Roma, 2009, 11.

<sup>62</sup> Si tratta di un complesso documento, che può essere consultato sul sito dell'archivio ufficiale del governo del Regno Unito al seguente indirizzo web: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>.

<sup>63</sup> Cfr. G. MACIOCCO, *Il Big Bang del NHS*, in [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info), 2 aprile 2013.

<sup>64</sup> A. CATTANEO, *La (contro)riforma del NHS è legge*, in [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info), 17 maggio 2012.

<sup>65</sup> Cfr. G. MACIOCCO, *Il Big Bang del NHS*, cit.

<sup>66</sup> È interessante l'articolo di N. DIRINDIN, G. MACIOCCO, *Assalto all'universalismo*, *ibid.*

<sup>67</sup> Contro la riforma, cfr. A.M. POLLOCK, D. PRICE, P. RODERICK, T. TREUHERZ, D. MCCOY, M. MCKEE, L. REYNOLDS, *How the Health and Social Care Bill 2011 would end entitlement to comprehensive health care in England*, London, 2012, 378:387-9; A.M. POLLOCK, D. PRICE, P. RODERICK, T. TREUHERZ, *A flawed Bill with a hidden purpose*, London, 2012, 379:999; A.M. POLLOCK, D. PRICE, P. RODERICK, *Health and Social Care Bill 2011: a legal basis for charging and providing fewer health services to people in England*, *BMJ*, 2012;344:e1729.

Unito, con un sistema mutualistico molto decentrato a livello provinciale)<sup>68</sup>, si colloca agli antipodi rispetto alla logica di mercato che domina – sia pure con le significative novità apportate dalla riforma Obama – la sanità statunitense.

Al fine di inquadrare brevemente il modello canadese, bisogna necessariamente ricordare che il Canada è uno Stato federale (suddiviso in dieci Province e tre Territori) governato da una repubblica parlamentare e da una monarchia costituzionale (con a capo Elisabetta II). Esso rappresenta un sistema di tipo decentrato e finanziato attraverso la fiscalità generale, il cui atto fondamentale (che delinea le caratteristiche organizzative dei servizi sanitari) è il *Canada Health Act 1984 (CHA 1984)*, vale a dire la legge con la quale si individuano i principi fondamentali che le entità federate hanno l'obbligo di rispettare<sup>69</sup>. Si tratta in particolare di cinque criteri guida: l'universalità (*universality*), per cui tutti i cittadini canadesi devono poter accedere al servizio sanitario; la globalità (*comprehensiveness*), secondo cui le entità federate devono coprire i costi dei trattamenti; l'accessibilità (*accessibility*), che comporta la fruibilità delle prestazioni a prescindere dalle condizioni reddituali dei beneficiari; la trasferibilità (*portability*), cioè il diritto all'estensione della copertura sanitaria anche al di fuori della propria Provincia di residenza; la pubblica amministrazione (*public administration*) dei sistemi assicurativi provinciali, che implica la necessità che questi ultimi siano gestiti da autorità pubbliche o enti *no profit*.

Da un lato, dunque, si colloca il governo federale, che trasferisce le risorse finanziarie ai governi delle Province e dei Territori; dall'altro, proprio le entità decentrate, che sono responsabili della gestione dei propri servizi sanitari (tramite le *Regional Health Authorities*), i quali garantiscono ai cittadini l'assistenza primaria (mediante i medici di famiglia) e quella ospedaliera, finanziando entro determinati limiti una serie di prestazioni supplementari (come, ad esempio, l'assistenza domiciliare)<sup>70</sup>.

Nonostante il modello delineato, anche il Canada può tuttavia essere considerato un chiaro esempio dell'inesistenza di sistemi puri: basti pensare al fatto che, soprattutto nell'ultimo decennio, le esigenze di bilancio e le richieste di miglioramento della qualità dei servizi (a causa dell'allungamento dei tempi delle liste di attesa per l'accesso alle cure) hanno segnato un crescente sviluppo delle assicurazioni private<sup>71</sup>, nonché un intenso dibattito circa la necessità di rivedere l'impostazione del *Canada Health Act* e la ripartizione delle risorse finanziarie tra Federazione ed entità federate.

---

<sup>68</sup> Al riguardo, si rinvia all'ampia ricostruzione operata da A. PITINO, *Il sistema sanitario canadese tra principi comuni e autonomia: una «partita aperta» tra Federazione e Province?*, in R. BALDUZZI (cur.), *Sistemi sanitari, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 339 ss.

<sup>69</sup> Cfr. T. SABETTA, L. VALERIO, *Il sistema sanitario canadese*, in [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info), 25 maggio 2009. Al fine di comprendere attraverso quali modalità la giurisprudenza della Corte Suprema canadese ha inciso sul diritto alla tutela della salute, si rinvia ad A. PITINO, *Il principio di non discriminazione e l'adverse effect discrimination in materia di diritto alla salute in alcuni recenti casi giurisprudenziali*, in G. ROLLA (cur.), *Eguale, ma diversi. Identità ed autonomia secondo la giurisprudenza della Corte Suprema del Canada*, Milano, 2006, 184 ss.

<sup>70</sup> Cfr. T. SABETTA, L. VALERIO, *Il sistema sanitario canadese*, cit.

<sup>71</sup> Basti qui ricordare la famosa sentenza *Chaoulli v. Quebec* del 2005 (SCC 35), con la quale la Corte Suprema canadese ha dichiarato l'incostituzionalità di una normativa del Quebec che proibiva il ricorso alle assicurazioni private per l'acquisto di servizi *medically necessary*. Un'ampia trattazione del caso è contenuta in A. PITINO, *Il sistema sanitario canadese tra principi comuni e autonomia: una «partita aperta» tra Federazione e Province?*, in R. BALDUZZI (cur.), *Sistemi sanitari, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 357-363.

4.2. Di gran lunga inferiore rispetto alla Germania e al Canada (e poco maggiore dell'Italia) è la spesa pro capite spagnola, che ammonta a €. 2.345<sup>72</sup>.

La Spagna, che come l'Italia è fortemente orientata verso un sistema di *welfare State*, inizialmente si basava sul modello Bismarck delle assicurazioni sociali. Poi, a seguito della Costituzione del 1978, nonché dopo l'istituzione dell'*INSALUD* (cioè, il Ministero della Sanità), il sistema spagnolo si è orientato sul c.d. modello Beveridge, reperendo le risorse necessarie alla copertura della spesa sanitaria attraverso un sistema di finanziamento pubblico alimentato dalla fiscalità generale.

Sin dal 1981, l'Istituto Nazionale della Salute ha avviato un progressivo percorso di trasferimento delle competenze in materia sanitaria, definitivamente conclusosi nel 2002<sup>73</sup>: in quell'anno si è realizzato il passaggio da un modello di assistenza sanitaria di tipo misto (dato che solo per alcune Comunità autonome si era affermato un decentramento politico – e non meramente amministrativo – delle competenze relative all'assistenza sanitaria), a un modello basato su una logica assistenziale di tipo universale, con un decentramento di tipo politico-finanziario da attuare su tutto il territorio nazionale<sup>74</sup>. Ogni Comunità autonoma possiede dunque un proprio *Servicio de Salud*, unità amministrativa e gestionale che «integra tutte le strutture e i servizi della comunità, i governi comunali e tutte le altre amministrazioni territoriali intra-comunitarie»<sup>75</sup>.

Più specificamente, il Governo centrale, dal quale dipende l'Istituto Nazionale di Gestione Sanitaria (*INGESA*), svolge un ruolo di coordinamento della sanità, oltre a occuparsi della politica farmaceutica e della sanità internazionale. Compete invece alle Comunità autonome tutto ciò che concerne la pianificazione sanitaria, la salute pubblica e la gestione dei servizi inerenti la salute. Infine, le corporazioni locali collaborano nella gestione dei servizi pubblici<sup>76</sup>.

Ricopre inoltre una particolare importanza la *Ley General de Sanidad* (*Ley 14 del 25 aprile 1986*), che ha istituito il *Sistema nacional de salud* (SNS) e ha articolato il sistema sanitario in Aree di Salute, con un'utenza compresa tra i 200.000 e i 250.000 abitanti e legata almeno a un ospedale generale<sup>77</sup>.

Una delle peculiarità del modello spagnolo rispetto agli altri sistemi europei è la suddivisione del sistema sanitario tra due livelli: un livello di assistenza primaria e uno di assistenza specializzata.

Sul primo versante, i *Centre d'atenció primària* si caratterizzano per l'essere sempre operativi e fisicamente vicini agli assistiti. Tra i vari servizi, essi promuovono la salute e la prevenzione. A ciò si aggiunga che nei Centri di assistenza primaria operano non solo medici generali, ma anche infermieri,

<sup>72</sup> Come nel caso della Germania, si rinvia al sito dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

<sup>73</sup> La prima Comunità autonoma ad essere destinataria delle competenze in materia sanitaria è stata la Catalogna, appunto nel 1981. Cfr. M. DEL PILAR FERNÁNDEZ DEL RIO, R. ARDUINI, L. SOLARI, *Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari diversi: le peculiarità del caso spagnolo*, Convegno su *Le politiche sociali in Italia nello scenario europeo*, Ancona, 7-9 novembre 2008, 8. La relazione è consultabile al seguente indirizzo web: [http://www.espanet-italia.net/conferenza2008/paper\\_edocs/A/9%20-%20DelRioArduiniSolari.pdf](http://www.espanet-italia.net/conferenza2008/paper_edocs/A/9%20-%20DelRioArduiniSolari.pdf).

<sup>74</sup> Cfr. E. GRIGLIO, *Unità e decentramento nella tutela del diritto alla salute in Spagna*, in R. BALDUZZI (cur.), *Sistemi sanitari, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 257.

<sup>75</sup> M.A. VENEZIANO, M.L. SPECCHIA, *Il sistema sanitario spagnolo*, in [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info), 9 dicembre 2010.

<sup>76</sup> Cfr. M. DEL PILAR FERNÁNDEZ DEL RIO, R. ARDUINI, L. SOLARI, *Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari diversi: le peculiarità del caso spagnolo*, cit.

<sup>77</sup> M.A. VENEZIANO, M.L. SPECCHIA, *Il sistema sanitario spagnolo*, cit.

assistenti sociali e personale amministrativo: si tratta di dipendenti statali<sup>78</sup> con uno stipendio fisso, cui si aggiunge una quota variabile che tiene conto della natura, della densità e dell'età della popolazione.

