

**CRITICITÀ, DIVARI TERRITORIALI E PANDEMIA:
QUALI PROSPETTIVE FUTURE PER IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO?**

CHIARA SAGONE

(Dottoranda di ricerca in Diritto costituzionale,
Università degli Studi di Catania)

Data di pubblicazione: 8 marzo 2022

Il presente articolo è stato sottoposto a procedura di doppio referaggio anonimo

CHIARA SAGONE*

**Criticità, divari territoriali e pandemia:
quali prospettive future per il sistema sanitario italiano?**

Abstract (It.): *il presente lavoro mira ad analizzare le debolezze del sistema sanitario italiano e le significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, enormemente acuitesi durante l'emergenza sanitaria. L'analisi consentirà di comprendere quali strumenti si rivelano necessari per un'effettiva garanzia del diritto alla salute e, conseguentemente, ci si concentrerà sugli obiettivi che la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, rivolta alla Salute, pone, verificandone la rispondenza alle criticità preesistenti.*

Abstract (En.): *this work aims to analyze the weaknesses of the Italian health system and the significant territorial divide in the provision of services, enormously sharpened during the health emergency. The analysis will allow us to understand which tools are necessary for an effective guarantee of the right to health, and, consequently, we will focus on the objectives that Mission 6 of the National Recovery and Resilience Plan, aimed at Health, sets, verifying their responsiveness to pre-existing criticalities.*

Parole chiave: salute, sistema sanitario italiano, criticità, divari territoriali, Missione 6 PNRR.

Key words: health, Italian health system, weaknesses, territorial divide, Mission 6 NRRP.

* Dottoranda di ricerca in Diritto costituzionale presso l'Università degli Studi di Catania.

SOMMARIO: 1. La crisi sanitaria e la fundamentalità del diritto alla salute. – 2. La programmazione sanitaria. – 3. Le criticità emergenti nel sistema sanitario anteriormente alla pandemia da Sars-Cov-2. – 4. Divari territoriali e sanità. – 5. La sanità e la richiesta di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia». – 6. L'avvento della pandemia: tutti i nodi vengono al pettine. – 7. La sanità oggi: quali prospettive?

1. *La crisi sanitaria e la fundamentalità del diritto alla salute*

L'emergenza sanitaria in corso, determinata dalla diffusione a livello globale del virus SARS-CoV-2, ha fatto emergere diverse criticità nell'offerta di prestazioni a tutela della salute da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Invero, già da tempo, il sistema sanitario era sotto pressione nell'erogazione di servizi, in ragione del condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute, che ha determinato, nel corso degli anni, importanti e consistenti tagli per tutto il comparto. Il contesto economico e finanziario italiano ed europeo ha, infatti, imposto una rigorosa politica di bilancio, riducendo considerevolmente la spesa pubblica¹.

Il confronto con i principali Paesi dell'OCSE racconta di un'Italia in cui la spesa sanitaria complessiva *pro capite* è decisamente inferiore rispetto a

¹ Per ulteriori approfondimenti, S. CASSESE, *La nuova costituzione economica europea*, Roma-Bari 2012, 322-323; G. AMATO, A. BARBERA, *Manuale di diritto pubblico*, V ed., Bologna 1997, 118 ss.; F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive*, in *Astrid-Rassegna*, 9/2017; N. DIRINDIN, E. CARUSO, C. RIVOIRO, *Universalismo e vincoli di bilancio nella tutela della salute: una questione politica, prima ancora che finanziaria*, in *Politiche Sociali*, 3/2014; C. DI COSTANZO, *Allocazione delle risorse e tutela della salute nella giurisprudenza costituzionale*, in *Dir. fond.*, 2/2021, 17-43.

quella di altri Paesi², anche se non va sottaciuto che il nostro Servizio Sanitario Nazionale è considerato tra i migliori in Europa nell’offerta di servizi e prestazioni a parità di spesa³.

Prima dell’emergenza pandemica, si riscontravano serie problematiche nel ricevere nei vari territori del nostro paese la medesima assistenza in termini di rapidità ed efficienza, ravvisandosi marcate differenze territoriali nei servizi infrastrutturali e tecnologici, accentuate dalla diffusione del virus.

La crisi sanitaria apertasi con la diffusione del SARS-CoV-2 ha, successivamente, indotto a parlare di una “sanità sospesa”, quasi in *standby*.

Invero, milioni di italiani hanno riscontrato difficoltà nell’accesso a servizi e prestazioni per patologie non-Covid, e il grave rallentamento nelle cure e nella prevenzione sarà foriero di conseguenze negative anche nel futuro⁴.

² E. ANESSI PESSINA, S. LONGHI, *La spesa sanitaria nei Paesi OCSE*, disponibile su *Saluteinternazionale.info*.

³ Esemplificando, già nel 2004, la speranza di vita alla nascita, di 83 anni, era superiore a quella di Paesi che, come Germania e Stati Uniti, spendono per la sanità una quota superiore del proprio PIL. Va, tuttavia, rilevato che la speranza di vita non è determinata unicamente dalla spesa sanitaria in quanto altri fattori concorrono (si pensi al numero di soggetti fumatori, o al tasso di inattività fisica che può condurre all’obesità). Su questi temi, si confronti il report dell’OCSE “*State of Health in the EU*” del 2021.

⁴ M. BENEVENTO, G. BOTTARI, C. CATERINO, S. CORRADI, F. MISCEO, M. SILVESTRE, D. FERORELLI, B. SOLARINO, *Analisi dei decessi nel Policlinico di Bari durante la “prima ondata”: l’impatto della pandemia da Sars-Cov-2*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2/2021, 457-466.

Com'è stato ben osservato, l'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia in atto ha fatto riscoprire, purtroppo in circostanze tragiche, la fundamentalità del diritto alla salute a partire dalla vita quotidiana⁵.

Il presente lavoro mira ad analizzare le significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio.

Ci si interrogherà sulle debolezze del sistema e sulle possibili strade da percorrere per un'effettiva garanzia del diritto alla salute, alla luce delle nuove sfide che si presentano innanzi alla collettività.

Si analizzeranno, dunque, gli obiettivi che la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, rivolta alla Salute, pone, verificandone la rispondenza alle criticità preesistenti.

Prima di procedere, appare opportuna un'analisi sui punti salienti della tutela costituzionale della salute e sugli interventi normativi che si sono succeduti nel corso del tempo per garantirne un'effettiva protezione.

Com'è noto, col mutamento di forma di Stato avvenuto con l'entrata in vigore della Costituzione, è stato affermato un sistema di «libertà attraverso lo Stato»⁶.

⁵ D. MORANA, *Sulla fundamentalità perduta (e forse ritrovata) del diritto e dell'interesse della collettività alla salute: metamorfosi di una garanzia costituzionale, dal caso ILVA ai tempi della pandemia*, in *Liber amicorum per Pasquale Costanzo - Consulta Online*, 30 aprile 2020; I. NICOTRA, *L'epidemia da Covid-19 e il tempo della responsabilità*, in questa *Rivista*, 1/2020, 398 ss.

⁶ M. OLIVETTI, *Appunti per una mappa concettuale sul diritto alla salute nel sistema costituzionale italiano*, in *Medic. Metodologia Didattica E Innovazione Clinica*, 3/2004, 60. Lo Statuto Albertino, invece, non si occupava della tutela della salute. Nel periodo liberale, la questione si risolveva fundamentalmente in termini di vigilanza igienica e sicurezza pubblica, in modo da contrastare la diffusione di malattie endemiche ed epidemiche. I capisaldi

La Costituzione fa riferimento alla salute negli artt. 32 e 117 Cost., ma non prevede una disciplina specifica per regolare le ipotesi di emergenza sanitaria⁷.

normativi si risolvevano nella l. 2248/1865, allegato C, e nella l. 5849/1888. Tali leggi aggan-
ciavano l'organizzazione sanitaria al Ministro dell'Interno, il quale esercitava le proprie
competenze a livello locale attraverso i Prefetti, i Sottoprefetti e i Sindaci, coadiuvati dai
Consigli di sanità, appositi organi consultivi. Con la l. 6972/1890 sulle «Istituzioni pubbliche
di assistenza e beneficenza», istituti ed enti privati furono trasformati in «Istituzioni pub-
bliche» aventi funzioni assistenziali. Per un approfondimento, A. SIMONCINI, E. LONGO,
Art. 32 Cost., in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costi-
tuzione*, Torino 2006, 655 ss.; M.P. IADICICCO, *Pandemia e rapporti tra Stato e regioni in sa-
nità. Riflessioni su di un antico travaglio, limiti e criticità di alcune proposte di riforma. “Tutto
cambi affinché tutto rimanga com'è”?*, in questa *Rivista*, 3/2021, 590.

⁷ Per un'analisi della tutela della salute nella Costituzione italiana, A. SIMONCINI, E.
LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *op. cit.*; D. VINCENZI
AMATO, *Articolo 32*, secondo comma, in *Art. 29-34 Rapporti etico-sociali*, in G. BRANCA (a
cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna-Roma 1976; B. CARAVITA, *La disciplina
costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1984; ID., *Art. 32*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a
cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova 1990, 215 ss.; P. BARILE, *Diritti
dell'uomo e libertà fondamentali*, Bologna 1984; D. MORANA, *La salute nella Costituzione ita-
liana*, Milano 2002; C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, in R. RIDOLA, P. NANIA (a
cura di), *I diritti costituzionali*, II, Torino 2001; B. BRUNI, *Sanità e diritti delle persone*, To-
rino 2007; P. CARETTI, G. TARLI BARBIERI, *Diritti fondamentali*, Torino 2022; M. COC-
CONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova 1998; N. LA ROCCA, *La tutela del diritto fonda-
mentale alla salute: un'esigenza irrinunciabile anche per i soggetti in vinculis*, in *Giur. it.*, 2006,
X, 1944; M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. soc.*, 1980; ID., *Salute - Di-
ritto alla (dir. cost.)*, in *Enc. Giur.*, XXVIII (1992); E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto
alla salute*, Napoli 2012; M. BESSONE, V. ROPPO, *Garanzia costituzionale del diritto alla salute*

Nella seduta del 19 aprile 1947, l'On.le Nitti avanzò serie perplessità sulle concrete possibilità di garantire il diritto alla salute a causa della preoccupante situazione finanziaria⁸. Ciononostante, nell'art. 32 Cost., la salute è definita come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività⁹.

L'aggettivo "fondamentale", inserito nel dettato costituzionale solo con riferimento al diritto proclamato nell'art. 32 Cost., ha assunto un ruolo di primario rilievo. La salute viene, infatti, considerata un «*fine indefettibile dello Stato*»¹⁰.

La proclamazione costituzionale è volta a sottolineare la naturale connessione tra salute e vita, essendo la prima necessaria per tutelare la seconda,

e orientamenti della giurisprudenza di merito, in *Giur. it.*, IV, 1975; F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari "non obbligatori" e Costituzione*, in *Dir. soc.*, 1982; C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in ID., *Problemi di diritto pubblico nell'attuale esperienza costituzionale repubblicana*, III, Milano 1972, 435; G. PELAGATTI, *I trattamenti sanitari obbligatori*, Roma 1995; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1983; C.M. D'ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, in *Enc. dir.*, Agg., V (2001), 1109 ss.; A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, Padova 2003; S. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione*, in *Dir. soc.*, 1979, 875 ss.

⁸ Cfr. l'intervento dell'On.le Nitti nella seduta del 19 aprile 1947, disponibile su *nascitacostituzione.it*: «Voi sapete quale è la situazione dell'Italia, voi sapete che cosa sono gli ospedali, quale è la situazione di almeno i nove decimi dell'Italia, in cui manca e per parecchi anni mancherà un po' di tutto. E noi assumiamo proprio adesso, improvvisamente, l'impegno di assicurare tutte queste cose che non potremo, per parecchi anni, assicurare? Ora, credete che sia buona procedura promettere in nome della Repubblica ciò che non si può mantenere? E perché farne materia di Costituzione?».

⁹ A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, cit., 655.

¹⁰ Espressione di A. MAZZOLA, *Il diritto alla salute tra dimensione individuale e dovere sociale*, in *Consulta OnLine*, 2/2021, www.giurcost.org, 629.

nonché il legame inscindibile tra salute e piena realizzazione sia della *libertà* che dell'*eguaglianza* degli individui¹¹.

Ancora, l'Assemblea costituente, qualificando la salute come interesse della collettività, si è mostrata consapevole che il benessere di ogni individuo può fungere da proiezione del benessere della comunità di appartenenza.

Nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità.

Analogamente, l'art. 32 Cost. introduce un concetto di salute ampio e dinamico, che non si risolve nella semplice cura della malattia, mirando a un'azione sanitaria protesa al benessere di tutta la popolazione. E ciò per mezzo della importante interazione fra servizi sanitari e servizi sociali e di una maggiore attenzione per la prevenzione¹².

Nei Trattati istitutivi dell'Unione Europea manca una disposizione specificamente dedicata alla salute. In ogni caso il benessere psico-fisico e, dunque, il diritto a un ambiente salubre e alle prestazioni sanitarie, nonché la libertà di cura sono annoverati tra i valori sui quali l'Unione si fonda in virtù degli artt. 2 e 3 TUE. Il primo prevede il rispetto della dignità umana e dei

¹¹ A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del federalismo*, 1/2020, 38 rileva la correttezza di tale assunto, laddove osserva che «la questione dell'eguaglianza oggi più che mai passa attraverso la struttura organizzativa dei sistemi sanitari regionali, le scelte fatte, i tagli operati o subiti: il numero di posti letto e di operatori nelle strutture ospedaliere, in tempi di crisi sanitaria, può fare la differenza fra sopravvivere e morire non solo di Covid-19, ma di qualsiasi altra patologia che richieda di essere trattata in sede ospedaliera».

¹² P. SANTINELLO, *Sanità pubblica*, in *Dig./Pubbl.*, XIII (1997).

diritti fondamentali; l'art. 3 TUE contempla, tra gli obiettivi dell'Unione, il «benessere dei suoi popoli»¹³.

L'art. 117 Cost., nella sua formulazione originaria, poneva «l'assistenza sanitaria e ospedaliera» fra le competenze concorrenti delle Regioni a Statuto ordinario.

Dopo una prima implementazione delle citate previsioni costituzionali con la l. n. 132/1968¹⁴, la tutela del diritto alla salute ha trovato concreta attuazione nell'ordinamento giuridico italiano mediante il Servizio Sanitario Nazionale che, secondo l'art. 1, co. 3, l. n. 833/1978, è il «complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio».

Dal punto di vista oggettivo, il Servizio Sanitario Nazionale va inteso come il complesso di prestazioni e interventi di carattere preventivo, curativo e riabilitativo diretti a soddisfare il diritto alla salute.

¹³ Sulle implicazioni di tale riconoscimento, A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, in *Federalismi.it*, 4/2018, 80-99; A. SANTUARI, *Il diritto (transfrontaliero) alla salute e la crisi del welfare state. Diritti individuali versus equità e solidarietà dei sistemi sanitari nazionali?*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 4/2016, 659-686; L.U. BARRETTA, *Il diritto alla salute nello spazio europeo: la mobilità sanitaria alla luce della direttiva 2011/24/UE*, in *Federalismi.it*, 19/2014; P. DE PASQUALE, G. FIENGO, *Brevi note sulla gestione dell'emergenza sanitaria nell'Unione Europea*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 1-2/2020, 38.