Sul secondo livello si collocano i poliambulatori specializzati e gli ospedali: circa il 42% di questi ultimi sono dello Stato, mentre la restante quota è di proprietà privata (molti ospedali appartengono a organizzazioni di natura religiosa)<sup>79</sup>. Anche in tal caso gli operatori ospedalieri sono a tutti gli effetti dipendenti statali. A questo proposito, giova ricordare che il regime degli ospedali, i quali offrono assistenza specialistica, varia da Regione a Regione: vale la pena di segnalare l'ospedale di *Marina Salug a Valencia* (ospedale completamente digitale), vero e proprio esempio di *best practice* per le altre realtà spagnole<sup>80</sup>.

Sul versante del finanziamento, il modello previdenziale spagnolo si basa su due differenti sistemi:

a) un sistema contributivo: vi è infatti un regime generale che copre alcune categorie di dipendenti pubblici e i lavoratori subordinati non iscritti a regimi speciali, al quale si affiancano tre regimi speciali (per i lavoratori autonomi, i minatori e i marittimi);

b) un sistema non contributivo: comprende svariate prestazioni (assistenza medica, pensioni di invalidità e di vecchiaia, sussidi di disoccupazione, assegni familiari, assegni di maternità) ed è rivolto a coloro che si trovino in una situazione di bisogno e il cui reddito sia inferiore a un determinato livello legislativamente previsto<sup>81</sup>.

I lavoratori hanno l'obbligo di versare i contributi previdenziali sin dall'inizio della propria attività lavorativa: essi vengono calcolati in una percentuale (c.d. percentuale di contribuzione) che viene applicata a una determinata base contributiva. Tanto le percentuali, quanto le basi contributive, sono annualmente stabilite dallo Stato.

Se quello sopra illustrato è il quadro generale, non si può omettere di ricordare che, a seguito dell'esplosione della crisi finanziaria globale, il Regio Decreto legge del 16 aprile 2012 ha previsto pesanti misure di contenimento della spesa pubblica. In particolare, perno della riforma è il passaggio da un sistema universalistico *tout court* a un sistema assicurativo basato sull'impiego<sup>82</sup>, cui si associa: un taglio pari al 10% del budget destinato alla sanità, l'introduzione di numerosi ticket per i pensionati e l'incremento dei medesimi per ulteriori categorie di soggetti<sup>83</sup>.

A ciò si aggiunga una previsione – al limite della costituzionalità e molto discussa, al punto da dividere l'opinione pubblica e le Comunità autonome tra favorevoli e contrarie – che è rivolta a colpire il gran numero di stranieri irregolari

<sup>78</sup> L'unica eccezione è costituita dalle società private presenti in Catalogna. *Ibid.*

<sup>79</sup> Vi è sempre l'eccezione della Catalogna, che si basa su un sistema fortemente competitivo, in cui la percentuale degli ospedali privati raggiunge il 70%. *Ibid.*

<sup>80</sup> Si rinvia a G. PELISSERO, L. SCUDIERO, *Il futuro del welfare sanitario. Un caso italiano e uno spagnolo*, Torino, 2011.

<sup>81</sup> Cfr. il Rapporto della Direzione Generale per l'occupazione, gli affari sociali e l'inclusione della Commissione europea, *I diritti di previdenza sociale in Spagna*, luglio 2012, 5, consultabile al seguente indirizzo: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Spain\\_it.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Spain_it.pdf).

<sup>82</sup> Sull'argomento, cfr. A. GARCIA RADA, *New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment*, *BMJ*, 2012, 344: e3196.

<sup>83</sup> Cfr. M. JOSÉ CALDES, *Controriforma sanitaria in Spagna. Nel mirino anche gli immigrati*, in [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info), 4 ottobre 2012.

presenti in Spagna: con la nuova normativa cessa la validità delle tessere sanitarie degli immigrati privi di documenti, i quali non avranno più accesso all'assistenza sanitaria gratuita (salvo che: per le prestazioni in regime di urgenza ospedaliera; per le donne in gravidanza; per i minori di anni diciotto).

L'analisi svolta dimostra una volta di più quanto sia oggi difficile collocare i vari sistemi sanitari europei in questo, piuttosto che in quel determinato modello: in Spagna, ad esempio, da un modello Bismarck si è passati a un modello di tipo Beveridge, ma la recente riforma, dovuta alla necessità di fronteggiare la crisi del debito pubblico, ha portato a una drastica riduzione dei finanziamenti statali (dunque, dei servizi), alla diminuzione degli stipendi degli operatori e all'aumento di partecipazione alla spesa da parte dei pazienti. Il tutto ha peraltro favorito una massiccia espansione degli investimenti privati in ambito sanitario<sup>84</sup>.

5. Le problematiche evidenziate mostrano quanto tutti i sistemi sanitari si trovino oggi a fare i conti con la necessità di reperire risorse per finanziare quella che costituisce la principale voce di spesa pubblica: la sanità. Proprio le esigenze di sostenibilità finanziaria stanno inevitabilmente portando, da un lato, a un'apertura sempre più consistente al capitale privato, dall'altro, invece, a una incrementata capacità di scelta in capo al paziente<sup>85</sup>.

All'interno di tale quadro, l'Unione europea, che pure non prevede una specifica competenza in materia di tutela della salute e, quindi, non può incidere significativamente sui caratteri dei sistemi sanitari degli Stati membri, è comunque chiamata a svolgere un ruolo di coordinamento decisivo<sup>86</sup>.

Importanti passi in avanti sono stati ad esempio compiuti con la direttiva 2011/24/UE, che ha previsto l'istituzione di un quadro generale rivolto a: chiarire i diritti dei pazienti relativamente al loro accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera e al loro rimborso; garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni di assistenza sanitaria fornite in un altro Stato dell'Unione; promuovere la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra gli Stati membri<sup>87</sup>.

Inoltre, come è stato sottolineato dalla Commissione, nell'ottica della strategia di Europa 2020, «[m]antenere i cittadini attivi e in buona salute più a lungo ha ricadute positive sulla produttività e la competitività. L'innovazione nelle cure sanitarie può contribuire a raccogliere la sfida della sostenibilità nel settore, nel contesto dei cambiamenti demografici in corso [...]»<sup>88</sup>.

In tale ottica, soprattutto alla luce della crisi finanziaria, che ha posto in rilievo la necessità di ricercare il giusto equilibrio tra il diritto dei cittadini di accedere a delle cure sanitarie di elevata qualità e il rispetto dei vincoli di bilancio<sup>89</sup>, l'Unione europea ha proposto un nuovo programma nel campo della tutela della salute

<sup>84</sup> Cfr. G. MACIOCCO, *I sistemi sanitari europei nel mirino della crisi. Spagna e Romania*, in [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info), 30 novembre 2011.

<sup>85</sup> Cfr. L. CABIEDES, A.M. GUILLÉN, *Il dibattito sulla convergenza o divergenza dei sistemi sanitari europei, dall'ipotesi del continuum a quella di una geometria non euclidea*, in G. VICARELLI (cur.), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, cit., 157.

<sup>86</sup> Come osserva C. CASONATO, *I sistemi sanitari: note di comparazione*, cit., 12, «il patto di stabilità e la gestione dei fondi strutturali proiettano un'influenza rilevante [...] in materia di salute dei cittadini degli Stati membri».

<sup>87</sup> Al riguardo, cfr. M. CAMPAGNA, *L'organizzazione «a rete» dei servizi sanitari*, in C. BUZZACCHI (cur.), *L'Europa a rete. Il modello reti tra concorrenza e coesione sociale*, Milano, 2011, 35 ss.

<sup>88</sup> Commissione UE, Comunicazione, *A budget for Europe 2020*, 29 giugno 2011, COM(2011) 500 def.

<sup>89</sup> Cfr. L. AMMANNATI, *Il rapporto tra concorrenza e welfare di fronte alla crisi*, in G. COLOMBINI, M. PASSALACQUA, *Mercati e banche nella crisi: regole di concorrenza e aiuti di Stato*, Napoli, 2012, spec. 169-170.

(con una dotazione finanziaria pari a 446 milioni di euro), che mira al perseguimento di quattro obiettivi:

a) sviluppare strumenti comuni a livello comunitario per affrontare la carenza di risorse umane e finanziarie, nonché contribuire alla costruzione di sistemi sanitari innovativi e sostenibili, ad esempio in materia di sanità elettronica;

b) migliorare l'accesso alle competenze mediche e alle informazioni concernenti patologie specifiche anche su scala transnazionale (ad esempio, sostenendo le iniziative sulle malattie rare), migliorando la qualità della sanità e della sicurezza dei pazienti;

c) individuare e diffondere *best practices* (soprattutto sui temi del tabagismo, dell'alcolismo, dell'obesità...) per prevenire le malattie e promuovere la buona salute<sup>90</sup>;

d) sviluppare approcci comuni nell'intento di proteggere i cittadini dalle minacce sanitarie transfrontaliere<sup>91</sup>.

Il variegato quadro tracciato mostra quanto i bisogni sanitari siano bisogni di natura complessa: per tale ragione, essi «richiedono risposte che siano il frutto del coordinamento tra tutti gli ambiti materiali in qualche modo coinvolti nella tutela della salute»<sup>92</sup>. Indubbiamente, sebbene l'azione comunitaria possa tuttora ritenersi un'azione di completamento rispetto a una materia-valore che resta saldamente ancorata nelle mani degli Stati membri, si ritiene che in futuro l'Europa debba essere posta nelle condizioni di parlare con una sola voce, «anche nell'ottica di sviluppare la strategia generale di coesione sociale, di cui la promozione della salute rappresenta una delle leve più importanti»<sup>93</sup>. Ma ciò, evidentemente, non potrà accadere se prima gli Stati membri non saranno disposti a spogliarsi di una parte importante della loro sovranità in materia di tutela della salute.

#### 4. I livelli essenziali delle prestazioni.

Come si è già accennato in precedenza, la riforma costituzionale del 2001 ha introdotto, all'art. 117, c. 2, lett. m), della Costituzione, la clausola dei "livelli essenziali"<sup>94</sup>. Più precisamente, il nuovo testo prevede che lo Stato abbia competenza esclusiva nella «determinazione dei livelli essenziali delle

<sup>90</sup> In tale ottica, a proposito dell'opportunità di creare delle strategie finalizzate alla rimozione delle asimmetrie informative tra regolatori e regolati, pare interessante lo studio realizzato da R.H. THALER, C.R. SUNSTEIN, *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*, New Haven, 2008 (trad. it. di A. OLIVIERI, *Nudge. La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità*, Milano, 2009). Gli Autori definiscono figurativamente *nudge* l'insieme delle strategie, basate prevalentemente sull'informazione, che i pubblici poteri possono mettere in pratica per promuovere determinati comportamenti ritenuti desiderabili: tra queste, lo sviluppo di campagne informative in materia sanitaria può certamente contribuire alla creazione di un insieme di strumenti rivolti alla gestione della sostenibilità e alla diffusione di pratiche socialmente responsabili. Su questi temi, sia consentito un rinvio ad A. CANDIDO, *La nudge regulation. Interpretazioni dottrinali e prime applicazioni pratiche*, in *Amm. in cammino*, 2012.

<sup>91</sup> L'atto in oggetto è la Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sulla *istituzione del programma "Salute per la crescita"*, terzo programma pluriennale dell'azione dell'UE in materia di salute per il periodo 2014-2020, 9.11.2011, COM(2011) 709 def.

<sup>92</sup> M. CAMPAGNA, *L'organizzazione «a rete» dei servizi sanitari*, in C. BUZZACCHI (cur.), *L'Europa a rete. Il modello reti tra concorrenza e coesione sociale*, cit., 41.

<sup>93</sup> *Ibid.*, 77.

<sup>94</sup> A. CANDIDO, *Confini mobili. Il principio autonomista nei modelli teorici e nelle prassi del regionalismo italiano*, Milano, 209 ss.; R. BALDUZZI, G. CARPANI (cur.), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 81 ss.

prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». L'espressione, che rappresenta una novità nel panorama costituzionale, era invece già nota nel settore della sanità: già nella legge n. 833 del 1978, e poi soprattutto con le riforme *bis* e *ter*, il legislatore ordinario aveva previsto "livelli di assistenza sanitaria", infine determinati in modo analitico dal D.p.c.m. del 29 novembre 2001.

Fra i numerosi aspetti problematici legati all'interpretazione della disposizione in questione vi è quello legato al carattere "trasversale" della clausola. I livelli essenziali, cioè, non costituiscono una "materia" in senso proprio, bensì una competenza capace di incidere su molte materie diverse. Con riferimento a quanto in questa sede interessa, i livelli essenziali incidono sulla tutela della salute e, pertanto, l'utilizzo di tale clausola è in grado di alterare l'ordinario riparto di competenze, che vede la materia «tutela della salute» affidata alla competenza legislativa concorrente di Stato e Regioni<sup>95</sup>. La Corte costituzionale, sin dalle prime pronunce sul nuovo Titolo V, si è preoccupata di precisare che i livelli essenziali integrano «una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie»<sup>96</sup>.

Le questioni sino a qui evidenziate non chiariscono cosa debba concretamente intendersi per "livelli essenziali". Se infatti è pacifico che la finalità della lettera m) sia quella di porre un argine alla differenziazione tra Regione e Regione<sup>97</sup>, e che dunque i livelli essenziali servano anzitutto a bilanciare l'inversione dell'attribuzione delle competenze, che ha visto un sensibile incremento della potestà normativa regionale, non è chiaro quali siano le forme e gli strumenti con cui i livelli debbano essere determinati.

Non è anzitutto chiaro se debba preferirsi una ricostruzione "oggettiva", oppure una "soggettiva". Sotto il primo profilo, infatti, si può enfatizzare il legame tra la determinazione dei livelli essenziali e il principio unitario di cui all'articolo 5 della Costituzione. Sotto il secondo profilo, invece, si può ritenere che la finalità prima dei livelli essenziali sia quella di dare concreta attuazione al principio di uguaglianza sostanziale, e che dunque il legame sia soprattutto con l'articolo 3 della Costituzione. Entrambe le ricostruzioni meritano attenzione. Il problema, tuttavia, è strettamente legato alle tecniche e agli strumenti di determinazione dei livelli essenziali. È infatti evidente che una determinazione dei livelli essenziali con il solo strumento legislativo dovrà contenere previsioni generali e astratte, mentre una determinazione anche attraverso atti amministrativi potrà specificare maggiormente i singoli livelli e le singole prestazioni riconnesse a tali livelli<sup>98</sup>.

<sup>95</sup> Cfr. A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in E. BETTINELLI, F. RIGANO (cur.), *La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale – Atti del Seminario di Pavia svoltosi il 6-7 giugno 2003*, Torino, 2004, 99 ss.; *ibidem* R. MANFRELOTTO, R. MIRANDA, *Determinazione dei livelli essenziali e conferimento di funzioni amministrative: l'art. 117, comma 2, lett. m), Cost. come "parametro presupposto" nel giudizio di costituzionalità*, 458 ss.; E. BALBONI, *Il concetto di "livelli essenziali ed uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Istituz. Federal.*, 2001, 1103; L. CUOCOLO, *I livelli essenziali delle prestazioni: spunti ricostruttivi ed esigenze di attuazione*, in *Dir. Ec.*, 2-3/2003, 389 ss.

<sup>96</sup> Così Corte cost., sent. n. 282/2002, su cui, ad esempio, cfr. L. VIOLINI, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico-scientifica*, in *Le Regioni*, 2002, 1450.

<sup>97</sup> Cfr. A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico*, cit., 121 ss.; G. ROSSI, A. BENEDETTI, *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Lav. pubbl. amm.*, suppl. al n. 1/2002, 34.

<sup>98</sup> Cfr. B. PEZZINI, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARRE (cur.), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit., 107; L. CUOCOLO, *I livelli essenziali delle prestazioni*, cit., 389 ss.

Con più specifico riferimento al settore sanitario, già la legge istitutiva del SSN conteneva numerose disposizioni volte a garantire un limite alle disparità territoriali nelle prestazioni sanitarie, pur non facendo espresso riferimento al concetto di “livelli essenziali”. L’articolo 3, c. 2, della legge dispone che il provvedimento di approvazione del Piano sanitario nazionale determini «i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini».

La riforma bis, adottata con il decreto legislativo n. 502 del 1992, introdusse ulteriori riferimenti ai livelli, che venivano aggettivati come “uniformi”. L’articolo 1, in particolare, prevede che «i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale [...] in coerenza con l’entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale». Viene poi previsto, dall’articolo 3, c. 2, che i livelli di assistenza siano assicurati da ciascuna Unità sanitaria locale in riferimento al proprio ambito territoriale.

L’ultimo rilevante intervento normativo in tema di livelli di assistenza sanitaria si ebbe con il decreto legislativo n. 229 del 1999, che arricchì ulteriormente l’aggettivazione dei livelli, non più solo “uniformi”, ma anche “essenziali”<sup>99</sup>. La riforma *ter*, inoltre, modifica sensibilmente il rapporto tra determinazione dei livelli e risorse finanziarie. Viene infatti abbandonata la necessaria “coerenza” dei primi alle seconde, che era stata prevista nel 1992 e che in qualche modo sbilanciava gli equilibri tra diritto alla salute e disponibilità finanziarie. Si prevede, per contro, che i livelli siano individuati «contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale», con una evidente valorizzazione del diritto alla salute ed alle cure essenziali, ancorché particolarmente gravose per i bilanci dello Stato.

Merita attenzione quanto disposto dal decreto 229 in ordine alla determinazione dei livelli essenziali: veniva infatti previsto che fossero disciplinati dal Piano sanitario nazionale. In riferimento al periodo 1998-2000, peraltro, fu il medesimo decreto legislativo a stabilire che i livelli dovessero comprendere «a) l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b) l’assistenza distrettuale; c) l’assistenza ospedaliera». Le previsioni della riforma *ter* hanno peraltro avuto vita breve, posto che la concreta determinazione dei livelli essenziali ha seguito procedure diverse.

Punto cruciale nella ricostruzione dei LEA sanitari è l’Accordo siglato in Conferenza Stato-Regioni l’8 agosto 2001, ove veniva previsto che i livelli essenziali fossero determinati in un successivo Accordo Stato-Regioni da ratificarsi con atto del Governo entro il 30 novembre 2001. Per dare copertura a questa procedura, evidentemente stridente con quanto stabilito dal decreto legislativo n. 229 del 1999, è stato adottato nel settembre 2001 il decreto-legge n. 347, convertito con la legge n. 405 del 16 novembre 2001. Appena sei giorni dopo è stato siglato il nuovo Accordo in Conferenza Stato-Regioni e, finalmente, il 29 novembre 2001 il Governo ha adottato il D.p.c.m. recante la “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, appena dopo la pubblicazione in Gazzetta della riforma costituzionale del Titolo V.

È dunque evidente il particolare intreccio tra la previsione costituzionale in tema di “livelli essenziali delle prestazioni” e quella settoriale di “livelli essenziali di assistenza”. Merita di essere segnalato un ulteriore aspetto. Come si è accennato più sopra, è stato da più parti ritenuto che, dopo la riforma costituzionale, i livelli essenziali possano essere determinati solo con legge dello

<sup>99</sup> Cfr. ancora R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, cit., 72.

Stato, posto che la clausola relativa è inserita nell'elenco delle "materie" in cui lo Stato ha legislazione esclusiva. In altre parole, alcuni hanno ritenuto che il significato del secondo comma dell'articolo 117 Cost. fosse quello di riservare allo Stato la disciplina di determinate materie esclusivamente con lo strumento legislativo. Simile ricostruzione è stata accolta anche dal Consiglio di Stato, che ha paventato una necessaria determinazione legislativa dei LEA sanitari<sup>100</sup>.

Per mettere in sicurezza il D.p.c.m. del 29 novembre 2001, il legislatore ha dunque dato copertura legislativa al decreto, disponendo nell'articolo 54 della Finanziaria per il 2003 che le prestazioni relative ai LEA sanitari "sono quelle individuate dall'allegato 1" del D.p.c.m.. Il terzo comma del medesimo articolo 54, peraltro, prevede che le modifiche alle prestazioni incluse nei LEA siano apportate «con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano» riportando dunque ad uno strumento di rango sub-legislativo per la modifica dei LEA.

I LEA del 2001 furono oggetto di una radicale revisione tra il 2006 e il 2008<sup>101</sup>. Con il "patto per la salute" dell'ottobre 2006, infatti, Stato e Regioni si accordarono per una revisione straordinaria dei livelli essenziali di assistenza sanitaria. Il percorso di aggiornamento giunse sino all'adozione del nuovo D.p.c.m., adottato il 23 aprile 2008. Tale decreto, tuttavia, rimase lettera morta, non ottenendo la registrazione da parte della Corte dei conti, per la mancanza di una sufficiente copertura finanziaria.