¹⁴ Tale legge, istituendo gli enti ospedalieri, ha reso l'assistenza ospedaliera gratuita per chiunque ne avesse bisogno. Tale legge ha il merito di tracciare, seppur limitatamente al settore ospedaliero, un disegno programmatico, articolato in una legge di programma, in un piano nazionale e in un piano regionale.

Sotto il profilo soggettivo, esso comprende l'insieme delle strutture che fanno capo allo Stato, alle Regioni, nonché agli organismi privati che svolgono attività sanitaria nei modi e con le garanzie stabiliti dalla legge¹⁵.

Il Servizio sanitario nazionale supera il precedente sistema mutualistico, introducendo i principi cardine della globalità delle prestazioni, dell'universalità dei destinatari e dell'uguaglianza di trattamento¹⁶.

Il principio della globalità delle prestazioni implica la ricomprensione, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, dell'assistenza medica di base, dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza specialistica nonché di quella farmaceutica, segnando un punto di svolta rispetto alla l. n. 1132/1968. Tali prestazioni sono rivolte a tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche.

Il Servizio Sanitario Nazionale assegna un nuovo ruolo alla prevenzione e definisce la ripartizione delle competenze tra Stato, Regioni e Comuni.

Sennonché, l'assetto tracciato non consentiva alle Regioni di poter concretamente esercitare le proprie funzioni a causa dell'ampio raggio degli interventi statali, e dell'ampia autonomia, a livello gestionale e organizzativo, delle unità sanitarie locali, modulate quali «strutture operative» dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane.

Il d.l. n. 35/1990, convertito nella legge n. 111/1991, recante norme sulla gestione transitoria delle unità sanitarie locali, ha inteso riequilibrare la distribuzione dei poteri tra i differenti livelli istituzionali.

¹⁵ P. SANTINELLO, *Sanità pubblica*, cit.

¹⁶ Su cui P. MICANTI, *I principi di «globalità» e «unitarietà» degli interventi diretti alla tutela della salute*, in *Foro amm.*, 1981, II, 74 ss.; N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, II ed., Milano 2003, t. I, 637 ss.; V.M. CAFERRA, *Diritti della persona e stato sociale. Il diritto dei servizi socio-sanitari*, Bologna 1987; C.E. GALLO, B. PEZZINI (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano 1998; C.M. D'ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, cit., 1109 ss.; M. LUCIANI, *Salute - Diritto alla (dir. cost.)*, cit.

Esso ha riservato tutte le competenze gestionali a un amministratore straordinario, di nomina regionale, e le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera alla Regione, conformemente al dettato degli artt. 117 e 118 Cost.

È stato istituito, col medesimo atto normativo, il comitato dei garanti quale organo rappresentativo del Comune, di guisa che gli interessi locali potessero essere concretamente compresi e soddisfatti, in aderenza alla previsione di cui all'art. 118, 1° co., Cost.

In questa fase, le Usl vennero rese autonome dai Comuni, entrando nella nuova fase dell'«aziendalizzazione».

Negli anni '90 si assisterà, dunque, a un riordino della disciplina in materia sanitaria per mezzo della riorganizzazione delle unità sanitarie locali, le quali verranno riconosciute come aziende dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. È così che nascono le «aziende sanitarie»¹⁷.

Il riordino produce ulteriori conseguenze in termini di rafforzamento del ruolo delle Regioni. Tale riordino è avvenuto coi d.lgs. n. 502/1992 e 517/1993, i cui principi riformatori prevedevano un'ottimale e razionale utilizzazione

¹⁷ In base alla cornice normativa degli anni '90, le aziende sanitarie assumono il compito di assicurare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale, non necessariamente per mezzo di una erogazione diretta delle prestazioni. Invero, la riforma supera il precedente assetto che aveva inglobato nelle Unità sanitarie tutti gli enti ospedalieri, riducendoli a meri presidi delle USL. Gli ospedali possono, infatti, essere costituiti in aziende autonome (appunto Aziende ospedaliere) dalle AUSL. Al contempo, aumenta la rilevanza delle strutture sanitarie private che, se accreditate, possono erogare per conto del Servizio Sanitario Nazionale prestazioni sanitarie. Su questi temi, L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum di Quad. cost.*, 23 settembre 2013, www.forumcostituzionale.it, 5.

delle risorse e una migliore efficienza, efficacia e produttività del Servizio Sanitario Nazionale¹⁸.

Alle Regioni, infatti, non solo verranno riconosciute funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, ma verrà attribuita anche una certa responsabilità finanziaria¹⁹.

Le Regioni potranno ricorrere a strutture pubbliche o private per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, e la citata aziendalizzazione comporterà l'introduzione di elementi competitivi e mercantilistici nella gestione della sanità²⁰.

È possibile individuare la *ratio* dell'intervento normativo nell'introduzione di una "competizione amministrata" scaturente dalla possibilità, per i pazienti, di scegliere a quale erogatore rivolgersi.²¹

Tanto dalla trasformazione in aziende delle unità sanitarie locali, quanto dalla regionalizzazione operante sul versante organizzativo ci si attendeva un recupero di efficienza.

¹⁸ G. MOR, *Il riordino della sanità nelle crisi dello Stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994, 973.

¹⁹ M.P. IADICICCO, *Pandemia e rapporti tra Stato e Regioni in sanità. Riflessioni su di un antico travaglio, limiti e criticità di alcune proposte di riforma. "Tutto cambi affinché tutto rimanga com'è"?*, in questa *Rivista*, 3/2021, 628 osserva che «il "vento nuovo" generato anche dalle correnti impresse dal diritto comunitario e dal richiamo ai principi di concorrenza e libertà economica, incrociando la grande crisi della finanza pubblica, si è combinato comunque con una direzione chiara a favore della regionalizzazione, ora forte, del SSN e, quindi, dell'ampliamento dei poteri di quel livello di governo territoriale».

²⁰ G.G. CARBONI, *Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale*, in *Federalismi.it*, 8/2020, 276.

²¹ C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, www.cortisupremeesalute.it, 661.

Com'è noto, la riforma del Titolo V ha “costituzionalizzato” «la [già esistente] differenziazione dei modelli regionali»²².

L'art. 117 Cost. infatti, come modificato dalla l. cost. n. 3/2001, prevede oggi che la competenza in materia di tutela della salute sia ripartita tra lo Stato e le Regioni. Lo Stato ha il compito di determinare i livelli di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e di vigilare sulla loro effettiva erogazione. Le Regioni hanno il compito di legiferare nel dettaglio in merito all'organizzazione sanitaria, sulla base dei principi fondamentali fissati dalla legge dello Stato²³.

Con la novella costituzionale, all'«assistenza sanitaria ed ospedaliera» è stata sostituita la «tutela della salute», una materia che ricomprende tanto i profili inerenti alla tutela della salute, quanto gli aspetti organizzativi.

Il Ministero della Salute, che ha il compito di provvedere alla salute pubblica, rappresenta l'organo principale del Servizio Sanitario Nazionale. Il Ministero, per effetto del D.P.R. 28 marzo 2003, n. 129, così come modificato da ultimo dal D.P.R. 14 marzo 2006, n. 189, è attualmente articolato in quattro Dipartimenti (Qualità; Innovazione; Prevenzione e comunicazione; Sanità pubblica veterinaria, nutrizione e sicurezza degli alimenti).

Per far fronte ad alcune emergenze sanitarie, sono stati costituiti nuovi organismi di coordinamento: il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie con analisi e gestione dei rischi, in particolare relativi

²² A. MAZZOLA, *Il diritto alla salute tra dimensione individuale e dovere sociale*, cit., 631; P. MAZZINA, *L'autonomia politica regionale. Modelli costituzionali e sistema politico*, Napoli 2020, 180.

²³ R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano 2002.

alle malattie infettive e diffuse e al bioterrorismo²⁴; e il Centro nazionale di lotta ed emergenza contro le malattie animali²⁵.

Il Consiglio superiore di sanità è organo di consulenza tecnico-scientifica del Ministro della salute.

Il Consiglio esprime parere su richiesta del Ministro e nei casi espressamente stabiliti dalla legge, in ogni altro caso in cui le Direzioni Generali ne facciano richiesta per l'adozione di provvedimenti normativi o amministrativi e nella eventualità che l'Autorità giurisdizionale richieda la consultazione dell'Organo per decidere contenziosi. Il Consiglio svolge anche funzione consultiva propositiva²⁶.

Le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza, avvalendosi delle aziende sanitarie locali (Asl) e delle aziende ospedaliere.

²⁴ Istituito dalla Legge del 26 maggio 2004, n. 138 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica.

²⁵ Istituito presso il Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti con la legge 244 del 30 novembre 2005 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 1° ottobre 2005, n. 202, recante misure urgenti per la prevenzione dell'influenza aviaria.

²⁶ I primi riferimenti normativi del Consiglio superiore di sanità sono il decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266 (art. 4) e il decreto ministeriale 6 agosto 2003 n. 342. Più di recente, sono intervenuti il D.P.R. 28 marzo 2013, n. 44 (*Regolamento recante il riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute*), che ne disciplina la composizione, e il decreto-legge n. 90 del 24 giugno 2014 (*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari*), che riduce i membri da 40 a 30. La legge 11 gennaio 2018, n. 3 ha integrato i componenti di diritto del CSS e con il decreto ministeriale 25 giugno 2018 è stata poi recepita la suddetta variazione nella composizione del CSS.

Tali funzioni sono espletate per il mezzo di Giunta e Consiglio regionale, del proprio Assessore alla Sanità e dell'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale.

2. La programmazione sanitaria

Chiarito il quadro più prettamente organizzativo che riguarda il Servizio Sanitario Nazionale, appare opportuno soffermarsi sul correlato tema della programmazione sanitaria.

La l. n. 833/1978 prevede un piano sanitario nazionale, di durata triennale, che delinea l'indirizzo e i criteri di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, in conformità agli obiettivi della programmazione economica nazionale.

Il piano in senso stretto è predisposto dal Governo e approvato dal Parlamento con atto non legislativo²⁷. Accanto a esso, le «disposizioni precettive» vengono approvate con legge unitamente alle norme per il finanziamento pluriennale del Servizio Sanitario Nazionale. I piani sanitari regionali, approvati per eliminare gli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni erogati nel rispettivo territorio, devono uniformarsi a quanto stabilito col piano sanitario nazionale. La programmazione non è stata attuata facilmente, e il primo Piano Sanitario Nazionale è stato elaborato nel 1993, ovvero ben quindici anni dopo l'istituzione del SSN.

Il sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è definito «a cascata», e si articola in tre fasi: la costituzione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN); la ripartizione delle somme stanziare tra le Regioni; la ripartizione delle quote tra le unità sanitarie locali.

L'esigenza di contenere la spesa sanitaria ha portato ad accentuare la «centralità statale». Di fronte alla decisione, da parte del legislatore, di

²⁷ Art. 53 l. 833/1978.

estendere la responsabilità finanziaria anche alle Regioni, la Corte costituzionale, con la sentenza del 5 novembre 1984, n. 245 ha osservato che «la parte essenziale della spesa sanitaria ed ospedaliera non può non gravare sullo Stato per l'evidente ragione che il diritto alla salute spetta egualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio nazionale. Non è pertanto casuale che la spesa in questione sia prevalentemente rigida e non si presti a venire manovrata, in qualche misura, se non dagli organi centrali di governo».

Tale sentenza rappresentava, altresì, un «monito» per il legislatore a «riconsiderare organicamente l'ordinamento del Servizio sanitario nazionale [...] evitando in particolar modo l'eccessiva moltiplicazione dei centri di autonomia»²⁸.

Col d.lgs. n. 502/1992, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, è stato stabilito che il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo ed emanato con decreto del Presidente della Repubblica, «sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia» e «d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome».

Analogamente, le Regioni non sono obbligate ad approvare i propri piani con legge, spettando ai singoli statuti stabilire le modalità di approvazione.

Il nuovo modello mira a trasformare il precedente sistema centralistico in un modello di «responsabilità diffusa», ove al livello centrale spetta la

²⁸ V. anche Corte cost. n. 452/1989, che ha ritenuto lesiva dell'autonomia finanziaria regionale l'assunzione a carico del bilancio delle Regioni di oneri derivanti da decisioni non imputabili alle stesse «o che, comunque, dipendono dall'esigenza di tutelare interessi pubblici o diritti costituzionali dei cittadini, la cui cura è affidata dalla Costituzione soltanto in parte – e non certo quella essenziale – alla Regione». Per ulteriori approfondimenti, P. SANTINELLO, *Sanità pubblica*, cit.

specificazione degli obiettivi e dei livelli uniformi di assistenza, mentre le competenze organizzative e gestionali sono affidate alle determinazioni regionali.

È previsto il cosiddetto autofinanziamento regionale: le Regioni fanno fronte agli eventuali squilibri economici con «risorse proprie», grazie al gettito locale derivante dai costi sostenuti dagli utenti per le prestazioni del servizio sanitario, e a una quota del Fondo sanitario nazionale stabilita dal Governo in sede di programmazione.

Le Regioni, inoltre, «fanno fronte con risorse proprie» non solo alle uscite provocate dall'erogazione di servizi assistenziali più elevati di quelli previsti dal piano sanitario, ma anche «agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere». A tal fine, sarebbero stati attivati dei controlli «anche attraverso osservatori di spesa o altri strumenti [...] appositamente individuati».

Esse possono ridurre i limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, aumentare la quota fissa sulle singole prescrizioni sanitarie, aumentare i contributi e i tributi regionali, nonché prevedere forme di partecipazione a carico dei cittadini alla spesa per alcune prestazioni.

Il maggior decentramento raggiunto, unitamente all'aziendalizzazione del sistema di gestione ed erogazione dei servizi, ha determinato una accentuata tendenza al contenimento della spesa, non consentendo una programmazione e organizzazione efficiente dei servizi sanitari. Il tutto a discapito dei bisogni di salute insiti nel territorio.

Con la l. 421/1992 il Parlamento ha delegato il Governo a provvedere alla «determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote capitarie di finanziamento, secondo misure tese al riequilibrio territoriale e strutturale, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano».

Come si vedrà, con l'introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni, e nonostante le successive modifiche, non si otterrà l'emergere dei principi di

universalità, globalità e uniformità cui la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale era ispirata.

Il d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, nell'originaria formulazione, stabiliva all'art. 1 che «i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al servizio sanitario nazionale».

Col d.lgs. 19 giugno 1999 n. 229 si è realizzato il passaggio della qualificazione dei livelli di assistenza da “uniformi” ad “essenziali”²⁹.

Non va sottaciuto che l'obiettivo della individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è stato disatteso per tutti gli anni '90³⁰. L'art. 6 della l. n. 405/2001 ha affidato il compito di fissare i LEA a un d.p.c.m. su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

²⁹ V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *Federalismi.it*, marzo 2018; E. PESARESI, *La “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni” e la materia “tutela della salute”: la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'area del decentramento istituzionale*, in *Giur. cost.*, 2/2006, 1733 ss.; C. DI COSTANZO, A. CERRUTI, *Allocazione delle risorse e tutela costituzionale del diritto alla salute. I sistemi in Europa e il caso italiano*, Bologna 2020, 35 ss.; R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Santarcangelo di Romagna 2012, 79 ss.

³⁰ Come rileva M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Riv. AIC*, 2/2017, www.rivistaaic.it, 3, il Piano Sanitario Nazionale del 1994-1996 e quello 1998-2000 indicavano solamente le prestazioni non erogabili a carico del SSN. Pertanto, i LEA erano ricavabili appena per differenza.

Il d.p.c.m. verrà emanato il 29 novembre 2001.

I livelli essenziali riceveranno apposito sostegno costituzionale in virtù dell'inserimento della lett. *m*) all'art. 117, secondo comma, avvenuto con la l. cost. n. 3/2001³¹.

L'interpretazione della disposizione, com'è noto, ha indotto la Corte costituzionale a chiarire il carattere "trasversale" della clausola. In altri termini, i livelli essenziali non sono una "materia" in senso proprio, ma indicano una competenza capace di incidere su differenti materie. Pertanto, l'utilizzo di tale clausola può alterare il riparto di competenze tracciato dall'art. 117 Cost.

Nello stesso anno, il Decreto ministeriale del 12 dicembre 2001, relativo al «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», è stato emanato per stabilire un insieme di indicatori che dessero un quadro sull'effettiva applicazione dei LEA. Tali parametri consentono di ottenere informazioni sintetiche sulla diffusione dei servizi, le risorse impiegate, i costi, i

³¹ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum di Quad. cost.*, 23 settembre 2013, 24 rilevano la bipartizione tra una ricostruzione "oggettiva" e una ricostruzione "soggettiva". Sotto il primo profilo, verrebbe accentuato il legame tra la determinazione dei livelli essenziali e il principio unitario di cui all'art. 5 Cost. Sotto il secondo profilo, invece, sarebbe possibile ritenere che la finalità principale dei livelli essenziali sia quella di dare concreta attuazione al principio di uguaglianza sostanziale, e che dunque il legame sia soprattutto con l'art. 3 Cost. Sul tema anche L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *Gruppo di Pisa*, 3 settembre 2012, www.gruppodipisa.it; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Federalismi.it, Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017, www.federalismi.it; I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in questa *Rivista*, 1/2021, 40-76.

risultati ottenuti, con ciò cogliendo le eventuali disomogeneità presenti nella domanda e nell'offerta dei servizi.

Le Regioni sono incentivate all'eliminazione delle inefficienze grazie a un incentivo economico, ovvero a una quota premiale che può ottenersi solo con l'adempimento dei LEA³².

La cornice costituzionale sulla sanità derivante dalla riforma del 2001, è stato rilevato, sembra avere la propria *ratio* ispiratrice nel «garantire la creazione di sistemi sanitari regionali flessibili, quanto alle modalità organizzative, e rigidi in ordine al contenuto delle prestazioni che – è bene ricordarlo – sono necessariamente esigibili da parte della cittadinanza, in applicazione del principio di uguaglianza»³³. In altri termini, l'obiettivo è quello di garantire uniformemente a livello nazionale il livello di prestazioni concernenti la tutela della salute, pur incrementando le competenze regionali sotto il profilo organizzativo. Trattasi di una manifestazione del principio di eguaglianza, ovvero del compito dello Stato di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pari godimento dei diritti, che deve essere assicurato a prescindere dal luogo di residenza. Certamente entra in gioco il principio di eguaglianza sostanziale, perché deve tenersi in considerazione la differente condizione di partenza dei diversi territori.

La l. n. 266/2005, ovvero la legge finanziaria del 2006, ha previsto l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS). Tale articolazione verifica che, nell'erogazione dei servizi sanitari, vengano rispettati sia i criteri di

³² Sul punto, G. VICARELLI, *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in *Politiche sociali*, 3/2017, 517-522.

³³ M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza*, cit., 4. L'Autrice specifica che «il concetto di “essenzialità” alluderebbe più al “livello di prestazioni” che al contenuto del diritto, pertanto sarebbe un concetto relativo, la cui determinazione è rimessa a valutazioni essenzialmente tecniche».

appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, coerentemente con i Livelli Essenziali di Assistenza, sia i criteri di efficienza nell'utilizzo di fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati. Il monitoraggio avviene tramite la misurazione quantitativa dell'assistenza sanitaria fornita dagli erogatori e la stima della loro qualità, dell'appropriatezza e del costo. L'attività di monitoraggio dei LEA è essenziale nella garanzia dell'uniforme erogazione dell'assistenza sanitaria sul territorio. Tuttavia, si punta ad ampliare l'attività di tale apparato rispetto alla mera verifica dell'entità delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini, in nome di una valutazione che riguardi l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, le verifiche sulla qualità dell'assistenza, l'appropriatezza e accessibilità dei cittadini ai servizi. All'interno della linea d'attività rientra la definizione di un modello di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali³⁴.

La «determinazione degli standard strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto»³⁵, spettante allo Stato ai sensi dell'art.117, secondo comma, lett. *m*), ovviamente non preclude alle Regioni e agli enti locali di garantire «livelli ulteriori di tutela»³⁶.

³⁴ Si confronti il documento “Sistema di valutazione dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale” disponibile su salute.gov.it, 564.

³⁵ C. BUZZACCHI, *Il ruolo del servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Le Regioni*, 4/2020, 850 ss., la quale richiama le sentenze della Corte costituzionale nn. 121/2014, 322/2009, 168 e 50/2008, e 387/2007.

³⁶ Cfr. le sentenze della Corte costituzionale nn. 248/2006, 322 e 200/2009, 207 e 10/2010, e 297/2012. Per un commento a quest'ultima sentenza, A. VENTURI, G. CORVETTA, *Regioni e servizi sociali: la Consulta legittima i “modelli regionali” fondati sulla partecipazione degli utenti (ma non solo) al costo delle prestazioni*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, www.forumcostituzionale.it.

Lo Stato, tramite la propria competenza, deve assicurare che gli utenti residenti in alcune parti del territorio nazionale non si ritrovino innanzi a un livello di prestazioni «inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato».

Va rilevato, tuttavia, che la previsione sui LEA non ha concretamente apportato un miglioramento circa i divari territoriali sotto il profilo sanitario³⁷.

I LEA del 2001 furono oggetto di una radicale revisione tra il 2006 e il 2008 che, tuttavia, non ha ottenuto la registrazione da parte della Corte dei conti, a causa della mancanza di una sufficiente copertura finanziaria. Un nuovo tentativo di aggiornamento è stato intrapreso, anche stavolta invano, tra il 2012 ed il 2013.

³⁷ Con riferimento ai dati sulle migrazioni sanitarie, G. FATTORE, *La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante*, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Bocconi, Milano, ha dimostrato come le Regioni aventi una forte capacità di attrazione dal 1997 al 2011 hanno incrementato il saldo netto di pazienti, mentre quelle con scarsa capacità di attrazione hanno subito un ulteriore arresto. La Regione Lombardia, ma soprattutto Piemonte, Veneto, Toscana ed Emilia-Romagna hanno mostrato un trend positivo. Invece, Puglia, Campania, Calabria e Sardegna sono le Regioni che registrano un maggior tasso di fuga. Ancora, nel 2015, il Programma nazionale esiti dava atto che circa mezzo milione di pazienti veniva ricoverato in una Regione diversa da quella di residenza. Più nello specifico, per ogni paziente residente al Centro-Nord ricoverato in un ospedale del Mezzogiorno, sei delle Regioni meridionali vanno a farsi curare in ospedali del Centro-Nord. Anche il Rapporto del Censis sulla situazione sociale del paese del 2014 (Censis - Unipol, Rapporto 2014 “*Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali*”) segnala un quadro disomogeneo. Su questi aspetti, M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza*, cit., 6; G. FATTORE, G. PETRARCA, A. TORBICA, *Traveling for care: Inter-regional mobility for aortic valve substitution in Italy*, in *Health Policy*, 2014; F. TOOTH, *La Sanità dei sistemi regionali: il gap tra nord e sud*, in *Italianieuropei*, 1/2016.

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 65/2016, ha sottolineato «l'utilità della determinazione, da parte dello Stato, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost., dei livelli essenziali delle prestazioni per i servizi concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale [...] Un tale intervento [...] offrirebbe, infatti, alle Regioni un significativo criterio di orientamento nell'individuazione degli obiettivi e degli ambiti di riduzione delle risorse impiegate, segnando il limite al di sotto del quale la spesa – sempreché resa efficiente – non sarebbe ulteriormente comprimibile» (Cons. dir., 5.3.1).

I LEA sono stati aggiornati solo col d.p.c.m. del 12 gennaio 2017³⁸.

La funzione sanitaria è, pertanto, distribuita su due livelli di governo: quello statale definisce i livelli essenziali di assistenza e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; il livello regionale ha il ruolo di organizzare sul territorio il rispettivo servizio, garantendo l'erogazione delle prestazioni nel rispetto di standard costituzionalmente conformi. Il modello così delineato necessita della leale collaborazione per giungere a una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente.

³⁸ Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (art. 1, co. 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha stanziato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA. Il DPCM prevede tre livelli. Il livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita. Il livello della "Assistenza distrettuale" ricomprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio. Il terzo livello è, invece, rivolto alla "Assistenza ospedaliera".

In definitiva, com'è stato ben osservato, occorre adottare una visione teleologica e sinergica della dialettica finanziaria tra Stato e Regioni per l'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.³⁹.

In base a questo ragionamento, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 62/2020 ha chiarito che la spesa sanitaria rientra tra le spese costituzionalmente necessarie, sostanziandosi in «un *prius* rispetto alla decisione politica, determinando la riduzione della discrezionalità del legislatore, il quale nel processo di allocazione delle risorse è assoggettato al criterio della priorità della spesa pubblica costituzionalmente necessaria»⁴⁰.

La garanzia del diritto sociale alla salute estrinsecantesi nei LEA non è condizionata dal vincolo di bilancio, sussistendo un criterio di priorità della spesa pubblica costituzionalmente necessaria⁴¹.

3. Le criticità emergenti nel sistema sanitario anteriormente alla pandemia da Sars-Cov-2

Seppur sotto la vigenza del nuovo Titolo V della Costituzione si potesse immaginare un percorso di differenziazione nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari regionali, i risultati sono apparsi piuttosto deludenti, fatta eccezione per il modello lombardo, definito a ragione un «esempio di effettiva

³⁹ F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*, in *Forum di Quad. cost.*, 4/2020, 113.

⁴⁰ F. SUCAMELI, *La tutela multilivello del diritto alla salute: guida alla lettura di Corte cost. Sent. n. 62/2020*, in *DirittoeConti*, 17 aprile 2020, 1.

⁴¹ Sent. Corte cost. nn. 6/2019 e 266/2013.

differenziazione»⁴², in cui, a partire dal '97, si è tentato di emulare il modello britannico con un deciso impulso alla crescita delle strutture private, in nome del principio di sussidiarietà orizzontale⁴³.

Anche il profilo dell'efficienza del sistema ha mostrato non poche carenze, chiaramente ravvisabili già prima dello scoppiare della pandemia da Sars-Cov-2.

Come già accennato, tra i paesi OCSE, l'Italia è tra i fanalini di coda per spesa sanitaria *pro capite* e questo ha avuto conseguenze negative per la tutela della salute.

Si è passati da una fase espansiva della sanità pubblica, anche con eccessi che nel corso degli anni sono stati ridimensionati, a una fase di riduzione eccessiva⁴⁴.

⁴² L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, cit., 32, i quali evidenziano che gli altri sistemi sono, invece, riconducibili a mere «varianti rispetto allo schema tracciato a livello nazionale (sia pure con la presenza di modelli certamente innovativi, come ad esempio accade per l'Emilia Romagna)». Per un inquadramento generale sulla tematica A. POGGI, *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, Relazione al Convegno *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Università degli studi di Genova, 20-21 febbraio 2004 in R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema. I servizi sanitari regionali a due anni dalla revisione costituzionale*, Milano 2005, 599 ss.

⁴³ Il riferimento è alla legge regionale n. 31 del 1997, recante «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali», poi abrogata dalla legge regionale n. 33 del 2009, su cui M.E. SARTOR, *Niente è in grado di sostituire la sanità pubblica, nemmeno in Lombardia*, su *serenoregis.org*, 6 marzo 2020.

⁴⁴ Per una panoramica sulle misure intraprese per contenere la spesa sanitaria tra gli anni '80 e '90, A. BONAFEDE, C. PICOZZA, *Se la sanità diventa un luna park*, in *La Repubblica*, 7 novembre 1994.

Un report elaborato dall'Osservatorio sui conti pubblici italiani⁴⁵, in relazione al totale della spesa sanitaria pubblica, ha registrato una crescita pari al 22% dal 2000 al 2018 al netto dell'inflazione. Conseguentemente, l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil è aumentata di un punto, dal 5,5% del 2000 al 6,5% del 2018. Lo studio rileva, tuttavia, che l'incremento della spesa è avvenuto prevalentemente tra il 2000 e gli anni della crisi finanziaria. A partire da questo momento, i governi hanno elaborato piani di rientro finanziari, introdotto i costi standard, puntato all'eliminazione di sprechi in alcune regioni, e bloccato il *turnover*⁴⁶.

Il tentativo di giungere a un contemperamento tra risorse economiche e diritto alla salute non ha prodotto i risultati sperati in termini di efficienza, a causa di una sperequazione afferente all'erogazione dei servizi a livello territoriale. Il finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale ha registrato un incremento dal 2015 al 2019 del 1,1% medio annuo in termini nominali, salendo nel 2020 fino al 7,3% del PIL, in ragione degli interventi seguiti all'emergenza sanitaria. Se, tuttavia, si considerano le previsioni tendenziali di spesa sanitaria della NADEF, nel 2024 l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria sarebbe pari al 6,3%, inferiore a quella del 2019 (6,4%). Non siamo, pertanto, di fronte a un rafforzamento strutturale del SSN, quanto a una conferma delle precedenti scelte che pongono l'Italia tra i paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione⁴⁷.

⁴⁵ L. GEROTTO, *L'evoluzione della spesa sanitaria*, 14 marzo 2020, in *osservatoriocpi.unicatt.it*.

⁴⁶ Sui costi standard A. POGGI, *Costi standard e livelli essenziali delle prestazioni. Commento agli articoli 2, 7, 8, 9, 10 e 20*, in F. PIZZETTI, V. NICOTRA, S. SCOZZESE, *Il federalismo fiscale*, Roma 2009, 109 ss.

⁴⁷ Esemplificativamente, può farsi riferimento ai tagli sulla spesa farmaceutica. Si è provveduto alla revisione del prontuario dei farmaci prescrivibili a carico del SSN, i c.d.

Tra i molteplici effetti della contrazione delle risorse, può certamente annoverarsi la diminuzione, negli ultimi dieci anni, del numero degli ospedali⁴⁸.