Dopo il fallimento del 2008 è stato tentato un nuovo intervento di aggiornamento tra il 2012 ed il 2013. L'art. 6 del cd. decreto Balduzzi<sup>102</sup> prevede una revisione dei livelli essenziali, per aggiornarli alle nuove esigenze, sempre mediante un procedimento concertato Stato-Regioni. Al momento in cui si scrive (agosto 2013), tuttavia, i tentativi di intesa fra le parti non sono andati a buon fine e, pertanto, non sembra che i nuovi LEA vedranno facilmente la luce, anche per le pressanti esigenze di *spending review* che, di fatto, potrebbero al massimo consentire una compressione dei livelli esistenti.

Per comprendere la reale portata della clausola costituzionale è di centrale importanza l'analisi delle pronunce in materia della Corte costituzionale, anche su alcuni degli aspetti problematici di cui si è già fatto cenno. Di seguito si riportano le più significative, raggruppate a seconda dei profili tematici affrontati dalla Corte.

Un primo filone riguarda la "dinamicità" dei LEA, da intendersi quale capacità dei medesimi di intersecare diverse materie. Nella sentenza n. 134 del 2006, ad esempio, la Corte ha affermato che la determinazione dei livelli essenziali comporta una rilevante compressione dell'autonomia regionale. La decisione<sup>103</sup>, anche richiamando stralci della precedente sentenza n. 88 del 2003, ha chiarito che «la rilevante compressione dell'autonomia regionale che consegue alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, se "attribuisce al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in

<sup>100</sup> Si veda sul punto Cons. Stato, ord. n. 4485/2002, relativa a TAR Lazio, sez. III, sent. n. 6252/2002. Cfr. G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Rimini, 2003, 260.

<sup>101</sup> Sul punto cfr. R. BALDUZZI, G. CARPANI (cur.), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 85 ss.

<sup>102</sup> È il decreto-legge n. 158 del 2012, convertito nella legge n. 189 del 2012.

<sup>103</sup> Resa a seguito di un ricorso proposto dalla Regione Friuli Venezia Giulia e dalla Provincia autonoma di Trento contro la legge finanziaria statale per il 2005.

un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto”, esige “che queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge, che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie”».

Una delle decisioni più note, alla quale si è già fatto cenno in precedenza, è la n. 282 del 2002<sup>104</sup>. Con riferimento ai livelli essenziali, la Corte – a pochi mesi dall’entrata in vigore della riforma del Titolo V – afferma che «non si tratta di una "materia" in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull’intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle. Nella specie la legge impugnata non riguarda tanto livelli di prestazioni, quanto piuttosto l’appropriatezza, sotto il profilo della loro efficacia e dei loro eventuali effetti dannosi, di pratiche terapeutiche, cioè di un’attività volta alla tutela della salute delle persone, e quindi pone il problema della competenza a stabilire e applicare i criteri di determinazione di tale appropriatezza, distinguendo fra ciò che è pratica terapeutica ammessa e ciò che possa ritenersi intervento lesivo della salute e della personalità dei pazienti, come tale vietato. Sono coinvolti bensì fondamentali diritti della persona, come il diritto ad essere curati e quello al rispetto della integrità psico-fisica e della personalità del malato nell’attività di cura, ma, più che in termini di “determinazione di livelli essenziali”, sotto il profilo dei principi generali che regolano l’attività terapeutica. Il punto di vista più adeguato, dunque, per affrontare la questione è quello che muove dalla constatazione che la disciplina in esame concerne l’ambito materiale della "tutela della salute", che, ai sensi dell’art. 117, comma 3, Cost., costituisce oggetto della potestà legislativa concorrente delle Regioni, la quale si esplica nel rispetto della competenza riservata allo Stato per la “determinazione dei principi fondamentali”».

Un ulteriore aspetto della “dinamicità” riguarda la possibilità dei livelli essenziali di intersecare tanto le competenze delle Regioni a Statuto ordinario, quanto quelle delle Regioni a Statuto speciale. La Corte ha avuto infatti occasione di chiarire che «La natura stessa dei cd. LEA, che riflettono tutele necessariamente uniformi del bene della salute, impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti ad autonomia speciale, che infatti hanno sempre partecipato agli atti di intesa in questa materia stipulati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni»<sup>105</sup>.

A ben vedere vi è anche una ulteriore possibile declinazione del concetto di dinamicità. Essa, infatti, può rappresentare la pluralità di strumenti di regolazione in mano allo Stato per determinare i livelli essenziali. Il tema è stato affrontato dalla dottrina soprattutto in riferimento alla (discussa) possibilità di leggere nell’art. 117, c. 2, lett. m), della Costituzione una riserva di legge, di cui si è già fatto cenno nei paragrafi precedenti.

La Corte costituzionale non ha mai affrontato la questione in modo esplicito, anche se ha sfiorato il tema in almeno tre sentenze<sup>106</sup>. Nella sentenza n. 88 del 2003, in particolare, la Corte ha sottolineato come l’inserimento nel secondo

<sup>104</sup> Resa a seguito dell’impugnazione da parte dello Stato della legge della Regione Marche sulla sospensione del cd. elettroshock.

<sup>105</sup> Con ciò salvando una disciplina statale impugnata dalla Regione Friuli e dalla Provincia autonoma di Trento.

comma dell'art. 117 del nuovo Titolo V della Costituzione, fra le materie di legislazione esclusiva dello Stato, della "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni" attribuisca al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto. «La conseguente forte incidenza sull'esercizio delle funzioni nelle materie assegnate alle competenze legislative ed amministrative delle Regioni e delle Province autonome impone evidentemente che queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge, che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori». Anche senza l'esplicito riconoscimento di una riserva di legge, sembra dunque chiaro che – nell'impostazione dei giudici costituzionali – la clausola costituzionale sui livelli essenziali debba essere intesa come integrante una riserva di legge relativa.

Un altro profilo di interesse attinente agli strumenti utilizzabili per la determinazione dei livelli essenziali riguarda la possibilità per lo Stato di utilizzare lo strumento regolamentare. Nella già richiamata sentenza n. 134 del 2006 la Corte propone una interpretazione formale e testuale del dettato costituzionale, affermando che «Nella valutazione di questa procedura non assume rilevanza l'attribuzione del relativo potere normativo ad un regolamento ministeriale (d'altronde lo stesso decreto del Presidente del Consiglio ha anch'esso analoga natura), dal momento che, operandosi nell'ambito di una materia di competenza esclusiva statale, la potestà normativa secondaria spetta allo Stato, ai sensi dell'art. 117, sesto comma, della Costituzione». Detto altrimenti, i giudici costituzionali non valutano la specificità della clausola dei livelli essenziali, che – come la stessa Corte ha chiarito, fin dal 2002 – non costituiscono una materia in senso stretto, bensì una competenza trasversale. Ai fini della possibilità di fondare una competenza regolamentare dello Stato la Corte guarda al semplice requisito formale che i livelli essenziali siano compresi nell'elenco dell'art. 117, c. 2, della Costituzione. Quello, appunto, contenente le "materie" di legislazione esclusiva dello Stato. Le uniche, ai sensi dell'art. 117, c. 6, Cost., nelle quali sono ammissibili regolamenti statali<sup>107</sup>.

Proseguendo nell'analisi degli aspetti più delicati della clausola costituzionale sui livelli essenziali, è necessario soffermarsi sulle decisioni della Corte costituzionale che hanno riguardato l'individuazione dei livelli e, in particolare, l'insufficienza di una "autoqualificazione", da parte dello Stato, di alcune norme quali livelli essenziali.

Nella sentenza n. 207 del 2010<sup>108</sup> la Corte ha chiarito che «nonostante l'autoqualificazione compiuta dal legislatore statale con il citato art. 74, comma 1,

<sup>106</sup> La n. 88 del 2003, relativa ad un conflitto di attribuzioni sollevato dalla Provincia di Trento e dalla Regione Emilia-Romagna contro un decreto ministeriale recante i principi di organizzazione e funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze (SerT); la già richiamata sentenza n. 134 del 2006 e la sentenza n. 209 del 2009, resa a seguito di un conflitto di attribuzione promosso dalla Provincia di Trento contro un decreto ministeriale in materia di edilizia popolare (e, pertanto, non in materia sanitaria, ma pur sempre avente ad oggetto i livelli essenziali delle prestazioni).

<sup>107</sup> È appena il caso di sottolineare un possibile effetto contraddittorio di questa impostazione: la Costituzione, infatti, prevede che lo Stato possa delegare la competenza regolamentare alle Regioni. Se, dunque, si ritengono ammissibili regolamenti statali sui livelli essenziali, allora dovrebbe essere parimenti ammissibile una delega statale alle Regioni per l'adozione di tali atti. Ciò, tuttavia, contrasterebbe con la natura stessa della clausola in questione, che – appunto – ha senso di essere (e di essere invocata) solo in quanto funzionale a garantire la medesima regolazione su tutto il territorio nazionale (cosa che, ovviamente, non garantirebbe un complesso di regolamenti regionali).

del d.lgs. n. 150 del 2009, la disciplina in esame non è riconducibile alla materia della “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, attribuita dall’articolo 117, secondo comma, lettera m), Cost., alla competenza legislativa esclusiva dello Stato». E, in conclusione, ha ricondotto la materia oggetto del giudizio costituzionale a quella «tutela della salute», rimessa dall’art. 117, c. 3, della Costituzione alla legislazione concorrente di Stato e Regioni.

Vi sono anche altre decisioni che devono essere segnalate. La sentenza n. 99 del 2009, ad esempio, ha sottratto ai livelli essenziali la disciplina dell’edilizia sanitaria. La Corte, in quell’occasione, ha affermato che solo con riferimento alla prestazione dei servizi sanitari ha senso distinguere tra essenzialità e non essenzialità, ponendo un chiaro limite alla discrezionalità del legislatore.

Nella sentenza n. 328 del 2006, invece, la Corte ha escluso che integrino livelli essenziali i requisiti delle società scientifiche delle professioni sanitarie, volti a consentire alle medesime di svolgere attività di collaborazione con le istituzioni sanitarie. Perché vi siano livelli essenziali, infatti, sono necessarie «specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisca il livello essenziale di erogazione»<sup>109</sup>.

Può, infine, essere opportuno richiamare la sentenza n. 207 del 2010, dove la Corte costituzionale ha escluso che possa essere incluso nei LEA l’accertamento medico-legale sui dipendenti pubblici assenti dal servizio.

Un profilo connesso a quello sino a qui esaminato riguarda la possibilità o meno di desumere i livelli essenziali dalla normativa esistente. La Corte non si è mai pronunciata in modo esplicito, ma sembra implicitamente ammettere simile possibilità<sup>110</sup>, nonostante la clausola in questione – a differenza del rapporto principio-dettaglio della legislazione concorrente – non sostanzi un concorso vincolato tra fonte statale e fonte regionale, ma solo un concorso eventuale<sup>111</sup>.

Nella decisione n. 526 del 2002 i giudici della Consulta hanno stigmatizzato la scarsa motivazione dell’ordinanza di rimessione degli atti, che «non offre alcuna dimostrazione della circostanza, più presupposta che affermata, che i canoni calcolati secondo i criteri stabiliti dalla legge regionale siano tali da risultare in concreto superiori a limiti espressivi di “livelli essenziali” di “prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” (art. 117, secondo comma, lettera m, della Costituzione, come sostituito dalla legge costituzionale n. 3 del 2001), livelli dei quali non viene nemmeno indicata una valida fonte di determinazione». Anche se – come si è detto – non vi è una precisa posizione della Corte sulla possibilità di desumere i livelli essenziali dalla legislazione esistente, sembra che il passaggio riportato astrattamente lo consenta.

Altro tema di indubbio rilievo riguarda il grado di analiticità che possono avere i livelli essenziali. La Corte, nella nota sentenza n. 134 del 2006, ha chiarito che la decisione spetta al legislatore statale: «Non può essere negata la possibilità del legislatore statale di giungere ad una più analitica ed effettiva tutela dei LEA. Non è definibile, almeno in astratto, un livello di specificazione delle prestazioni che

<sup>108</sup> Pronunciata a seguito di un ricorso della Regione Toscana contro una legge statale concernente il finanziamento dei LEA.

<sup>109</sup> Sul punto cfr. anche le sent. della Corte cost. n. 285/2005, n. 120/2005 e n. 423/2004.

<sup>110</sup> Di fatto replicando lo schema logico consolidato con riguardo alla possibilità di desumere dalle leggi statali i principi fondamentali della legislazione concorrente.

<sup>111</sup> Che, pertanto, dovrebbe legittimare anche una “assenza” di livelli essenziali.

faccia venire meno il requisito della loro essenzialità, essendo questo tipo di valutazioni costituzionalmente affidato proprio al legislatore statale».

A ciò si collega la considerazione – sviluppata dalla Corte nella sentenza n. 271 del 2008, in occasione del giudizio sollevato sulla legge della Regione Liguria in materia di *reference pricing* – che «che il limite della competenza esclusiva statale appena ricordata rispetto alla competenza legislativa concorrente in tema di «tutela della salute» può essere relativamente mobile e dipendere concretamente dalle scelte legislative operate».

In altra decisione, la Corte arriva ad affermare che la competenza statale in materia di livelli essenziali possa addirittura legittimare l'erogazione stessa della prestazione. Nella sentenza n. 10 del 2010, infatti, si legge che il ricorso ai livelli essenziali «può, invece, essere invocato anche nei particolari casi in cui la determinazione del livello essenziale di una prestazione non permetta, da sola, di realizzare utilmente la finalità di garanzia dallo stesso prevista (espressiva anche dello stretto legame esistente tra tale parametro ed i principi di cui agli artt. 2 e 3, secondo comma, Cost.). In particolare, la ratio di tale titolo di competenza e l'esigenza di tutela dei diritti primari che è destinato a soddisfare consentono di ritenere che esso può rappresentare la base giuridica anche della previsione e della diretta erogazione di una determinata provvidenza, oltre che della fissazione del livello strutturale e qualitativo di una data prestazione, al fine di assicurare più compiutamente il soddisfacimento dell'interesse ritenuto meritevole di tutela (sentenze n. 248 del 2006 e n. 383 e n. 285 del 2005), quando ciò sia reso imprescindibile, come nella specie, da peculiari circostanze e situazioni, quale una fase di congiuntura economica eccezionalmente negativa».

Un quesito di grande rilievo è quello sulla possibilità o meno di includere nei livelli essenziali anche i profili organizzativi. La Corte costituzionale ha avuto, sul punto, una giurisprudenza oscillante. Le sentenze più risalenti, infatti, tendono ad escludere che la determinazione dei LEP possa spingersi fino ai profili dell'organizzazione dei servizi.

La sentenza n. 120 del 2005, ad esempio, chiarisce che «La tesi che gli standard strutturali e qualitativi di cui alla norma impugnata si identificherebbero con i livelli essenziali delle prestazioni e, quindi, rientrerebbero nella competenza trasversale ed esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, non può essere condivisa in quanto la norma censurata non determina alcun livello di prestazione, limitandosi ad incidere sull'assetto organizzativo e gestorio degli asili nido che, come si è detto, risulta demandato alla potestà legislativa delle Regioni»<sup>112</sup>.

Questa impostazione è stata ripresa anche successivamente, nella sentenza n. 371 del 2008, in materia di libera professione intramuraria. La Corte, richiamando la sopracitata sentenza n. 120 del 2005, nonché la successiva sentenza n. 237 del 2007, nega che siano riconducibili ai livelli essenziali «le norme volte ad altri fini, quali, ad esempio, l'individuazione del fondamento costituzionale della disciplina, da parte dello Stato, di interi settori materiali (sentenze n. 383 e n. 285 del 2005) o la regolamentazione dell'assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all'erogazione delle prestazioni».

Vi sono, però, numerose altre decisioni che sembrano muovere in direzione opposta, sostanzialmente riconoscendo la possibilità per lo Stato di incidere anche sull'organizzazione dei servizi. È il caso, ad esempio, della sentenza n. 134 del 2006, più volte richiamata, avente ad oggetto l'art. 1, c. 169, della legge finanziaria per il 2005. Tale legge prevedeva l'adozione di un regolamento del

<sup>112</sup> Questioni simili erano già state affrontate dalla Corte nella sentenza n. 370 del 2003.

Ministro della salute, da adottarsi di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e avvalendosi di una Commissione mista Stato-Regioni, per la determinazione degli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi» relativi ai livelli essenziali di assistenza. Ebbene, la Corte ha ritenuto che «Questa disposizione legislativa individua gli standard in termini tali da rendere evidente che si tratta di integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA esistenti nel settore sanitario e che intenderebbero assicurare una migliore erogazione»<sup>113</sup>.

L'ultimo profilo che deve essere richiamato è quello del rapporto tra livelli essenziali e condizioni delle finanze pubbliche. L'ambiguità di fondo risiede nella possibilità di costruire i livelli essenziali sia come diritti veri e propri, sia come entità dell'offerta di un servizio. Nel primo caso, le leggi che li determinano creano dei veri e propri automatismi di spesa, senza la possibilità di "contingentare" l'erogazione dei livelli essenziali in funzione delle disponibilità di cassa. Nel secondo caso, invece, le leggi di determinazione dei livelli essenziali sarebbero qualificabili come leggi di spesa vere e proprie, con la possibilità di porre dei tetti e, pertanto, dei limiti all'erogazione dei livelli essenziali.

La Corte costituzionale, senza chiarire quale delle due ricostruzioni sia corretta (e se, ed in che misura, le due possano coesistere) ha più volte sottolineato la necessità di contemperare l'erogazione dei livelli essenziali con le esigenze di contenimento spesa. Su questo presupposto, ad esempio, è stata salvata la normativa sui ticket per le prestazioni sanitarie, uniformi a livello nazionale. Nella sentenza n. 203 del 2008, infatti la Corte, a conclusione di un ricorso promosso dalla Regione Veneto contro la legge finanziaria per il 2007, ha sottolineato come «L'esigenza di adottare misure efficaci di contenimento della spesa sanitaria e la necessità di garantire, nello stesso tempo, a tutti i cittadini, a parità di condizioni, una serie di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (entrambe fornite di basi costituzionali messe in rilievo dalla giurisprudenza di questa Corte), rendono compatibile con la Costituzione la previsione di un ticket fisso, anche se non si tratta dell'unica forma possibile per realizzare gli obiettivi prima indicati».

Simili considerazioni di fondo hanno spinto la Corte a riconoscere che anche la normativa sulla rimborsabilità dei farmaci coniuga l'esigenza di garantire i livelli essenziali con quella di contenere la spesa pubblica. Nella sentenza n. 271 del 2008, in tema di *reference pricing*, si legge che «la legislazione in punto di livelli essenziali delle prestazioni coniuga una necessaria opera di contenimento della spesa farmaceutica (da ultimo, sentenza n. 279 del 2006) con la garanzia che continuino peraltro ad erogarsi a carico del Servizio sanitario nazionale i farmaci reputati, secondo un apprezzamento tecnico-scientifico, idonei a salvaguardare il diritto alla salute degli assistiti».

## **5. Gli effetti del federalismo sull'uniformità nell'offerta dei servizi sanitari regionali.**

1. Passando al quadro interno dell'offerta dei servizi sanitari, occorre necessariamente muovere dall'esaminata riforma costituzionale del 2001<sup>114</sup> che,

<sup>113</sup> Sul punto, con diversi accenti, si possono richiamare anche le sentenze n. 50 del 2008, n. 168 del 2008, n. 371 del 2008, n. 322 del 2009 e n. 248 del 2011.

<sup>114</sup> Si rinvia alle considerazioni al riguardo svolte da L. CUOCOLO, nel *Volume*; *id.*, *À rebours, la tutela della salute tra Regioni e Stato*, in *Quad. Reg.*, 2005, 63 ss.; *id.*, *La tutela della salute tra neoregionalismo e*

come anticipato, ha posto la «tutela della salute» tra le competenze legislative concorrenti (di cui all'art. 117, co. 3, Cost.), individuando così nel livello regionale il baricentro della regolazione dei servizi sanitari<sup>115</sup>. Si tratta del resto di un completamento – sul versante legislativo – del processo di regionalizzazione della sanità, che era stato avviato – sul piano amministrativo – attraverso il decreto Amato, c.d. riforma *bis* (è il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502) e poi rafforzato con il decreto Bindi, c.d. riforma *ter* (si tratta del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)<sup>116</sup>.

Tutto il sistema – perlomeno sulla Carta – si struttura su un meccanismo di costante contrattazione e collaborazione interistituzionale, in cui: lo Stato ha il compito di dettare i principi fondamentali in materia di «tutela della salute», nonché quello di garantire l'uniformità nel godimento di tale fondamentale diritto<sup>117</sup>, soprattutto per il tramite della competenza esclusiva statale di cui all'art. 117, co. 2, lett. m), Cost., in tema di «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»<sup>118</sup>; le Regioni, invece, hanno la funzione di organizzare, nel rispetto delle norme statali, i propri sistemi sanitari regionali, anche discostandosi significativamente dal modello base nazionale.