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 ha disposto che le regioni dovessero adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, a un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza postacuzie.

Il rapporto Annuario Statistico del servizio Sanitario nazionale, pubblicato a settembre 2019 e contenente i dati riferiti al 2017, indica che l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.000 istituti di cura, rispetto ai 1.197 del 2007.

Molte comunità hanno perso il loro piccolo ospedale senza che si sia verificato un incremento o un potenziamento dell'assistenza territoriale sotto altri fronti. A fronte di una popolazione che invecchia soffrendo in misura considerevole di malattie croniche, si verifica una diminuzione dei posti letto,

farmaci di classe A, rispetto ai farmaci in classe C a totale carico del cittadino. Le Note AIFA rappresentano lo strumento regolatorio volto a garantire un uso appropriato dei medicinali. Con il lavoro di aggiornamento alcuni testi delle Note AIFA sono stati sostituiti con moduli strutturati chiamati Piani terapeutici template AIFA per l'erogazione di determinati farmaci. Il comune denominatore dei tagli effettuati sulla spesa per la farmaceutica è l'appropriatezza prescrittiva. Da qualche anno, inoltre, si favorisce l'uso di farmaci equivalenti aventi lo stesso principio attivo, la stessa efficacia terapeutica ma un minor costo rispetto ai farmaci di riferimento. Nell'ultimo monitoraggio dell'AIFA relativo ai primi dati provvisori del 2020 la spesa farmaceutica convenzionata netta a carico del SSN nel 2020 si è attestata a 7.615 mln di euro, evidenziando una considerevole diminuzione rispetto a quello dell'anno precedente (-154,1 milioni di euro).

⁴⁸ Pagella politica per AGI, *La riduzione di ospedali e posti letto negli ultimi 10 anni su agi.it*.

senza un potenziamento dell'assistenza domiciliare⁴⁹. La chiusura dei piccoli ospedali crea nella popolazione una sensazione di precarietà e insicurezza, un intasamento del pronto soccorso, costi elevati per lo spostamento dei cittadini verso strutture spesso lontane dal proprio domicilio anche solo per la consegna di farmaci ad altissimo costo, distribuiti in certi casi solamente dalle farmacie ospedaliere⁵⁰.

Oltre alla carenza di strutture ospedaliere, molteplici nodi problematici riguardavano, e riguardano tuttora, l'assistenza territoriale. Essa comprende le attività e prestazioni di educazione sanitaria, la medicina preventiva, la diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. L'insieme di questa importante e articolata offerta sanitaria si svolge all'esterno degli ospedali. Essa funge da alternativa alla ospedalizzazione ma anche da strumento che garantisce la continuità assistenziale per i pazienti dimessi dagli ospedali, o con malattie croniche⁵¹. I modelli organizzativi della medicina del territorio non sempre si sono rivelati all'altezza del loro fondamentale compito, consistente nell'assicurare alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza su tutto il territorio nazionale.

Al riguardo, molteplici interventi normativi si sono susseguiti per modificare l'impostazione dell'assistenza territoriale.

⁴⁹ Decreto 2 aprile 2015, n. 70 (*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*). I posti letto ospedalieri previsti, ovvero 3,7 ogni mille abitanti di cui 0,7 per la lungodegenza post-acuzie e la riabilitazione, sono posti letto massimi. Il numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80, che è stato ridotto a 0,65 a decorrere dall'anno 2016.

⁵⁰ C.M. MAFFEI, *La "rivincita" dei piccoli ospedali nel riordino post-Covid*, su quotidiano-sanita.it.

⁵¹ G. DAMIANI, *L'assistenza territoriale. Rapporto Osservasalute 2003*, disponibile su osservatoriosullasalute.it.

Si pensi alla legge finanziaria 2007 (Legge n. 296 del 2006, art. 1, co. 806, lett. a) che ha indirizzato specifiche risorse, pari a 10 milioni di euro, per la sperimentazione del modello assistenziale incentrato sulle c.d. case della salute⁵².

La Casa della salute, come definita dal Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007, è una «struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie». Come precisato nell'allegato A, all'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale. Sono parte integrante della Casa della salute gli ambulatori della Specialistica ambulatoriale. La normativa prevede la predisposizione di appositi protocolli che disciplinino i rapporti tra gli specialisti ambulatoriali, i MMG e gli altri professionisti sanitari in modo che sia possibile soddisfare richieste urgenti di consulenze e di refertazioni nell'arco della stessa giornata. Nella Casa della salute occorre la presenza di personale appartenente alle professioni sanitarie, specializzato nella riabilitazione e nella prevenzione. Inoltre, deve essere attivato l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per le piccole urgenze che non richiedono l'accesso al Pronto Soccorso Ospedaliero. Per una reale integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da patologie croniche, la normativa prevede l'organizzazione e la gestione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Nella Casa della salute deve, infine, essere attivata la telemedicina e la possibilità di offrire il teleconsulto a distanza, mediante una piattaforma tecnologica che consenta

⁵² G. GENTILI, *La Casa della Salute tra distretto, cronicità e assistenza primaria*, in *Sanità24*, 25 gennaio 2018.

il collegamento in tempo reale con l'ospedale/i di riferimento per la diagnostica di secondo livello.

Come emerge da una relazione del marzo 2021⁵³ oggi è presente sul territorio un numero ancora esiguo di Case della Salute e vengono avanzate alcune perplessità dai medici di medicina generale, i quali segnalano che potrebbe perdersi il rapporto fiduciario con il paziente⁵⁴.

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, dopo aver disposto la riduzione del numero dei posti letto ospedalieri, sottolineava l'esigenza di procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale. Ciò nella consapevolezza che la riorganizzazione della rete ospedaliera sarebbe stata insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un

⁵³ Camera dei deputati - XVIII Legislatura. *Documentazione e ricerche, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale* n. 144.

⁵⁴ È sorto un contenzioso a seguito della determinazione n. 384 del 20 marzo 2015, con cui l'ASL Roma C ha disposto l'attivazione di ambulatori infermieristici sul modello *See and Treat*, che si inquadrava nell'ambito del Piano strategico aziendale 2014 - 2016. Esso, nell'istituzione della c.d. Casa della salute, ha ritenuto opportuno attivare una rete di Ambulatori Infermieristici. La determina si proponeva di far convergere presso tali Ambulatori le urgenze minori, i c.d. codici bianchi, allo scopo di deflazionare le presenze nei Pronto Soccorso dei cittadini, di diminuire i tempi di attesa, e di fornire ai cittadini affetti da patologie minori quelle cure di cui necessitano nell'immediato, onde impedire pratiche di automedicazione e di autocura non sempre funzionali alla soluzione del problema del paziente. Essa è stata impugnata dall'Ordine dei Medici, i quali paventarono l'ipotesi della responsabilità per falso ideologico del medico che controlla l'operato dell'infermiere *ex post*. Il Tar Lazio, Sez. III-*quater*, con la sentenza 19 ottobre 2016, n. 10411 ha ritenuto infondata la doglianza sul presupposto che il medico è sempre in contatto in via telematica col servizio S&T, supervisionando in maniera diretta, costante e contestuale l'intervento infermieristico.

trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali.

Esso individuava nei c.d. ospedali di comunità delle strutture intermedie «di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera»⁵⁵.

L'ospedale di comunità è una struttura con un numero limitato di posti letto, gestita da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN. Si tratta di strutture cui si rivolgono pazienti che necessitano: o di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio in mancanza di un domicilio idoneo; o di sorveglianza infermieristica continuativa.

La previsione normativa degli ospedali di comunità è per molto tempo rimasta priva di attuazione.

Solo recentemente, e precisamente il 20 gennaio 2020, è stata sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni sull'Ospedale di Comunità che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità pubblici o privati⁵⁶.

⁵⁵ Un antecedente può essere individuato nell'esperienza di Copparo degli anni '90, riguardante sei comuni e circa 40.000 abitanti. Era stato utilizzato l'Ospedale locale (destinato a chiusura) come luogo di gestione moderna e finanziariamente "sostenibile" delle risorse professionali, tecnologiche, logistiche, evitando l'eccesso di centralizzazione in "grandi" Ospedali, favorendo una più precisa attività "domiciliare". Su questo tema, D. PELLIZZOLA, D. FABBRI, *Il progetto di Medicina di Comunità a Copparo*, in *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 22/2000, 43-50; F.M. AVATO, *Covid-19: una nuova antropozoonosi endemica? Interrogativi e risposte (alcune) per il prossimo scenario di sanità pubblica*, in *Riv. it. med. leg.*, 2/2020, 642.

⁵⁶ Col comunicato stampa di giovedì 20 febbraio 2020 sul sito *regioni.it*, il Presidente della Conferenza delle Regioni ha definito l'Intesa «una conquista sociale molto attesa che caratterizzerà in meglio il nostro servizio sanitario».

Si tratta di modelli in qualche modo assimilabili a quanto già previsto dal decreto Balduzzi del 2012 (decreto-legge del 13 settembre 2012 n. 158, convertito con legge 8 novembre 2012 n. 189), in tema di aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

L'art. 1 del decreto Balduzzi dispone che le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri.

Le aggregazioni funzionali territoriali all'uopo previste condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

Accanto a esse sono state previste forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali. Tale condivisione di obiettivi e percorsi avviene tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. In particolare, le Regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

L'intento era quello di rafforzare in maniera diffusa l'assistenza territoriale nell'arco delle 24 ore, alleggerendo in tal modo la pressione sulle aziende ospedaliere.

Tale modello è stato promosso dal Patto per la salute 2014-2016, che, all'art. 5, dedicato all'assistenza territoriale, ha impegnato le Regioni a

promuovere, nell'ambito della propria autonomia decisionale e organizzativa, le UCCP e le AFT quali forme organizzative della medicina convenzionata⁵⁷.

Il modello così elaborato appare foriero di molteplici nodi problematici.

Innanzitutto, esso necessita di risorse umane per funzionare⁵⁸. Secondo i dati della SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati), il territorio ha disperato bisogno di medici⁵⁹. Almeno 1,5 milioni di italiani sono senza un medico di famiglia di riferimento, dati in difetto, riferendosi solamente a otto regioni⁶⁰.

Solo di recente, per la Facoltà di Medicina c'è stato un aumento delle borse di specializzazione, ma quelle riservate alla Medicina generale, rispetto alle specializzazioni ospedaliere, si presentano in misura nettamente inferiore⁶¹. A complicare la situazione, la previsione di oltre 35 mila pensionamenti entro il 2027⁶².

Si riscontrano difficoltà nell'assicurare, quanto più possibile, la "prossimità" degli studi di Medicina Generale alla popolazione residente, garantendo

⁵⁷ Camera dei deputati - XVIII Legislatura, *Documentazione e ricerche, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale* n. 144 cit.

⁵⁸ G. VICARELLI, *La valorizzazione delle risorse umane nel Sistema sanitario nazionale: un principio disatteso*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 3/2020, 75-96.

⁵⁹ E. SPINA, *Il Servizio Sanitario Nazionale e i suoi medici*, in *Politiche Sociali*, 1/2021, 171-176.

⁶⁰ M. BARTOLONI - B. GOBBI, *Medici di base, allarme carenza: 1,5 milioni di italiani sono senza*, in *IlSole24ore*, 8 settembre 2021.

⁶¹ *Aumentano le borse di specializzazione in medicina: sono 17.400 quelle finanziate*, in *salute.gov.it*.

⁶² M. BARTOLONI, B. GOBBI, *Medici di base, allarme carenza: 1,5 milioni di italiani sono senza*, cit.

allo stesso tempo la massima potenzialità di aggregazione dei MMG per lo svolgimento delle nuove funzioni aggregate che dovranno essere garantite dalle AFT. Queste ultime dovranno avere una sede unica di riferimento per lo svolgimento delle funzioni aggregate, auspicabilmente inserita in appositi locali del Distretto sanitario (PTA/Poliambulatorio).

Le evidenti criticità riscontrate ledono il diritto costituzionale di universalità ed equità di accesso al SSN, ovvero i principi ispiratori della legge n. 833 del 1978 sulla globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini.

Le difficoltà non si arrestano nemmeno nell'ambito della "Continuità Assistenziale", in considerazione del fatto che la l. n. 189/2012 assegnava all'assistenza territoriale il ruolo di garantire una copertura estesa all'intero arco della giornata e, dunque, anche notturna⁶³.

La legge disponeva che gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) di settore provvedessero, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della norma, a dare attuazione a quanto stabilito⁶⁴.

⁶³ Il Ministero della salute ha avviato un approfondimento sulla tematica della continuità assistenziale nelle ore notturne e nei fine settimana. A seguito di tale approfondimento e tenuto conto della necessità di garantire nelle aree particolarmente critiche il servizio di continuità assistenziale in tutte le fasce orarie, con nota 30 maggio 2016, ha chiesto di integrare il documento integrativo dell'Atto di indirizzo, proponendo esplicitamente: «di chiarire che la continuità assistenziale è assicurata anche nelle ore notturne tra le ore 24 e le ore 8 – secondo gli indirizzi della programmazione regionale – nelle zone caratterizzate da particolari condizioni oro geografiche e di viabilità o da una particolare densità abitativa, nelle zone deprivate e nei piccoli comuni sprovvisti di presidio ospedaliero, avendo particolare riguardo all'assistenza soprattutto degli anziani e dei pazienti in età pediatrica».

⁶⁴ Il primo atto di indirizzo per l'avvio della contrattazione è stato deliberato dal Comitato di Settore per il comparto Regioni Sanità in data 12 febbraio 2014, tenuto conto anche

Tuttavia, la realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale ha incontrato una certa resistenza da parte dei professionisti, a causa delle incertezze sugli aspetti retributivi e contributivi, oltre che sul carico di lavoro, data la carenza di medici convenzionati⁶⁵.

del D.P.R. 4 settembre 2013 n. 122, che aveva nel frattempo consentito la possibilità, per la sola parte normativa e senza possibilità di recupero per la parte economica, di dar luogo alle procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013-2014. Le trattative avviate hanno incontrato la forte opposizione delle Organizzazioni sindacali, sfociata nello sciopero nazionale del 16 dicembre 2015. Esse sono proseguite solo per il settore della specialistica ambulatoriale consentendo la sottoscrizione dell'ACN del 17 dicembre 2015. Nel tentativo di riprendere il dialogo con la controparte, il Comitato di Settore, in data 8 aprile 2015, ha deliberato un nuovo atto di indirizzo che, osservato dal Ministero dell'Economia (nota prot. n. 12332 del 15 giugno 2015), non ha ricevuto la ratifica necessaria a validarlo. In ossequio al Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR 2/4 del 10 luglio 2014), e allo scopo di dare impulso definitivo alla trattativa anche per i settori della medicina generale e della pediatria di libera scelta, in data 13 aprile 2016 il Comitato di settore ha approvato un documento integrativo all'atto di indirizzo del 2014 sottoposto al Governo per la ratifica di legge. L'Atto, formalmente ratificato, è stato trasmesso alla SISAC che ha avviato tempestivamente le procedure riaprendo le trattative. Esemplificando, il Documento programmatico su AFT/UCCP prodotto dall'Assessorato regionale della salute della Regione Sicilia e dall'Asp di Palermo di dicembre 2014 è stato finalizzato ad attivare il dibattito interno alle aziende sanitarie e a predisporre i potenziali scenari organizzativi dei Distretti, e in particolare dei PTA - Presidi Territoriali di Assistenza, che dovranno "accogliere" le AFT e le UCCP e metterle in grado di funzionare.

⁶⁵ Senato della Repubblica - Audizione Commissione Igiene e Sanità, 21 luglio 2016. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Riv. AIC*, 2/2019, www.rivistaaic.it, 11 hanno rilevato che la Corte costituzionale, con la sentenza n. 186/2016,

Tra le tante criticità riscontrate all'inizio dell'epidemia da Covid-19, è, poi, da annoverare la mancanza di aggiornamento del piano pandemico italiano che, fermo all'anno 2006, era privo di quelle indicazioni utili e necessarie ad affrontare una epidemia sconosciuta⁶⁶. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, sin dai primi anni duemila, raccomandava a tutti i Paesi di approntare piani pandemici e di aggiornarli costantemente, seguendo linee guida concordate⁶⁷.

Compito del Piano pandemico è quello di indicare le strategie sanitarie da intraprendere per contenere e interrompere la circolazione delle infezioni. Esso prevede le misure tramite cui curare chi si ammala pur mantenendo la funzionalità e l'efficienza dei servizi sanitari per le altre patologie, in modo che venga garantita la prosecuzione della vita sociale dei consociati.

ha evidenziato la stretta integrazione tra legislazione statale e contrattazione collettiva in materia di personale convenzionato del SSN e che essa limita fortemente i margini della legislazione regionale in forza di due titoli di competenza statale: la tutela della salute e l'ordinamento civile, del quale ultimo la «contrattazione collettiva nazionale in materia di personale sanitario a rapporto convenzionale [...] è certamente parte».

⁶⁶ ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA (AIE), *A cosa serve un piano pandemico?*, 15 gennaio 2021, su *ScienzaInrete.it*, spiega che «un piano è una sorta di partitura d'orchestra in cui, in caso di pandemia o emergenze simili, ognuno riesce a leggere il proprio ruolo, in un'azione sinergica e mirata con l'obiettivo di ridurre e interrompere la trasmissione delle infezioni, curare i malati, evitare i decessi, e soprattutto mantenere la continuità della vita della società in cui viviamo».

⁶⁷ Nel 1999 era stato pubblicato dall'OMS per la prima volta, e poi aggiornato e rivisto nel 2005, il *Piano contro l'influenza pandemica. Il ruolo dell'Oms e le linee guida per la pianificazione nazionale e regionale, uno strumento per aiutare gli Stati membri e i responsabili della sanità pubblica e delle emergenze a rispondere a un'influenza pandemica* (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5).

L'urgenza di dotare i paesi di piani pandemici è emersa in modo particolare alla fine del 2003, a causa di focolai di influenza aviaria da virus A/H5N1, divenuti endemici nei volatili⁶⁸.

L'Italia ha accolto l'invito dell'OMS, con la stesura del Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale del 2006⁶⁹.

In coerenza con i Principi del Piano, il Ministero della salute si è fatto carico di individuare e concordare: con le Regioni le attività sanitarie sia di tipo preventivo che assistenziale da garantire su tutto il territorio nazionale; con i Dicasteri coinvolti le attività extrasanitarie e di supporto, finalizzate sia a proteggere la collettività che a mitigare l'impatto sull'economia nazionale e sul funzionamento sociale, comunque necessarie per preparazione e per la risposta a una pandemia, nonché gli aspetti etici e legali a supporto delle attività concordate; con il Ministero degli Affari Esteri e con gli Organismi Internazionali preposti gli aspetti di cooperazione internazionale e assistenza umanitaria⁷⁰.

Il citato Piano ha aggiornato e sostituito il precedente Piano Italiano Multifase per una Pandemia Influenzale, pubblicato nel 2002, prevedendo che le linee guida nazionali per la conduzione delle ulteriori azioni previste sarebbero state emanate, a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), come allegati tecnici al Piano e periodicamente aggiornate e integrate.

⁶⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Influenza aviaria: valutazione del rischio di pandemia* (tr. it), Monza 2006. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito del Ministero della Salute, nella categoria "Malattie infettive", "Influenza aviaria", nonché sul sito della Commissione Europea, nella categoria "Food Safety", "Animals", "Animal diseases", "Diseases and control measures", "Avian influenza".

⁶⁹ Il Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale è disponibile sul sito salute.gov.it.

⁷⁰ Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale, 6.

Tuttavia, l'aggiornamento non è avvenuto⁷¹ e tale carenza ha determinato gravissime conseguenze, anche in ragione del contesto globale in cui siamo immersi, ove numerosi sono ormai i fattori di mobilità e di interconnessione⁷².

Infine, un'ulteriore criticità riguarda il fascicolo sanitario elettronico.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare storicamente il proprio quadro clinico, condividendolo con i professionisti sanitari a cui si rivolge in modo che il servizio risulti più efficace ed efficiente⁷³.

La tracciabilità della storia clinica del cittadino è assicurata grazie al Fascicolo Sanitario Elettronico in qualunque momento e in qualunque luogo egli si trovi, in totale sicurezza, cosicché il medico che prenderà in cura il

⁷¹ È stata aperta un'inchiesta della procura di Bergamo su come fu gestita la pandemia legata al Covid-19 in mancanza di un piano pandemico aggiornato. Sul punto, P. BERIZZI, *L'indagine per epidemia colposa: piano pandemico e sanità lombarda, avanza l'inchiesta di Bergamo*, 15 aprile 2021, su *laRepubblica.it*; M. PANETTO, *Cos'è e a cosa serve un piano pandemico*, 26 gennaio 2021, su *Ilbolive.unipd.it*.

⁷² Esemplificando, l'influenza nota come "spagnola", diffusasi tra il 1918 e il 1920, contrariamente a quanto potrebbe desumersi dalla denominazione, sembrerebbe essersi diffusa inizialmente negli Stati Uniti d'America, e precisamente nei campi affollatissimi in cui venivano addestrati i militari destinati a combattere il primo conflitto mondiale. Probabilmente, la guerra rappresentava, a quel tempo, il maggior fattore di mobilità e di contatto. Su questo tema, J. BARRY, *The Great Influenza. The Story of the Deadliest Pandemic in History*, Londra 2020; F. TONELLO, *Come nacque l'influenza "Spagnola"*, 23 marzo 2020, in *Ilbolive.unipd.it*.

⁷³ <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it/FSE-per-medici>, ove viene spiegato come il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) abbiano un ruolo fondamentale per l'attivazione e il popolamento del FSE. Spetta al MMG il compito di spiegare al paziente cos'è il FSE.

paziente potrà accedere ai dati e ai documenti necessari per le finalità di cura, evitando che il paziente debba avere con sé tutta la documentazione in formato cartaceo. Il 31 marzo 2014 sono state pubblicate le linee guida per la presentazione dei piani di progetto regionali per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, dall'Agenzia per l'Italia Digitale e dal Ministero della Salute. Le informazioni presenti nel Fascicolo del cittadino vengono, infatti, gestite dalle singole regioni. L'Agenzia per l'Italia digitale e il Ministero della Salute, in accordo con le regioni, hanno definito una serie di indicatori che permettono di verificare l'andamento e lo stato di attuazione e di diffusione sul territorio nazionale del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)⁷⁴.

Nel 2019, la sua diffusione e implementazione non era uguale in tutte le Regioni⁷⁵.

4. *Divari territoriali e sanità*

Le criticità analizzate emergono in misura diversificata a seconda del contesto territoriale di riferimento.

⁷⁴ Si consulti il sito dell'Agenzia per l'Italia digitale.

⁷⁵ W. ARRIGHETTI, *Fascicolo Sanitario Elettronico, ecco tutti i problemi e come risolverli*, in www.agendadigitale.eu distingueva quattro diversi panorami per le Regioni italiane. Un gruppo di Regioni del Centro-Nord (Lombardia, Emilia-Romagna, Trentino, Valle D'Aosta) hanno gettato storicamente le basi per l'utilizzo del FSE. Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Piemonte, Puglia, Lazio, Liguria e Sardegna hanno ormai il Fascicolo e si stanno avvicinando a nuove soglie. Un terzo gruppo di Regioni, pur lavorando sul progetto, non lo hanno ancora realizzato (Campania, Umbria, Marche, Alto Adige che ultimamente ha fatto progressi significativi). Infine, un quarto gruppo di regioni non ha ancora un vero Fascicolo o non hanno quasi niente. Si tratta di Calabria, Basilicata, Molise, Abruzzo. La Campania e la Sicilia stanno raggiungendo buoni risultati.

Già le analisi effettuate fra il 2010 e il 2017, estranee all'entrata in vigore dei LEA, come stabiliti con d.p.c.m. 12 gennaio 2017, mostravano dati poco incoraggianti, sottolineando la differenza esistente fra Regioni a cui sono riconducibili più dell'85% degli adempimenti sulle prestazioni essenziali e Regioni al di sotto della soglia del 65%⁷⁶.

Il divario è fortemente segnalato dai flussi di mobilità sanitaria, ovvero dai trasferimenti di pazienti da Sud verso Nord, con conseguente trasferimento di risorse⁷⁷.

Il Rapporto del Censis sulla situazione sociale del paese del 2014 segnalava che l'83% degli abitanti nel Mezzogiorno riteneva il proprio servizio sanitario regionale "non adeguato". L'insoddisfazione registrata nelle Regioni settentrionali era decisamente inferiore, attestandosi tra il 30% e il 35%.

⁷⁶ MINISTERO DELLA SALUTE, DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, UFFICIO VI, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, 27 ss. su cui L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *Riv. AIC*, 3/2020, www.rivistaaic.it, 187. Per una ricerca sulle disuguaglianze in ambito sanitario aggiornata anteriore alla crisi del 2008, si vedano A. FIORITTI, M.A. NICOLI, C. PACI, L. ZANZANI (a cura di), *Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee, Dossier 11-2005 dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna*, Bologna 2005; E. GRANAGLIA, *Equità orizzontale in un contesto di federalismo sanitario: implicazioni dalla prospettiva della giustizia distributiva*, in *Politiche sanitarie*, 1/2008, 5-14.

⁷⁷ G. FATTORE, *La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante*, disponibile su salutebenedidifendere.it, 4, osserva come «nel 2011 la Regione Calabria ha trasferito alle altre Regioni circa 120 Euro pro capite per l'assistenza ospedaliera dei suoi pazienti, mentre la Lombardia, con un saldo positivo pro capite di 45 Euro per circa 9 milioni di pazienti, ha avuto finanziamenti aggiuntivi per circa 400 Milioni di Euro». Peraltro, i dati si riferiscono alla sola assistenza, rimanendo esclusi i trasferimenti per ricevere assistenza specialistica ambulatoriale, farmaci ad alto costo e altre prestazioni.

Le Note di sintesi del Rapporto SVIMEZ del 2019 sull'economia e la società del Mezzogiorno attestavano la sussistenza di un divario interno significativo in termini di spesa sanitaria pro capite: circa 1.600 euro nel Mezzogiorno e 2.000 euro nel Centro-Nord. Lo squilibrio tra necessità e risposte ricevute rende difficoltosa la situazione delle famiglie che hanno un componente con problemi di salute. L'analisi territoriale evidenzia che dove la richiesta è maggiore la risposta è minore: nel Mezzogiorno il 35,6% delle famiglie vorrebbe ricevere aiuto ma solo il 12,5% lo riceve. Sensibile il divario anche al Nord, mentre le famiglie del Centro sono quelle che trovano una risposta per lo più coerente con le loro richieste (a fronte di un 19,9% che vorrebbe ricevere aiuto, il 18,8% lo riceve).

Anche se molti sociologi ritengono che le disuguaglianze di salute siano in gran parte attribuibili a fattori esterni al sistema sanitario, essendo più che altro causate dalle condizioni socio-economiche degli individui⁷⁸, è innegabile che «la differenziazione nell'organizzazione della sanità che va realizzandosi tra le regioni italiane merita di essere tenuta sotto controllo, in quanto potrebbe essere foriera di forme di produzione e riproduzione delle

⁷⁸ G. VICARELLI, E. SPINA, *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?*, in *Politiche Sociali*, 1/2020, 77-102; F. VANNONI, *Disuguaglianze socio-economiche e condizioni di salute attraverso l'indagine multiscopo sulla salute*, in A. BRANDOLINI, C. SARACENO, A. SCHIZZEROTTO (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, disponibile on-line su fondazionegorrieri.it; M. LUCCHINI, S. SARTI, M. TOGNETTI BORDOGNA, *Welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, *ivi*; C. PERUCCI, *Prefazione*, in *Epidemiologia & Prevenzione*, 28, 3/2004, V-VII; G. COSTA, T. SPADEA, M. CARDANO, *Disuguaglianze di Salute in Italia*, *ivi*, 36-48; D. CARRICABURU, M. MÉNORET, *Sociologia della salute*, Bologna 2007; M. GEDDES DI FILICAIA, *Le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria*, in *A caro prezzo*, a cura dell'Osservatorio Italiano sulla salute globale, Pisa 2006, 22-35 ha evidenziato che, nel trapianto di rene, l'accesso è assai diversificato a seconda del livello di istruzione.

disuguaglianze di salute alternative ai tradizionali cleavage di stratificazione sociale»⁷⁹.

Un'indagine del 22 gennaio 2020 condotta da Deloitte⁸⁰ segnalava che più di un quarto della popolazione era stato costretto a rinunciare a cure mediche. Al Sud oltre uno su tre, ancora di più tra chi ha meno disponibilità economiche.

La mobilità sanitaria (soprattutto extra regione) riguarda una quota non trascurabile di famiglie (circa 1 su 3 nell'ultimo triennio), ed è particolarmente diffusa al Sud e per visite specialistiche.

Il sistema di salute pubblico evidenzia criticità molto elevate sui tempi di attesa, mentre si riconosce una performance sopra la media del servizio del 118 e dei medici di base. Le polizze salute sono note ma, soprattutto al Sud, poco sottoscritte.

⁷⁹ M. LUCCHINI, S. SARTI, M. TOGNETTI BORDOGNA, *Welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, cit., 4 evidenziano mediante due grafici che, utilizzando parametri diversi, si giunge a esiti differenti. Il primo grafico, raffigurante i tassi assoluti, rappresenta come «estratti casualmente due campioni di soggetti residenti i primi in Liguria e i secondi in Campania, quelli estratti in Liguria hanno in media chance maggiori di morire rispetto ai secondi. Ciò è dovuto semplicemente al fatto che la popolazione ligure è molto più anziana di quella campana. Invece, estratti casualmente due campioni di soggetti con la stessa età, residenti in Liguria e in Campania, considerando il tasso di mortalità standardizzato per età, troveremmo che i primi hanno in media minori chance di morire. Questo semplice dato ha implicazioni degne di nota sulla gestione della sanità regionale e sulle annesse analisi dei welfare regionali. Infatti, la domanda di salute a carico delle regioni è profondamente diversa».