Se queste sono le premesse, bisogna domandarsi: da un lato, quanto i diversi territori siano riusciti a sfruttare le opportunità loro concesse dalla riforma; dall'altro, quali siano – e se siano oggi determinabili – gli effetti del c.d. federalismo fiscale sulla gestione delle risorse destinate alla sanità.

2. Quanto al primo profilo, che rileva sotto l'aspetto più propriamente organizzativo, non deve stupire se, interrogandoci sul livello di differenziazione oggi raggiunto dalle diverse Regioni, le conclusioni risultino piuttosto deludenti.

Infatti, salvo che per il modello lombardo, il quale costituisce l'unico esempio di effettiva differenziazione, si può sostenere che gli altri sistemi si siano caratterizzati quali mere varianti rispetto allo schema tracciato a livello nazionale<sup>119</sup> (sia pure con la presenza di modelli certamente innovativi, come ad esempio accade per l'Emilia Romagna<sup>120</sup>).

Vale allora la pena di accennare al sistema sanitario della Regione Lombardia<sup>121</sup>, in origine disciplinato dalla l. reg. 11 luglio 1997, n. 31, rubricata

---

*federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, 2005.

<sup>115</sup> Su questo tema, cfr. R. BALDUZZI (cur.), *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005.

<sup>116</sup> Per approfondire, cfr. L. CUOCOLO, *ult. op. cit.*, 22 ss.

<sup>117</sup> Non è un caso se la salute rappresenta l'unico diritto per il quale la Costituzione all'art. 32 utilizza espressamente l'aggettivo «fondamentale».

<sup>118</sup> A questo proposito, cfr. B. PEZZINI, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (cur.), *Sanità e assistenza a confronto dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, 106 ss.

<sup>119</sup> Come osservano M.S. CAROPPO, G. TURATI, *I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Milano, 2007, 379, non bisogna guardare il problema della differenziazione tra sistemi sanitari regionali sotto il profilo della modellistica, ma dal punto di vista del ruolo – più o meno attivo – giocato dalle Regioni di fronte alle opportunità loro concesse dal Governo centrale.

<sup>120</sup> Cfr. *infra*. Il sistema sanitario regionale emiliano è caratterizzato da un forte controllo sulla programmazione dell'offerta e, allo stesso tempo, da una forte partecipazione delle rappresentanze della collettività. Esso è stato disciplinato dalla l. reg. 19 febbraio 2008, n. 4. Al riguardo, cfr. F. TARONI, *Autonomia, responsabilità ed elusione del biasimo nei moderni Stati sanitari: una riflessione a posteriori sul bilancio di missione nel sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna*, in M. BIOCCA (cur.), *Bilancio di Missione. Aziende responsabili si raccontano*, Roma, 2010, 174 ss.

<sup>121</sup> Si rinvia a G. PELISSERO, *La sanità della Lombardia. Il sistema sanitario e l'attività ospedaliera nel periodo 2003-2008*, Milano, 2010. L'Autore sostiene che il modello sanitario lombardo sia efficiente ed

*Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.* Si tratta di una normativa che è stata negli anni più volte modificata, fino a essere abrogata dalla l. reg. 30 dicembre 2009, n. 33, che costituisce il *Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*.

In particolare, ex art. 2 del citato Testo unico, la normativa lombarda si ispira ai seguenti principi: libertà di scelta, rispetto della dignità della persona, parità di diritti e doveri tra i soggetti accreditati di diritto pubblico e privato, promozione dell'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza degli enti locali. A ciò si aggiunga che la Regione ha il compito di esercitare funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento, controllo e supporto nei confronti delle aziende sanitarie, nonché degli altri soggetti (pubblici o privati che siano) chiamati a svolgere attività sanitarie, sociali o sociosanitarie. Inoltre, essa ha l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA previsti dallo Stato e, se possibile, quello di garantire livelli più elevati in ragione delle proprie risorse.

Ciò posto, deve osservarsi che la principale specificità di questo modello risiede nella netta distinzione di ruoli e di funzioni tra i soggetti che erogano le prestazioni e i regolatori<sup>122</sup>.

In particolare, le Aziende Sanitarie Locali (Asl)<sup>123</sup> svolgono anzitutto una funzione di regolazione tecnica, consistente: nell'esercizio di funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie e sulle unità d'offerta sociosanitarie; nell'erogazione di prestazioni specialistiche, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliera, contemplate dai livelli essenziali di assistenza definiti dal piano sanitario nazionale e dalla programmazione regionale; nell'erogazione diretta delle «prestazioni necessarie per soddisfare i livelli essenziali di assistenza non affidate ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, non acquisite dai soggetti erogatori pubblici o privati accreditati e non altrimenti assicurate da terzi»<sup>124</sup>. Ma, allo stesso tempo, le Asl hanno un'importante ruolo di coordinamento, posto che sono chiamate a coinvolgere – soprattutto – gli enti locali in relazione alle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali<sup>125</sup>.

Sul versante degli erogatori delle prestazioni si collocano invece le Aziende Ospedaliere (AO), le quali esercitano attività sanitarie specialistiche e di ricovero<sup>126</sup>, cui si affiancano ulteriori strutture accreditate, come gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS).

In pratica, la Regione Lombardia ha deciso di limitare la funzione produttiva delle Asl, che garantiscono soltanto alcuni servizi distrettuali (ad esempio, l'assistenza primaria e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale), acquistando invece dalle Aziende Ospedaliere e dagli altri soggetti terzi accreditati, pubblici e privati, le prestazioni ospedaliere e quelle di specialistica ambulatoriale.

Insomma, nel territorio lombardo è stato creato un sistema sanitario di tipo aperto e pluralistico, in cui il modello di tipo Beveridge trova attenuazione in virtù

---

economico, sì da costituire un valido e originale modello che le altre Regioni italiane potrebbero prendere come esempio.

<sup>122</sup> Cfr. E. GIGLIO, *L'esperienza della Lombardia: il ruolo della Regione*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (CUR.), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato, Quaderni di Astrid*, Bologna, 2010, 245.

<sup>123</sup> Salvo che per il Comune di San Colombano al Lambro, il quale fa parte della Asl di Lodi e per i Comuni appartenenti all'Asl di Vallecamonica-Sebino, in Lombardia gli ambiti territoriali delle Asl coincidono con le circoscrizioni provinciali.

<sup>124</sup> Art. 4, c. 6, l. reg. Lombardia, n. 33 del 2009.

<sup>125</sup> Cfr. art. 11 della citata normativa lombarda.

<sup>126</sup> Cfr. art. 5.

dell'introduzione di un insieme di strumenti che attribuiscono al paziente una maggiore libertà di scelta. In tal modo, il modello della Lombardia esprime un nuovo rapporto fra il livello di governo regionale e la rete di operatori chiamati a operare in ambito sociale e sanitario (Asl e Aziende Ospedaliere pubbliche e private).

Per quanto invece concerne il problema dei costi, le Asl sono finanziate in linea generale a quota capitaria attraverso risorse che sono poi utilizzate per finanziare i soggetti erogatori accreditati. Ciò avviene per mezzo di un complesso sistema di contrattazione tra le Asl (compatibilmente con i loro *budget*) e le Aziende Ospedaliere, che tuttavia non è totalmente libero: infatti, le tariffe sono deliberate dalla Giunta regionale sulla base di un'analisi di costi svolta sulle strutture presenti nel territorio<sup>127</sup>.

Ciò premesso, come si accennava poc'anzi, tra gli altri sistemi sanitari regionali, certamente presenta profili di interesse quello dell'Emilia Romagna, la cui principale novità consiste nell'aver ripensato il ruolo delle comunità locali, da intendersi non più soltanto come insieme di utenti, ma come parti attive nella riorganizzazione dei servizi sanitari, nonché nell'offerta dei servizi. Da un lato, esso ha mantenuto in capo alle aziende sanitarie territoriali sia le funzioni programmatiche e di committenza, sia quelle di diretta erogazione dei servizi; dall'altro, ha rafforzato i legami con le comunità locali e, in particolare, con le rappresentanze istituzionali<sup>128</sup>. Tali obiettivi, già prefigurati dalla l. reg. 19 febbraio 2008, n. 4, hanno prima trovato concretizzazione nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2011 e poi ulteriore conferma nella recente delibera di giunta regionale n. 284 del 2013, che ha ribadito la necessità di rafforzare la coesione sociale, ponendo al centro la persona e assicurando un processo di programmazione partecipata. La Regione Emilia-Romagna considera infatti la società civile (e, in particolare, le realtà del Terzo settore) quali strumenti indispensabili per promuovere la solidarietà e la sussidiarietà nella tutela della salute. Il che, secondo la Regione, «non significa ridimensionare la responsabilità pubblica, ma anzi ampliarla. Significa piuttosto governare, partendo da una programmazione condivisa la cui responsabilità resta pubblica, un sistema complesso di servizi, interventi, azioni e politiche, che coinvolge tutti i soggetti presenti nel contesto. Ciò consente di estendere la capacità di risposta e la competenza, integrando servizi storici e nuove risorse e aiutando il cittadino a sviluppare autonomia e salvaguardia della propria salute in un contesto più articolato e ricco»<sup>129</sup>.

È evidente, dunque, che una più spiccata partecipazione delle organizzazioni di cittadini e pazienti consentirebbe di riequilibrare quello scarto strutturale tra Regioni, in termini di livelli di offerta e prestazioni, che il federalismo sanitario, una volta attuato, potrebbe pericolosamente acuire.

3. Ciò premesso sul versante organizzativo, è tuttavia sul fronte dell'autonomia finanziaria che si giocano le questioni più rilevanti, con particolare riguardo alla

<sup>127</sup> Per approfondire, cfr. E. GIGLIO, *L'esperienza della Lombardia: il ruolo della Regione*, cit., spec. 250-251.

<sup>128</sup> Cfr. R. GRILLI, R. TOMBA, *L'esperienza dell'Emilia-Romagna: il ruolo degli enti locali e dei professionisti*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (cur.), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, cit., 261.

<sup>129</sup> V. Regione Emilia-Romagna, del. n. 284 del 2013, *Indicazioni attuative del piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013-2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del fondo sociale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della l.r. 2/2003*, p. 19, che può essere consultata on line al seguente indirizzo: [http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/Dgr.%20284\\_2013.pdf](http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/Dgr.%20284_2013.pdf).

questione degli effetti del c.d. federalismo fiscale sul principio di uniformità nell'offerta dei servizi sanitari.