⁸⁰ OUTLOOK SALUTE ITALIA 2021, *Il Sistema Sanitario Italiano tra pubblico e privato: sostenibilità e prospettive*, Roma, 22 gennaio 2020.

La *digital transformation* in ambito sanitario appare ancora ridotta: complessivamente è ritenuta sufficiente, ma l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico e della telemedicina è ancora molto ridotto.

5. La sanità e la richiesta di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia»

A fronte dei divari territoriali che accentuano le criticità nell'erogazione di prestazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale, sul finire della XVII legislatura, le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sono giunte alla definizione di tre distinti accordi “preliminari”, funzionali a ottenere le «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» previste dall'art. 116, terzo comma, Cost. anche nel settore della sanità⁸¹.

⁸¹ Sul tema, G. TESAURO, *Autonomia regionale differenziata, sistema sanitario nazionale e oltre*, in *Diritto Pubblico Europeo Rassegna online*, Numero speciale 2, 2019, 59-71; A. FOGLIA, *Diritto alla salute, sistema sanitario e regionalismo differenziato*, in *DeIustitia*, 23 dicembre 2020, 1-22; F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, 15/2019, www.federalismi.it, 1-22; L. BUSCEMA, *Emergenza sanitaria (inter)nazionale e regionalismo (differenziato): un ossimoro?*, in questa Rivista, 1/2020, 406-418; N. PIGNATELLI, *Brevi note sul regionalismo nell'emergenza sanitaria*, in *PA Persona e Amministrazione*, 99-106; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 1/2020, www.nomos-leattualitaneldiritto.it, 1-37; N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato, a margine del seminario di Astrid*, in *Astrid*, 1-7; FONDAZIONE TRASPARENZA, *Regionalismo differenziato: il caso della sanità*, Paper n. 3, 2019, 8 febbraio 2019; V. ANTONELLI, *Regionalismo sanitario. Verso una sanità a macchia di leopardo?*, su *Sanità24*, 13 febbraio

Il terzo allegato agli accordi preliminari, intitolato “Salute”, conteneva una richiesta di maggiore autonomia innanzitutto in materia di determinazione del numero di posti nei corsi di formazione per i Medici di Medicina Generale e nelle scuole di specializzazione, mediante appositi accordi con le Università presenti nel territorio regionale. La richiesta afferiva anche all’espletamento di più ampie funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, remunerazione e compartecipazione, nonché al sistema di *governance* delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale. Gli accordi introducevano, al contempo, una possibile interlocuzione con l’AIFA in tema di equivalenza terapeutica dei medicinali, ma anche una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi sotto il profilo legislativo, amministrativo e organizzativo.

Gli accordi preliminari prevedevano che le modalità per l’attribuzione delle risorse necessarie per l’esercizio delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia dovessero essere stabilite da un’apposita Commissione paritetica Stato-Regione, in termini: «a) di compartecipazione o riserva di aliquota al gettito di uno o più tributi erariali maturati nel territorio regionale, tali da consentire la gestione delle competenze trasferite o assegnate, in coerenza con quanto disposto dall’art. 119, quarto comma, della Costituzione; b) di spesa sostenuta dallo Stato nella Regione (quale criterio da

2019; N. DIRINDIN, *Proposte di autonomia differenziata e rischi per il Servizio Sanitario Nazionale*, in *Politiche Sociali*, 3/2019, 533-536; C. BUZZACCHI, *LEA, costi, fabbisogni e copertura finanziaria: le categorie di riferimento per la finanza regionale presente e in corso di differenziazione*, in questa *Rivista*, 3/2019, 2-22; A. POGGI, *Gli ambiti materiali e i modelli organizzativi della differenziazione regionale*, Relazione al Convegno «Regionalismo differenziato e specialità regionale: problemi e prospettive», IV Convegno annuale della rivista *Diritti regionali, Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, Torino, 21 giugno 2019 in C. BERTOLINO, A. MORELLI, G. SOBRINO (a cura di), *Regionalismo differenziato e specialità regionale: problemi e prospettive*, Torino 2020, 85-109.

superare in via definitiva), riferita alle funzioni trasferite o assegnate; c) di fabbisogni standard, che dovranno essere determinati entro un anno dall'approvazione dell'Intesa e che progressivamente, entro cinque anni, dovranno diventare, in un'ottica di superamento della spesa storica, il termine di riferimento, in relazione alla popolazione residente e al gettito dei tributi maturati nel territorio regionale in rapporto ai rispettivi valori nazionali, fatti salvi gli attuali livelli di erogazione dei servizi»⁸².

Il negoziato è ripartito, dopo la formazione del nuovo Governo, nell'estate 2018. Il programma del nuovo esecutivo indicava, infatti, quale questione prioritaria l'attribuzione di una maggiore autonomia ai sensi dell'art. 116, terzo comma. Parallelamente, si specificava che «il riconoscimento delle ulteriori competenze dovrà essere accompagnato dal trasferimento delle risorse necessarie per un autonomo esercizio delle stesse», che «alla maggiore autonomia dovrà infatti accompagnarsi una maggiore responsabilità sul territorio, in termini di equo soddisfacimento dei servizi a garanzia dei propri cittadini e in termini di efficienza ed efficacia dell'azione svolta», concludendosi con la previsione di applicare «regione per regione la logica della geometria variabile»⁸³.

Da qui, il problema afferente alle modalità di finanziamento delle forme differenziate di autonomia, sull'ovvia considerazione che nuove competenze determinano la necessità di individuare adeguate risorse.

Senonché, com'è stato ben osservato, «un sistema nazionale di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità

⁸² Art. 4 dell'Accordo preliminare in merito all'Intesa prevista dall'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, tra il Governo della Repubblica Italiana e la Regione Lombardia.

⁸³ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., 6.

generale (progressiva, cioè equa) ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le diseguaglianze territoriali e le conseguenti disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle»⁸⁴.

Le bozze di intesa⁸⁵, rese note dal Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dopo il 15 febbraio 2019, hanno indotto gli studiosi a un'analisi finalizzata a verificarne i contenuti e l'eventuale rispetto del sistema perequativo-solidaristico.

Dall'art. 5 delle bozze di intese si evince che il meccanismo finanziario individuato si basava sul finanziamento iniziale per le funzioni attribuite pari alla spesa storica dello Stato nella Regione interessata; tale finanziamento sarebbe stato ricalcolato sulla base di fabbisogni standard determinati da un apposito Comitato Stato-Regioni; nelle more della determinazione e dell'applicazione dei fabbisogni standard e comunque entro tre anni dall'approvazione della legge, l'ammontare di risorse assegnate alla Regione per l'esercizio delle nuove funzioni non poteva essere inferiore al valore medio nazionale pro-capite della spesa statale per l'esercizio delle stesse⁸⁶.

Nelle pre-intese del febbraio 2018 i fabbisogni standard venivano indicati quale parametro di riferimento, in relazione alla popolazione residente e al gettito dei tributi maturati nel territorio regionale in rapporto ai rispettivi valori nazionali, «fatti salvi gli attuali livelli di erogazione dei servizi». Tale

⁸⁴ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., 8.

⁸⁵ Per un approfondimento sulle intese, V.P. GROSSI, *La perdurante attualità del regionalismo differenziato. Un'analisi dei contenuti delle 'bozze d'intesa'*, in questa *Rivista*, 2/2021, 358-397.

⁸⁶ S. PIPERNO, *Sui profili finanziari dell'«atto secondo» del regionalismo asimmetrico*, in *Centro studi sul federalismo*, n. 145 del 20 marzo 2019.

previsione ha indotto a rilevare una possibile riduzione di risorse per le regioni più povere⁸⁷.

Le bozze di intesa del febbraio 2019, pur non contemplando il riferimento ai fabbisogni standard, hanno suscitato molteplici perplessità⁸⁸.

Invero, il riferimento alla spesa pro-capite nazionale in luogo della spesa storica, essendo nelle tre Regioni i livelli di tale spesa inferiori rispetto a quelli di altre Regioni⁸⁹, si sarebbe comunque tradotto in un ingiustificato trasferimento di risorse aggiuntive a loro favore.

Tale assunto è stato confermato dalla Corte dei conti, secondo la quale «[q]uesto meccanismo, vista la clausola di invarianza della spesa pubblica [...], potrebbe accentuare le differenze nel riparto territoriale delle disponibilità finanziarie per la fornitura di servizi pubblici, contraddicendo la funzione perequativa delle risorse erariali trasferite dallo Stato verso i

⁸⁷ S. PIPERNO, *Prospettive del regionalismo asimmetrico in Italia: profili economici e di finanza pubblica*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 1/2019; G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, Roma-Bari 2019.

⁸⁸ G. BONERBA, *Il finanziamento delle funzioni nell'autonomia differenziata: una nuova forma di specialità?* in C. BERTOLINO - A. MORELLI - G. SOBRINO, *Regionalismo differenziato e specialità regionale: problemi e prospettive*, cit., 647 osserva che le bozze d'intesa prevedono che entro un anno dall'entrata in vigore dei decreti attuativi siano determinati i fabbisogni standard relativi a ciascuna materia assegnata, così da ancorare il finanziamento a un dato oggettivo di riferimento; trattasi di una previsione di difficile attuazione, sol che si pensi che i livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria sono stati approvati nel 2001 dopo quasi dieci anni dalla loro prima previsione in un testo normativo, e sono poi stati aggiornati nel 2017, dopo ben sedici anni.

⁸⁹ Si consulti pagina 14 della Stima provvisoria della spesa statale regionalizzata, disponibile sul sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Pubblicazioni/Studi-e-do/La-spesa-s/Anni-prece/2019/SSR-2019-stima.pdf.

territori economicamente meno performanti»⁹⁰.

Occorre, pertanto, adottare una visione differente, per far sì che il regionalismo italiano possa ancora svilupparsi all'interno di una cornice di solidarietà, eguaglianza, unità e indivisibilità, perequazione, interesse giuridico ed economico unitario, nonché tutela dei livelli essenziali delle prestazioni⁹¹.

Proprio con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni, nel 2019 era stato presentato dal Ministro Boccia un nuovo disegno di legge, incentrato sul proposito di assicurare questi ultimi su tutto il territorio nazionale. Secondo il d.d.l., sarebbe stato necessario procedere alla determinazione dei citati livelli essenziali, nonché degli “obiettivi di servizio” e dei fabbisogni standard, quale tappa prodromica a una corretta ripartizione delle risorse tra

⁹⁰ CORTE DEI CONTI, *Audizione parlamentare*, in *Resoconto stenografico*, COBAFF, Seduta 17 luglio 2019, 21, su cui E. MARZANO, F. PASERO, *Federalismo e regionalismo differenziato in sanità ed effetti sul funzionamento del sistema sanitario. Il ruolo della Corte dei conti in una prospettiva di orientamento di comportamenti virtuosi*, in *Rivista della Corte dei Conti*, 2/2020, 106-129.

⁹¹ F. GIUFFRÈ, *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Milano 2002; ID., *Solidarietà*, in *Dig./Pubbl.*, Agg. (2021); ID., *Il principio unitario nella Repubblica delle autonomie*, Catania 2008; ID., *Il principio costituzionale di solidarietà come presupposto della Welfare Community*, in S. BELARDINELLI (a cura di), *Welfare Community e principio di sussidiarietà*, Milano 2005, 47-62; ID., *Principio unitario e modello cooperativo nella transizione tra vecchio e nuovo regionalismo*, in I. NICOTRA, *Scritti di diritto costituzionale italiano e comparato*, Torino 2005, 1-34; ID., *Verso la Repubblica delle autonomie: dalla specialità regionale alla differenziazione diffusa*, in *Italiani Europei*, vol. 1, 2010, 202-208; ID., *Le regioni tra uniformità e differenze: autonomia responsabile o egoismi dei territori?*, in questa *Rivista*, 1/2019.

centro e periferia⁹².

È stato da più parti osservato che tale definizione si sostanzierebbe in una totale riorganizzazione dell'intero sistema dei rapporti tra i diversi livelli di governo presenti su tutto il territorio nazionale determinando un processo molto lungo.

Al netto della fattibilità politica di questo disegno, è stato «apprezzato lo sforzo di ricondurre in una cornice unitaria, ispirata dai principi costituzionali di sussidiarietà, proporzionalità, adeguatezza e solidarietà, l'attuazione del regionalismo differenziato»⁹³.

Tale disegno di legge, collegato alla legge di bilancio, tuttavia, è stato stralciato qualche mese prima dell'avvento della pandemia da Covid-19⁹⁴.

A fronte di una storia che ci ha consegnato numerosi esempi di crisi sanitarie, è stato ben osservato che «la radicale novità del Covid-19 sta nel fatto che è all'origine di una megacrisi, composta dall'insieme di crisi politiche, economiche, sociali, ecologiche, nazionali, planetarie che si sovrappongono le une alle altre, e hanno componenti, interazioni e indeterminazioni molteplici e interconnesse, in una parola complesse, nel

⁹² L. VIOLINI, *Regionalismo differenziato: un cammino a ritroso partendo dai più recenti accadimenti*, in *Milan Law Review*, v. 1, 1/2020, 125; ID., *Il regionalismo differenziato in bilico tra due Governi*, in *Osservatorio sulle fonti*, 3/2019, 7 ss.; D. MONE, *La promozione dell'autonomia nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni a garanzia dell'uguaglianza e dell'unità*, in *Gruppo di Pisa*, 3/2020, www.gruppodipisa.it, 153-194.

⁹³ G. D'AMICO, *Regionalismo differenziato, sistema finanziario e specialità regionale*, in C. BERTOLINO - A. MORELLI - G. SOBRINO, *Regionalismo differenziato e specialità regionale. Problemi e prospettive*, cit., 131.

⁹⁴ Per una minuziosa disamina sulle implicazioni che la pandemia ha avuto sulle categorie costituzionali abitualmente adottate in tempi di calma istituzionale, I. NICOTRA, *Pandemia Costituzionale*, Napoli 2020.

senso originale del termini *complexus*, cioè tessuto insieme»⁹⁵.

6. *L'avvento della pandemia: tutti i nodi vengono al pettine*

Com'è noto, l'emergenza pandemica ha provocato una battuta d'arresto nel percorso verso la differenziazione, avendo sortito effetti tragici nonostante i primi focolai siano stati registrati nelle regioni che vantano un sistema sanitario più efficiente di altre⁹⁶.

Una ricerca sulla valutazione del rischio che un virus possa diffondersi,

⁹⁵ E. MORIN, *Cambiamo strada*, Milano 2020, 23.