Si è già ampiamente fatto riferimento alla legge n. 42 del 2009<sup>130</sup> che, per il momento, ha solo tratteggiato un modello di federalismo fiscale (e in relazione alla quale si potrà tracciare un primo concreto bilancio soltanto tra qualche anno<sup>131</sup>). A tale legge hanno fatto seguito otto decreti legislativi di attuazione: quello relativo al federalismo demaniale<sup>132</sup>, che pone il principio di sussidiarietà quale criterio cardine dell'attuale sistema policentrico e multilivello italiano; quello che attribuisce una serie di funzioni a Roma capitale<sup>133</sup>; quello che disciplina i costi e fabbisogni standard di Comuni, Città metropolitane e Province<sup>134</sup>; quello sul federalismo municipale<sup>135</sup>; quello in materia di autonomia di entrata delle Regioni a Statuto ordinario e delle Province, nonché in tema di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario<sup>136</sup>; quello rivolto a prevedere risorse aggiuntive e interventi speciali per la rimozione degli squilibri economici e sociali<sup>137</sup>; quello che pone disposizioni di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni e degli enti locali<sup>138</sup>; quello che contempla meccanismi sanzionatori e premiali in favore degli enti regionali, provinciali e comunali<sup>139</sup>.

Per quanto la complicata riforma in esame – la cui attuazione è stata resa ancor più travagliata dal perdurare della crisi economico-finanziaria degli ultimi anni<sup>140</sup> – viva ancora in uno stato embrionale, vale la pena di ricordare che, per

---

<sup>130</sup> Cfr. L. CUOCOLO, *infra*. Su questo tema, *ex plurimis*, cfr. M. CAMMELLI, *Il federalismo fiscale tra i gattopardi*, in *Il Mulino*, 2011, 21 ss.; S. GAMBINO, *Autonomia, Asimmetria e principio di eguaglianza: limiti costituzionali al federalismo fiscale*, in *Pol. dir.*, 2009, 3 ss.; R. BIN, *Verso il "federalismo fiscale" o ritorno al 1865?*, in *Le Regioni*, 2010, 721 ss.; *id.*, *Che ha di federale il "federalismo fiscale"?*, in *Quad. cost.*, 2009, 127 ss.; G.G. CARBONI, *La Corte indica le fonti dell'autonomia finanziaria delle Regioni speciali e anticipa le scelte della legge delega sul "federalismo fiscale"*, in *Le Regioni*, 2009, 718 ss.; P. CARETTI, *I possibili effetti paradossali dell'attuazione del federalismo fiscale in relazione al mancato trasferimento delle funzioni alle Regioni: il caso emblematico dell'istruzione scolastica*, *ibid.*, 2010, 459 ss. Tra i più recenti lavori, si rinvia a G. CAMPANELLI (cur.), *Quali prospettive per il federalismo fiscale? L'attuazione della legge delega tra analisi del procedimento e valutazione dei contenuti*, Torino, 2011; F. BASSANINI, L. VANDELLI (cur.), *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, Il Mulino, Bologna, 2012; G.M. SALERNO, *Che fine farà il federalismo fiscale?*, in *Federalismi.it*, 2011; G. PEREZ, *L'autonomia finanziaria delle regioni*, in *Giorn. dir. amm.*, 2011, 936 ss.; A. FERRARA, G.M. SALERNO (cur.), *Il "federalismo fiscale": commento alla legge n. 42 del 2009*, Napoli, 2010; C. BUZZACCHI, *La solidarietà tributaria. Funzione fiscale e principi costituzionali*, Milano, 2011, spec. 61 ss.

<sup>131</sup> Così D. IMMORDINO, *L'autonomia finanziaria a dieci anni dalla riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 2011, 453.

<sup>132</sup> Cfr. d.lgs. 28 maggio 2010, n. 85.

<sup>133</sup> Cfr. d.lgs. 17 settembre 2010, n. 156.

<sup>134</sup> Cfr. d.lgs. 26 novembre 2010, n. 216.

<sup>135</sup> Cfr. d.lgs. 14 marzo 2011, n. 123.

<sup>136</sup> Cfr. d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68.

<sup>137</sup> Cfr. d.lgs. 31 maggio 2011, n. 88.

<sup>138</sup> Cfr. d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118.

<sup>139</sup> Cfr. d.lgs. 6 settembre 2011, n. 149.

<sup>140</sup> Emblematiche sono le travagliate vicende che stanno caratterizzando l'imposta municipale propria (IMU) e il tributo comunale su rifiuti e servizi (TARES). Non potendo in questa sede soffermarci su tali questioni, ci si limita a rinviare: agli artt. 13 e 14 del c.d. decreto salva Italia (d.l. n. 201 del 2011, conv. in l. n. 214 del 2012) e al commento di N. NITTI, *Il federalismo fiscale e le disposizioni dettate dalla "manovra Monti"*, in *Nuova rass. di leg., dott. e giur.*, 2012, 187 ss.; all'art. 10 del d.l. n. 35 del 2013, conv. in l. n. 64 del 2013 e all'art. 1 del d.l. n. 54 del 2013, con il commento di A. BORGOGGIO, *Duplici possibilità per il calcolo dell'acconto Imu*, in *Fisco*, 2013, 3424 ss. e A. PICCOLO, *Ulteriori chiarimenti su Tares e Imu*, *ibid.*, 3272 ss.

ciò che attiene alla presente indagine, una delle novità di maggiore rilievo è data dal superamento della spesa storica (in base alla quale, per decidere l'entità del finanziamento delle funzioni degli enti territoriali, si guarda a quanto questi hanno speso in un determinato arco temporale), in favore del criterio dei costi standard (che consiste nello stabilire a priori il costo necessario per erogare una determinata funzione, da considerarsi uniforme per tutto il territorio nazionale)<sup>141</sup>.

Come già anticipato<sup>142</sup>, quest'ultimo criterio non si applica però a tutte le funzioni di Regioni ed enti locali, ma solo alle funzioni fondamentali degli enti locali<sup>143</sup>, nonché a quelle volte a garantire le prestazioni che danno contenuto ai livelli essenziali dei diritti civili e sociali da assicurare uniformemente su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. m, Cost.): funzioni queste ultime identificate nella sanità, nell'assistenza, nell'istruzione e negli investimenti concernenti il settore del trasporto pubblico locale<sup>144</sup>.

Se per le poc'anzi menzionate funzioni gli interventi di perequazione<sup>145</sup> – costituzionalmente e legislativamente previsti – dovrebbero coprire l'intero fabbisogno di spesa regionale, per tutte le altre, invece, la perequazione sarà effettuata guardando alle differenze di capacità fiscale per abitante di ciascuna Regione: sì che, per queste ultime, non vi sarà nessuna garanzia di soddisfacimento dei relativi fabbisogni.

Ad oggi, i livelli essenziali sono stati individuati solo in materia sanitaria attraverso il noto d.p.c.m. 29 novembre 2001. Inoltre, l'art. 27 del d.lgs. n. 68 del 2011 ha delineato il procedimento di determinazione dei costi standard<sup>146</sup>, in virtù del quale la Conferenza Stato-Regioni dovrebbe individuare tre Regioni virtuose, i cui valori di costo saranno di riferimento per determinare il fabbisogno di tutte le altre. In particolare, tali Regioni dovranno essere selezionate tra cinque Regioni scelte dal Ministro della salute (sulla base di criteri inerenti la qualità dei servizi

<sup>141</sup> Cfr. art. 8, l. n. 42 del 2009. Su questo tema, cfr. F. SCUTO, *Il federalismo fiscale a tre anni dalla legge n. 42: questioni aperte e possibili sviluppi di una riforma ancora incompleta*, Centro Studi sul Federalismo, luglio 2012.

<sup>142</sup> Cfr. L. CUOCOLO, *infra*.

<sup>143</sup> Com'è noto, l'art. 19 del d.l. 6 luglio 2012, n. 95 ha individuato un nuovo insieme di funzioni fondamentali dei Comuni, sostituendo l'elenco provvisorio contenuto nell'art. 21, c. 3 della l. n. 42 del 2009. Si tratta, in particolare, di dieci funzioni fondamentali: a) organizzazione generale dell'amministrazione, gestione finanziaria e contabile e controllo; b) organizzazione dei servizi pubblici di interesse generale di ambito comunale, ivi compresi i servizi di trasporto pubblico comunale; c) catasto, ad eccezione delle funzioni mantenute allo Stato dalla normativa vigente; d) la pianificazione urbanistica ed edilizia di ambito comunale nonché la partecipazione alla pianificazione territoriale di livello sovracomunale; e) attività, in ambito comunale, di pianificazione di protezione civile e di coordinamento dei primi soccorsi; f) l'organizzazione e la gestione dei servizi di raccolta, avvio e smaltimento e recupero dei rifiuti urbani e la riscossione dei relativi tributi; g) progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, secondo quanto previsto dall'articolo 118, c. 4, Cost.; h) edilizia scolastica per la parte non attribuita alla competenza delle province, organizzazione e gestione dei servizi scolastici; i) polizia municipale e polizia amministrativa locale; l) tenuta dei registri di stato civile e di popolazione e compiti in materia di servizi anagrafici nonché in materia di servizi elettorali e statistici, nell'esercizio delle funzioni di competenza statale.

<sup>144</sup> Cfr. art. 14, c. 1, d.lgs. n. 68 del 2011.

<sup>145</sup> La perequazione consiste nella redistribuzione delle risorse in favore dei territori con minore capacità fiscale per abitante e ha lo scopo di compensare, mediante il trasferimento di fondi, le minori risorse di cui dispongono gli enti territoriali meno abbienti.

<sup>146</sup> Per un commento al d.lgs. n. 68 del 2011, cfr. E. JORIO, *Un primo esame del d.lgs. 68 del 2011 sul federalismo regionale e provinciale, nonché sul finanziamento della sanità*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2011, 24 ss.; cfr. anche G. RIVOCCHI, *La determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali: un elemento di incertezza nella via italiana al federalismo fiscale*, in *Federalismi.it*, 2011.

erogati, l'appropriatezza e l'efficienza<sup>147</sup>), che non siano assoggettate a piano di rientro e che abbiano assicurato l'erogazione dei livelli essenziali in condizioni di equilibrio economico. Come dispone l'art. 27, co. 5, «si considerano in equilibrio economico le Regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive». Infine, nell'individuazione delle tre Regioni benchmark, bisognerà necessariamente tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica<sup>148</sup>.

Alla copertura del fabbisogno sanitario nazionale (determinato ex art. 26 del d.lgs. n. 68 del 2011 tramite intesa Stato-Regioni) concorreranno: i summenzionati costi standard, il cui valore è dato dalla spesa media pro-capite pesata del costo registrato nelle tre Regioni benchmark; le principali entrate regionali; il fondo di perequazione (previsto dall'art. 15 del decreto in oggetto), il quale sarà alimentato dalla compartecipazione all'Iva.