⁹⁶ Sulla questione, R. BALDUZZI, *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale? (Con un approfondimento su un ente poco conosciuto, l'INMP)*, in *Corti supreme e salute*, 1/2020, www.cortisupremeesalute.it, 67-72; S. STAIANO, *Il regionalismo differenziato dalla terra al mito e ritorno*, in *Corti supreme e salute*, 2/2020, www.cortisupremeesalute.it, 1-16; A. MORELLI, A. POGGI, *Le Regioni per differenziare, lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, in questa *Rivista*, 2/2020; M. MANCINI, *Prove tecniche di regionalismo "differenziato": considerazioni critiche intorno alle fonti attuative dell'art. 116, comma 3, Cost.*, in *Federalismi.it*, 22/2020, www.federalismi.it, 131-161; 4; A. MORELLI, *Il Re del Piccolo principe ai tempi del coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza dello stato di emergenza*, in questa *Rivista*, 1/2020, 518-533; E. CATELANI, *Il rapporto tra Stato e Regioni al tempo del Coronavirus: una premessa* in Gruppo di Pisa, *Forum: L'emergenza e i rapporti tra lo Stato e le regioni*, www.gruppodipisa.it; A. RUGGERI, *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali e ne mette a dura prova la capacità di tenuta*, in questa *Rivista*, 1/2020, 377-378; A. FORMISANO, *La gestione dell'emergenza durante il Covid-19 tra uniformismo e decentralismo. Considerazioni sull'A.S. 1825 e effetti sul regionalismo differenziato*, in *Nomos*, 2/2020, www.nomos-leattualitaneldiritto.it, 45 ss.; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 1/2020, www.nomos-leattualitaneldiritto.it, 22-23.

condotta da studiosi dell'Università degli Studi di Catania⁹⁷, ha preso in considerazione una serie di fattori, tra cui l'indice di mobilità, la concentrazione abitativa, la densità sanitaria, la distribuzione della popolazione tra le regioni e le diverse aree geografiche, l'inquinamento, le temperature e la presenza di popolazione over-60⁹⁸.

Dallo studio è emerso che la Lombardia, il Veneto, il Piemonte e l'Emilia-Romagna risultano essere ai primi posti della classifica di rischio *a-priori*, registrando una maggiore probabilità che un virus si diffonda e abbia un impatto drammatico in termini di casi gravi e decessi.

Cosicché, nel 2021, più del 40% degli italiani ha dato atto di conoscere almeno una persona deceduta a causa del Coronavirus, e in Lombardia il dato registrato è addirittura del 50%⁹⁹.

Molti studi sono stati intrapresi per comprendere le ragioni del fallimento

⁹⁷ A. PLUCHINO, A. E. BIONDO, N. GIUFFRIDA, G. INTURRI, V. LATORA, R. LE MOLI, A. RAPISARDA, G. RUSSO & C. ZAPPALÀ, *A novel methodology for epidemic risk assessment of COVID-19 outbreak*, in *Nature Scientific Reports*, v. 11, 2021.

⁹⁸ Sulla rilevanza di tali fattori, anche A. CARTENÌ, L. DI FRANCESCO, M. MARTINO, *How mobility habits influenced the spread of the COVID-19 pandemic: results from the Italian case study*, in *Science of The Total Environment*, vol. 741, 1 novembre 2020; E.S. COKER, L. CAVALLI, E. FABRIZI, G. GUASTELLA, E. LIPPO, M. L. PARISI, S. VERGALLI, *The effects of air pollution on COVID-19 related mortality in northern Italy*, in *Environmental and Resource Economics*, 2020, 611-634; M. COLE, C. OZGEN, E. STROBL, *Air Pollution Exposure and COVID-19 in Dutch Municipalities*, in *IZA Discussion Paper*, 2020; S. COMUNIAN, D. DONGO, C. MILANI, P. PALESTINI, *Air Pollution and Covid-19: The Role of Particulate Matter in the Spread and Increase of Covid-19's Morbidity and Mortality*, in *Int J Environ Res Public Health*, 2020.

⁹⁹ Si veda la ricerca del Laboratorio SPS TREND in collaborazione con SWG, *Un anno dopo la prima ondata: gli effetti della pandemia in Lombardia e nel Nord Italia*, 21 ottobre 2021 (dati: 6 aprile - 8 luglio 2020; 21-31 dicembre 2020; 17 marzo - 16 giugno 2021).

del sistema sanitario lombardo, annoverato, a livello mondiale, tra le eccellenze sanitarie, e rivelatosi, invece, un «gigante dai piedi d'argilla»¹⁰⁰.

Come già accennato, dalla metà degli anni '90 al 2018, i posti letto disponibili nelle strutture pubbliche della Lombardia hanno subito un dimezzamento a favore dell'aumento dei posti letto in strutture private non convenzionate¹⁰¹.

Molte ricerche hanno evidenziato come la preminenza accordata alla sanità privata abbia impattato negativamente sulla battaglia intrapresa contro il Covid-19.

Se, infatti, il 60-70% degli ospedali pubblici in Lombardia possiede un pronto soccorso e un reparto per emergenze, le strutture private con tali requisiti sono solamente il 30%. Alla sanità pubblica è stato, dunque, da sempre affidato il compito di fronteggiare l'emergenza, mentre al privato il ruolo di fornire prestazioni specialistiche e cure per i malati cronici.

A fronte di tale scenario, la delibera regionale XI/2906 dell'8 marzo 2020, avente a oggetto «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid-19», ha individuato come Hub Ospedalieri, per i pazienti affetti da Covid-19, quasi unicamente strutture pubbliche, anche per le terapie acute indifferibili. Tali presidi, tuttavia, si sono rivelati insufficienti.

Il Report elaborato dal *Global Initiative for Economic, Social and Cultural*

¹⁰⁰ I. PANIGHETTI, *Storia di un disastro: ecco cosa non ha funzionato in Lombardia*, in *tio.ch*; V. AGNOLETTI, *Senza respiro. Un'inchiesta indipendente sulla pandemia Coronavirus, in Lombardia, Italia, Europa. Come ripensare un modello di sanità pubblica*, Milano 2020.

¹⁰¹ M.E. SARTOR, *Lombardia. Pubblico e Privato a confronto*, in *saluteinternazionale.info*, 26 giugno 2019; R. PAVANELLI, R. DE FALCO, *Invertire la corsa alla mercificazione della sanità*, in *ilmanifesto.it*, 10 giugno 2021.

*Rights*¹⁰² ha ben messo in luce i limiti della privatizzazione nel settore della sanità che sono emersi nell'esperienza italiana, mediante una comparazione dei risultati in Lombardia e in Veneto. Regioni che, pur registrando i primi casi nello stesso mese, hanno riscontrato esiti sanitari ben diversi.

Ad aprile 2020, la Lombardia ha avuto un rapporto di mortalità per Covid-19 quasi tre volte superiore a quello del Veneto, registrando il 14% dei contagi tra gli operatori sanitari in prima linea, contro il 4% del Veneto.

Una differenza significativa ha anche riguardato l'utilizzo dei test per la diagnosi dell'infezione. L'ampio ricorso a tale strumento da parte del Veneto è stato particolarmente apprezzato dalla letteratura scientifica internazionale¹⁰³.

Anche l'abbandono dell'assistenza territoriale ha avuto conseguenze negative sulla battaglia da Covid-19. Si pensi ai Medici di medicina generale e agli specialisti operanti in ambulatori privati, costretti a lavorare senza le necessarie forniture di dispositivi di protezione individuali, mettendo a repentaglio la propria salute e quella degli assistiti. Al contempo, è mancato il supporto che sarebbe potuto derivare dal lavoro in associazione, dalle "case della salute" o da altri presidi territoriali che potessero fungere da filtro prima

¹⁰² R. DE FALCO, *Italy's experience during COVID-19: the limits of privatisation in healthcare. Policy Brief*, in *gi-escr.org*, 2 giugno 2021.

¹⁰³ E. LAVEZZO et al., *Suppression of a SARS-CoV-2 Outbreak in the Italian Municipality of Vo'*, in *Nature* 584/2020, 425-429; G. MUGNAI, C. BILATO, *Covid-19 in Italy: lessons from the Veneto Region*, in *Eur J Intern Med.*, 2020; A. CRISANTI, A. CASSONE, *In one Italian town, we showed mass testing could eradicate the coronavirus*, in *The Guardian*, Marzo 2020; A. POGGI, F. VARI, *Coronavirus. La tracciabilità è un anti-virus*, in *Avvenire*, 31 marzo 2020.

dell'accesso nei pronto soccorso ospedalieri¹⁰⁴.

Alcuni studi hanno messo in luce che nella prima settimana di marzo 2020 la Lombardia ha fatto ricorso a una massiccia ospedalizzazione degli affetti dal virus, diversamente da quanto accaduto in Veneto ed Emilia-Romagna, che hanno, piuttosto, optato per l'uso di tamponi e per l'assistenza domiciliare¹⁰⁵, evitando l'insorgere di focolai all'interno degli ospedali¹⁰⁶.

Le difficoltà che il sistema sanitario ha dovuto affrontare non si arrestano a quanto sinora esposto.

La pandemia, infatti, ha ben presto raggiunto regioni di cui si era già consapevoli della debolezza in termini di disponibilità di terapie intensive e posti letto, determinando un ulteriore ampliamento dei divari già esistenti e

¹⁰⁴ E. CATELANI, *Il rapporto tra Stato e Regioni al tempo del Coronavirus: una premessa* cit., ha rilevato che l'emergenza ha messo in luce delle pecche riguardanti gli aspetti organizzativi della sanità regionale, con lacune e inadeguatezze derivanti non solo dai tagli lineari nel budget sanitario, ma anche dalle scelte amministrative connesse all'organizzazione della medicina di base; sul punto, anche P. LANDONIO, *Cosa non ha funzionato in Lombardia. Dal primo errore, una catena di negligenze non solo sanitarie*, in *casadellacultura.it*, 7 ottobre 2020.

¹⁰⁵ AREA INNOVAZIONE I-COM, *Riportare la sanità al centro*, cit., 23-24 Nello specifico, nella stessa settimana, in Veneto era ricoverato circa il 30% dei pazienti affetti da Covid-19 mentre in Emilia-Romagna poco meno del 60%.

¹⁰⁶ Anche l'*Analisi della mortalità nel periodo di epidemia da Covid-19* del 20 maggio 2020, condotta dall'Inps-Coordinamento Generale Statistico Attuariale ha evidenziato che il Veneto, nonostante abbia avuto a febbraio un focolaio di epidemia da Covid-19 come in Lombardia, ha saputo contenere la propagazione grazie a un approccio sanitario diverso rispetto a quello lombardo.

l'emersione del fenomeno della "sanità sospesa"¹⁰⁷.

Già in tempi anteriori all'emergenza sanitaria, attenta dottrina non mancava di sottolineare che «la determinazione dei livelli essenziali richiama con immediatezza il principio di uguaglianza letto in versione territoriale, per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla salute, all'istruzione, ai servizi sociali nelle zone più depresse dell'Italia»¹⁰⁸, dovendo lo Stato fare i conti con forti disuguaglianze rispetto al godimento del diritto alla salute.

La fase pandemica ha mostrato l'incapacità del SSN di continuare a rispondere alla domanda di cura dei pazienti "non Covid" già evidenziata in periodo pre-pandemico e acuitasi enormemente durante l'emergenza sanitaria¹⁰⁹.

Dalla ricerca per quantificare su scala nazionale le conseguenze dell'epidemia sul sistema sanitario impegnato nelle patologie non-Covid

¹⁰⁷ Le *Note di sintesi del Rapporto Svimez 2020, L'Italia diseguale di fronte all'emergenza pandemica: il contributo del Sud alla ricostruzione*, 10 ben rilevano l'ampliamento dei divari già esistenti. L'occupazione giovanile «si è ridotta nei primi due trimestri del 2020 dell'8%, più del doppio del calo totale dell'occupazione. A livello territoriale l'impatto sui giovani è stato ancora più pesante nelle regioni meridionali, già caratterizzate da bassissimi livelli di partecipazione al mercato del lavoro: 12%. E questo per effetto di una doppia penalizzazione. Da un lato ha pesato il mancato rinnovo dei contratti nel periodo del lockdown, dall'altro si sono chiuse le porte per coloro che nel 2020 sarebbero dovuti entrare nel mercato del lavoro».

¹⁰⁸ I.A. NICOTRA, *Le regioni tra uniformità e differenze: autonomia responsabile o egoismi dei territori?*, cit., 13.

¹⁰⁹ S. NERI, *Quando i nodi vengono al pettine. La sanità italiana nella pandemia*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2/2020, 231-237; N. DIRINDIN, *Le politiche sanitarie alla luce della pandemia*, in *Parolechiave*, 2/2020, 51-59; *Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali. I Report*, in *quotidianosanità.it*.

della Fondazione Italia in Salute, realizzata da Sociometrica, emerge un quadro desolante¹¹⁰. In un anno di pandemia, 35 milioni di italiani hanno avuto problemi a utilizzare servizi e prestazioni sanitarie per patologie non-Covid. In particolare, le cancellazioni e rinunce hanno coinvolto circa 10 milioni di persone¹¹¹.

Di queste, circa 400 mila hanno rinunciato, o visto cancellare, interventi di ricovero; 600 mila non hanno potuto fare interventi chirurgici e circa 1 milione di persone non ha potuto beneficiare delle prestazioni in *day hospital*. Il numero medio di giorni in lista d'attesa è aumentato notevolmente¹¹². Da segnalare che la cancellazione o rinuncia delle visite specialistiche ha riguardato, nello specifico, l'83,9% degli over 65 anni.

¹¹⁰ Fondazione Italia in Salute, Sociometrica, *Gli italiani e il Covid-19. Impatto socio-sanitario, comportamenti e atteggiamenti della popolazione Italiana*, 2021.

¹¹¹ A seguito del decreto ministeriale del 30 aprile 2020 relativo al monitoraggio dei posti letto, molti ospedali hanno dovuto sospendere i ricoveri programmati, prevedendosi per le aree mediche destinate a pazienti COVID un tasso di occupazione pari al 40% e per le fasi 3 e successive un numero di posti letto immediatamente destinabili a COVID individuato per provincia e declinato nei rispettivi piani provinciali.

¹¹² Il presidente della Società oftalmologica italiana, in occasione del 100° Congresso nazionale, ha lamentato la qualificazione dell'oculistica quale tipologia di cura "elettiva", pertanto non salvavita, in *Covid. Piovella (Soi) lancia l'allarme: "Causa pandemia persi 400 mila interventi chirurgici e circa 8 milioni di visite oculistiche"*, 24 novembre 2021, su *quotidianosanità.it*.

Molti italiani, anche al di là delle disposizioni di legge, hanno modificato spontaneamente alcuni comportamenti quotidiani¹¹³. La pandemia ha impattato notevolmente sullo status psicologico degli adulti e dei minori¹¹⁴.

Anche lo studio “Osservatorio sull’impatto della pandemia covid-19 sull’accesso alle cure” di IQVIA, realizzato con il supporto non condizionante di Farindustria, ha analizzato il fenomeno della sanità sospesa in Italia, evidenziando la forte contrazione nell’accesso a diagnosi e cure¹¹⁵.

¹¹³ La ricerca ha evidenziato che il 63,3% evita di prendere mezzi pubblici, oltre la metà non frequenta più negozi, bar e ristoranti; circa 7 persone su 10 hanno scelto di non vedere più amici e conoscenti dentro casa.