Ulteriori caratteri (di rilievo rispetto al tema oggetto di indagine) introdotti dalla l. n. 42 del 2009 sono: il principio di territorialità, di cui all'art. 2, co. 2, lett. e), in virtù del quale la compartecipazione di cui dispongono le Regioni e gli enti locali deve essere commisurata al gettito prodotto nel territorio di riferimento<sup>149</sup>; il divieto di doppia imposizione, statale e regionale, sulla stessa base imponibile (fatte salve le addizionali previste dalla legge statale o regionale), la cui *ratio* si rinviene nella necessità di impedire che su uno stesso bene vi sia un aumento del peso fiscale<sup>150</sup>.

Se quelli sopra illustrati sono i criteri fondamentali che guideranno la ripartizione delle spese sanitarie tra le diverse Regioni e, dunque, il soddisfacimento del fabbisogno sanitario (che, come è stato stimato, assorbirà il 60/70% delle risorse regionali<sup>151</sup>), ci si chiede se il sistema delineato potrà essere effettivamente in grado di garantire l'applicazione del principio di equità nel godimento del diritto alla tutela della salute<sup>152</sup>. In particolare, il punto è comprendere se la maggiore responsabilizzazione delle Regioni nelle proprie

<sup>147</sup> Tali parametri sono stati definiti dal Consiglio dei ministri con del. 11 dicembre 2012, rubricata *Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*. La delibera considera eligibili le Regioni che rispettino tutti i seguenti criteri: aver garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; aver garantito l'equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale; non essere assoggettate a piani di rientro; essere risultate adempienti alla valutazione del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali in materia sanitaria.

<sup>148</sup> Si tratta di una scelta criticata da una parte della dottrina. In particolare, secondo A. VILLA, *Il federalismo regionale. Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario*, in *Giornale dir. amm.*, 2011, 938, «[l]a rappresentatività delle Regioni in termini di appartenenza geografica mina gli stimoli all'efficienza che il *benchmarking* è chiamato a realizzare».

<sup>149</sup> In base all'art. 2, c. 2, lett. e) della l. n. 42 del 2009, «le risorse derivanti dai tributi e dalle entrate propri di Regioni ed enti locali, dalle compartecipazioni al gettito di tributi erariali e dal fondo perequativo consentono di finanziare integralmente il normale esercizio delle funzioni pubbliche attribuite».

<sup>150</sup> Cfr. art. 2, c. 2, lett. o) della l. n. 42 del 2009.

<sup>151</sup> Cfr. R. PEREZ, *Il federalismo regionale. L'autonomia finanziaria delle Regioni*, in *Giornale dir. amm.*, 2011, 936, nota 1.

<sup>152</sup> Secondo G. CITONI, A. SOLIPACA, *Federalismo, costi standard e bisogni: sarà un'allocazione giusta?*, in A. CICHETTI (cur.), *Efficiacia ed equità nell'assetto federale del Servizio sanitario nazionale*, Milano, 2013, 69, il federalismo fiscale italiano, dietro la sua maschera efficientista e la sua apparente neutralità, cela due grossi rischi: nel breve periodo, un problema di equità, con un'allocazione delle risorse correnti squilibrata a vantaggio dei territori del nord; nel lungo periodo, un problema di impoverimento del tessuto produttivo sanitario locale nelle Regioni del sud.

politiche di spesa richiesta dall'art. 119 della Costituzione (attraverso l'abbandono del modello di finanza derivata e del sistema dei trasferimenti erariali<sup>153</sup>), unitamente alle esigenze di stabilità finanziaria, possano coniugarsi efficacemente con la necessità di garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie in modo universale e solidale.

Come appare evidente, i vincoli posti dall'ordinamento comunitario (basti pensare al c.d. *Fiscal Compact*, che obbliga ciascuno Stato membro a perseguire un bilancio attivo o in pareggio<sup>154</sup>), nonché – conseguentemente – dall'ordinamento interno (ci si riferisce al nuovo art. 81 Cost.<sup>155</sup>, che impone il rispetto degli obiettivi programmatici stabiliti dall'Unione europea), rendono oggi difficilmente sostenibile un modello sanitario basato sull'accesso universale alle prestazioni.

Ciò porta con sé la necessità di intervenire in modo innovativo e non convenzionale sulle politiche di riequilibrio della finanza pubblica. Invero, si tratta dell'unica via che pare percorribile al fine di evitare un peggioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, posto che, come ha recentemente segnalato la Corte dei Conti nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2013, «[s]ono ancora previsti tagli delle risorse destinate al settore mentre, cresciute le compartecipazioni alla spesa, sempre più limitate appaiono le possibilità di ricorrere ad ulteriori entrate straordinarie e limitati sono i margini di flessibilità per tutte le realtà territoriali»<sup>156</sup>.

A questo proposito, uno dei temi più urgenti da affrontare è proprio quello della rimodulazione della compartecipazione alla spesa, soprattutto se si pensa ai consistenti aumenti previsti dall'art. 17 del d.l. 6 luglio 2011, n. 98 (conv. in l. 15 luglio 2011, n. 111) e dall'art. 15 della c.d. *spending review* (d.l. 6 luglio 2012, n. 95, conv. in l. 7 agosto 2012, n. 135), che hanno introdotto nuove misure di riduzione della spesa sanitaria, cui si fa corrispondere una pesante diminuzione del finanziamento statale ordinario. Non è del resto un caso se, dal 2011 al 2012, vi sia stato un consistente aumento (superiore al 9%) delle entrate derivanti dalle diverse forme di compartecipazione alla spesa, con fortissime differenze a livello territoriale: ad esempio, in termini pro capite, si va dai 64 euro del Veneto ai 32 della Sardegna<sup>157</sup>.

Certamente, il 2012 ha segnato un generale miglioramento della situazione economica del sistema sanitario, con una netta flessione delle perdite nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro<sup>158</sup>. Tuttavia, l'anno si è chiuso senza la

<sup>153</sup> Cfr. N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in *Issirfa.it*, 2011, 5, pubblicato anche in S. MANGIAMELI (cur.), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma*, Atti delle giornate di studio, Roma, 20-21-22 ottobre 2011, vol. II, Milano, 2012.

<sup>154</sup> Cfr. L. AMMANNATI, *Il rapporto tra concorrenza e welfare di fronte alla crisi*, in G. COLOMBINI, M. PASSALACQUA (cur.), *Mercati e banche nella crisi: regole di concorrenza e aiuti di Stato*, cit., spec. 179-184; R. PEREZ, *Il Trattato di Bruxelles e il Fiscal Compact*, in *Giornale dir. amm.*, 2012, 461 ss.

<sup>155</sup> In base all'art. 81, c. 1, Cost., così come modificato dalla l. cost. n. 1 del 2012, «[l]o Stato assicura l'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico».

<sup>156</sup> Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica*, 23 maggio 2013, p. 173, consultabile sul sito istituzionale della Corte dei conti, [www.corteconti.it](http://www.corteconti.it).

<sup>157</sup> *Ibid.*, 190-191.

<sup>158</sup> È invece in controtendenza la situazione delle Regioni a Statuto speciale del nord Italia che, invece, presentano «un aumento dei costi (+ 1,7 per cento) di mezzo punto superiore a quello dei ricavi, con conseguente peggioramento del saldo complessivo» (*ibid.*, 179). Per tali ragioni, proprio mentre si sta chiudendo questo lavoro, è allo studio del Governo quella che è già stata battezzata come *spending review*

definizione del nuovo Patto per la salute 2013-2015, così che resta ancora da comprendere attraverso quali modalità verranno perseguiti alcuni obiettivi cruciali per le politiche sanitarie italiane come, ad esempio: la necessità di conciliare l'esigenza di contenimento dei costi con l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza; o, ancora, l'avvio della definizione dei costi standard e l'individuazione delle Regioni benchmark; così come il potenziamento dell'assistenza rivolta agli anziani e ai non autosufficienti.

Ulteriore questione da affrontare, con particolare riguardo alle Regioni in piano di rientro (Sicilia, Calabria, Puglia, Campania, Sardegna, Lazio, Molise, Abruzzo, Liguria e Piemonte) concerne la riorganizzazione della rete ospedaliera (in proposito, si pensi alle numerose strutture ospedaliere di piccole dimensioni). Quest'ultima necessita infatti di una ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici relativi all'assistenza, nonché di determinare livelli assistenziali ospedalieri omogenei per l'intero territorio nazionale, che tengano conto tanto dell'adeguatezza e della complessità delle strutture erogatrici di prestazioni<sup>159</sup>, quanto del rapporto tra risorse umane e numero di pazienti serviti.

Dall'analisi sin qui condotta emerge che le questioni sul tappeto sono numerose e di difficile soluzione. A ciò si aggiunga che i cambiamenti politici, economici, demografici e tecnologici oggi in atto portano con sé delle esigenze di riforma non più procrastinabili<sup>160</sup>, che tengano sì conto della necessità degli equilibri di bilancio e del contenimento della spesa pubblica, ma che non dimentichino l'importanza di fornire tutela al "più fondamentale" (sia consentita l'espressione) diritto sociale che il cittadino italiano ed europeo possa vantare: il diritto alla tutela della salute<sup>161</sup>.

---

2. Si tratta di una riforma che, tra le altre cose, dovrebbe estendere alle Regioni speciali il meccanismo dei costi standard.

<sup>159</sup> A questo proposito, non si può non ricordare che le manovre rivolte a contenere la spesa pubblica (in particolare, il d.l. n. 78 del 2010) hanno effettuato rilevanti tagli agli investimenti nel campo dell'edilizia sanitaria, con ricadute pesanti in termini di riorganizzazione dei servizi sanitari regionali.

<sup>160</sup> Cfr. F. BASSANINI, *Prefazione*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (cur.), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, cit., 13.

<sup>161</sup> Sul problema del rapporto tra tutela dei diritti sociali e sostenibilità finanziaria, si rinvia alle osservazioni di A. MANGIA, *I diritti sociali tra esigibilità e provvista finanziaria*, *Atti del Convegno del "Gruppo di Pisa"*, Trapani, 8-9 giugno 2012, consultabile on line al seguente indirizzo web: <http://www.gruppodipisa.it/wp-content/uploads/2013/03/MangiaDEF.pdf>. ID., *Attuazione e applicazione del diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 1998, 751 ss. Cfr. anche A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo "modello sociale europeo": più sobrio, solidale e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, 2011.