¹¹⁴ L’indagine segnala che il 49,1% della popolazione avverte una crescita dello stress; il 43,9% ha smesso, o fortemente ridotto, l’attività fisica; il 28,8% ha difficoltà del sonno; il 27,1% ha malesseri psicologici di tipo generale; il 25,7% mangia di più o ha smesso di controllare la propria dieta; il 16,5% accusa sintomi di depressione. Quasi il 60% dei genitori intervistati ritiene che la pandemia abbia avuto un impatto psicologico sui figli minorenni. Per 1 genitore su 4, i minori sono stati «colpiti molto pesantemente», soprattutto nel caso di famiglie poco istruite.

¹¹⁵ Più nello specifico, è stata rilevata una contrazione delle nuove diagnosi del 13%, dei nuovi trattamenti del 10%, degli invii allo specialista del 31% e delle richieste di esami del 23%. Sulla questione, M.R. DELLA PORTA, *L’Italia e il fenomeno della sanità sospesa nell’anno della pandemia*, 22 aprile 2021, su *i-com.it*. In senso analogo anche il XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, intitolato *La cura che (ancora) non c’è*, di Cittadinanzattiva, pubblicato il 13 dicembre 2021, il quale, a p. 61, rileva che al quesito «le criticità sono state pari a quelle sperimentate abitualmente nella gestione della patologia oppure sono ulteriormente aggravate con l’avvento della pandemia?», un paziente su due, 52,4% ritiene tali aumentate, il 41,4% invariate e il 6,2% leggermente peggiorate. Coloro che hanno risposto «invariate» hanno aggiunto: «sono invariate perché erano già critiche prima della pandemia. Che i tempi erano già lunghi prima, che le visite erano già difficili prima».

Il Covid-19, quindi, ha avuto un forte impatto indiretto su coloro che non hanno contratto il virus.

A questo desolante quadro, si aggiungono i forti ritardi nei programmi di screening oncologici, denunciati dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)¹¹⁶.

Si sono, al contempo, riscontrate disfunzioni e interruzioni nella catena di approvvigionamento per dispositivi di protezione individuali, bombole per l'ossigeno, saturimetri, alcool e farmaci¹¹⁷.

Date le criticità evidenziate, il decreto-legge del 9 marzo 2020 n. 14 ha disposto il conferimento di incarichi di lavoro a tempo determinato per personale sanitario e medici già formati o ancora in formazione, mediante una procedura comparativa a pubblicità semplificata. Anche il personale in quiescenza è potuto rientrare in servizio¹¹⁸. Inoltre, l'art. 14 ha previsto l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), aventi il compito di gestire i pazienti affetti da coronavirus non necessitanti di ricovero a domicilio.

Nell'ottica di potenziare le risorse umane al servizio del sistema sanitario, il decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020 ha incrementato i fondi contrattuali del personale del comparto sanitario, al fine di conferire ulteriori incarichi individuali a tempo determinato.

¹¹⁶ P. MANTELLINI, F. BATTISTI, P. SASSOLI DE BIANCHI, P. ARMAROLI, J. BATTAGELLO, P.G. ROSSI, P. GIUBILATO, C. SENORE, L. VENTURA, M. ZORZI, M. ZAPPA (a cura di), *Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da Covid-19. Secondo Rapporto al 30 Settembre 2020*, in *osservatorionazionale screening.it*.

¹¹⁷ IV Rapporto di Cittadinanzattiva-Federfarma, disponibile *quotidianosanita.it*, 38.

¹¹⁸ Per un approfondimento giuslavoristico A. ZILLI, *Il reclutamento emergenziale del personale sanitario, alla ricerca della sanità "che verrà"*, in *Riv. it. med. leg.*, 4/2020, 1801-1816.

Il decreto-legge del 19 maggio 2020 n. 34, all'articolo 1, ha dettato disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale. L'obiettivo era quello di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti e intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus.

Tali misure risultavano funzionali ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

A tal fine, è stato disposto che le Regioni e le Province autonome adottassero dei piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale, contenenti specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale. Ciò per realizzare un monitoraggio costante e un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento¹¹⁹. I predetti piani sono

¹¹⁹ L'art. 1 ha disposto che le regioni e le province autonome adottassero dei piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale, contenenti specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento. Analoga organizzazione è stata disposta per le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali. È stato, altresì, previsto che le regioni e le province autonome

monitorati congiuntamente a fini esclusivamente conoscitivi dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. Le Regioni e le Province autonome organizzano, inoltre, le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali, anche garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite, con le risorse umane strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. L'art. 2, invece, è stato incentrato sul «riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19», prevedendo una riorganizzazione della rete dei letti di terapia intensiva e introducendo il concetto di area semintensiva¹²⁰.

L'art. 24 del decreto-legge del 14 agosto 2020 n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020 n. 126 ha, successivamente, previsto l'erogazione di fondi per le Regioni che presentassero un piano di recupero sui ritardi accumulati nelle liste d'attesa.

Dal quadro normativo tratteggiato è possibile scorgere la tendenza a un rafforzamento non solo delle strutture ospedaliere ma anche dei servizi di

costituissero le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 e che venissero stipulati contratti di locazione di strutture alberghiere ovvero di altri immobili per l'isolamento dei contagiati. Non sono stati tralasciati l'incremento delle azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, e la previsione di forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, per infermieri non in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate. Analoghi rapporti di lavoro hanno riguardato assistenti sociali e psicologi.

¹²⁰ In Italia, alla data del 31 dicembre 2019, prima della pandemia, i posti letto in terapia intensiva erano 5.179. I posti letto aggiuntivi in terapia intensiva previsti dal decreto rilancio n. 34/2020 sono 3.553, da sommare ai già 5.179 presenti in Italia per un totale di 8.732.

assistenza territoriale, i quali si sono rivelati indispensabili nella lotta al virus, come dimostrato già dal modello veneto, in cui il sistema incentrato sui servizi ospedalieri è stato, nel tempo, sostituito da un programma maggiormente incentrato sulle cure territoriali¹²¹.

È, pertanto, opinione comune che la riorganizzazione della rete territoriale sia un passaggio fondamentale per il riordino della sanità. La pandemia da Sars-Cov-2 ha confermato tale esigenza, in quanto più la rete territoriale ha mostrato un corretto funzionamento, più la risposta è stata efficace¹²².

Infine, con l'Accordo del 25 gennaio 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)"¹²³ è stato finalmente aggiornato il Piano pandemico, sulla base delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale del gennaio 2017.

¹²¹ AREA INNOVAZIONE I-COM, *Riportare la sanità al centro. Dall'emergenza sanitaria all'auspicata rivoluzione della governance del SSN. Rapporto settembre 2020*, 41.

¹²² F. ENRICHENS, *I pilastri di una nuova rete territoriale*, luglio 2021, disponibile su <https://forward.recentiproggressi.it/>.

¹²³ Accordo raggiunto ai sensi dell'art. 4, co. 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

7. La sanità oggi: quali prospettive?

L'esperienza pandemica ha condotto a evidenziare le inefficienze del sistema sanitario nazionale e la necessità di un cambio di prospettiva per il futuro¹²⁴.

Innanzitutto, è emersa più che mai la necessità che si torni a investire sulla sanità. È stato ben osservato come, seppur resti certamente viva l'esigenza di garantire un corretto impiego delle risorse, soluzioni come i tagli di spesa orizzontali impoveriscono la sanità nel suo complesso, senza peraltro risolvere il problema degli sprechi¹²⁵.

Potranno, dunque, certamente essere utili le risorse derivanti dal pacchetto europeo "Next Generation EU" (NGEU)¹²⁶, il quale si articola in due principali strumenti: il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU).

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta il "capitolo" italiano del più ampio Piano europeo di 672,5 miliardi: esso mira alla crescita del PIL, dell'occupazione, al varo di riforme fondamentali in tempi rapidi e a spezzare il divario fra il Mezzogiorno e il resto d'Italia. Si tratta di un investimento sul futuro e sulle nuove generazioni, dove si gioca il destino del nostro paese e la sua modernizzazione. Nelle intenzioni del Governo, il

¹²⁴ G. FALCON, *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, in *Le Regioni*, 3/2020, 453-456; G. VICARELLI, G. GIARELLI (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19 Problemi e proposte*, Milano 2021.

¹²⁵ A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2/2020, 398.

¹²⁶ Su cui E. PAPARELLA, *Crisi da Covid-19 e Unione europea: cenni di cambiamento nel "discorso" della Commissione europea e "condizionalità utile"*, in *Oss. cost.*, 6/2020, www.osservatorioaic.it 151-180.

PNRR è un ampio e ambizioso pacchetto di investimenti e riforme in grado di liberare il potenziale di crescita della nostra economia, generare una forte ripresa dell'occupazione, migliorare la qualità del lavoro e dei servizi ai cittadini e la coesione territoriale e favorire la transizione ecologica¹²⁷.

L'azione di rilancio è connessa a tre priorità strategiche fondamentali per il nostro Paese, tutte concordate a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale.

Le missioni in cui si articola il Piano derivano dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che ha istituito il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza. Tale Regolamento enuncia le sei grandi aree di intervento, i cosiddetti pilastri sui quali i singoli Piani nazionali devono focalizzarsi: transizione verde, trasformazione digitale, crescita intelligente, sostenibile e inclusiva, coesione sociale e territoriale, salute e resilienza economica, sociale e istituzionale, politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani.

Il Piano italiano approvato il 26 aprile 2021, conformemente a tali pilastri, prevede sei Missioni: 1) Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura; 2) Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica; 3) Infrastrutture per

¹²⁷ Per un'analisi dei molteplici settori su cui il PNRR incide, M.A. SANDULLI, *Sanità, misure abilitanti generali sulla semplificazione e giustizia nel PNRR*, in *Federalismi.it*, Paper, 29 luglio 2021, www.federalismi.it; A. SCIORTINO, *PNRR e riflessi sulla forma di governo italiana. Un ritorno all'indirizzo politico "normativo"?*, *ivi*, 18/2021; F. CONTE, *L'evoluzione dei principi contabili nazionali nella prospettiva di riforma del PNRR*, *ivi*, 20/2021; S. STAIANO, *Il Piano nazionale di ripresa e resilienza guardato da Sud*, *ivi*, Editoriale del 2 giugno 2021; I.A. NICOTRA, V. VARRONE, *PNRR, ridisegnare gli appalti pubblici per rivoluzionare la PA: gli obiettivi*, in *AgendaDigitale.eu*, 7 giugno 2021; M. TRAPANI, *Il sistema delle Conferenze e il regionalismo dimezzato: il difficile rapporto tra PNRR e Regioni alla luce delle recenti evoluzioni normative*, in *Riv. AIC*, 4/2021, www.rivistaaic.it, 179-193.

una Mobilità Sostenibile; 4) Istruzione e Ricerca; 5) Inclusione e Coesione; 6) Salute.

Per quel che concerne la Missione Salute, il Piano ha dato atto: di significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; dell'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; degli elevati tempi di attesa per l'erogazione di alcune prestazioni; di una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari¹²⁸.

Da quanto si legge nel Piano, l'esperienza della pandemia ha, inoltre, evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema¹²⁹.

L'obiettivo del Piano è quello di affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici.

La missione si articola in due componenti: la prima afferisce a reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; la seconda mira all'innovazione, alla ricerca e alla digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Quanto alla prima componente, l'obiettivo è quello di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

¹²⁸ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Testo aggiornato trasmesso al Senato lunedì 26 aprile 2021 alle ore 13.57, 225.

¹²⁹ *Ivi*, 226.

Le misure incluse nella seconda componente dovrebbero consentire il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN.

L'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario.

A tal fine, il Piano prevede: la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale; la definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio *One-Health*¹³⁰. Il paradigma *One Health* si sostanzia nel riconoscimento del legame indissolubile tra la salute delle persone e l'ecosistema. Per questa ragione, servono approcci e sforzi globali. Nella giornata europea "All for One Health" 2021, l'Istituto Superiore di Sanità ha comunicato l'impegno assunto nel suo Piano strategico 2021-2023 per promuovere la crescita della capacità multidisciplinare, la quale è necessaria per le sfide sanitarie complesse che si affacciano a livello nazionale e internazionale. Si devono colmare le lacune rilevanti nella ricerca, valorizzando tutti i

¹³⁰ Per ulteriori approfondimenti, si consulti il sito dell'Istituto Superiore di Sanità: www.iss.it/one-health.

settori coinvolti, inclusi l'ambiente e i settori socioeconomici, nonché la partecipazione di cittadini e comunità per garantire l'efficacia della *One Health*.

La scadenza per il 2021 per la fissazione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate, mediante decreto ministeriale, non pare sia stata rispettata. Su internet, è possibile reperire solamente una bozza intitolata "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", che non risulta ancora confluita in una formulazione definitiva¹³¹.

Tale bozza appare coerente con le previsioni del Piano, laddove esso fa riferimento alla Casa della Comunità quale struttura che consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità¹³².

¹³¹ La Bozza è reperibile su *Quotidiano sanità*: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6571804.pdf. Su di essa, G. MACIOCCO, *La sanità di domani (cioè di ieri)*, 20 dicembre 2021, disponibile su saluteinternazionale.info osserva come in essa «si rievocano (forse meglio dire, si riesumano) le principali riforme delle cure primarie e dei servizi territoriali approvate negli ultimi venti anni».

¹³² Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Testo aggiornato trasmesso al Senato lunedì 26 aprile 2021 alle ore 13.57, 228: «la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione

L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove. Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati, come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Secondo il Piano, e conformemente alla citata bozza, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti¹³³.

Attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si prevede di raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati.

polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento».

¹³³ L'investimento mira a: identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione); realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale; attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza; utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio, richiamati nel Piano quali strumenti per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia, e assicurare una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti.

I progetti di telemedicina dovranno essere proposti dalle Regioni, sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute, e potranno riguardare ogni ambito clinico. Per ottenere i finanziamenti, tuttavia, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari¹³⁴.

La Missione Salute mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, struttura di norma dotata di 20 posti letto sino a un massimo di 40 posti letto, e a gestione prevalentemente infermieristica, che dovrebbe determinare una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere al

¹³⁴ Su questo tema N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *Federalismi.it*, 5/2021, www.federalismi.it; R. MICCÙ, *Questioni attuali intorno alla digitalizzazione dei servizi sanitari nella prospettiva multilivello*, *ivi*; M. FERRARA, *Dalla mobilità dei pazienti alla interoperabilità dei sistemi sanitari. Spunti sull'adozione di un formato europeo di scambio delle cartelle sanitarie elettroniche (Raccomandazione (UE) 2019/243)*, *ivi*; G. CRISAFI, *Fascicolo sanitario elettronico: "profilazione" e programmazione sanitaria*, *ivi*; F. GASPARI, *La circolazione dei dati genetici e delle biobanche: limiti e prospettive de iure condendo*, *ivi*; R. MICCÙ, M. FERRARA, C. INGENITO, *La digitalizzazione dei servizi sanitari, il diritto alla salute e la tutela dei dati personali. Una Premessa*, *ivi*.

proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità¹³⁵. Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti.

L'azione di riforma incardinata nella Componente 2 riguarda la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie. La riforma troverà attuazione con un decreto legislativo entro la fine del 2022. La revisione della governance degli IRCCS sarà conseguita attraverso un miglioramento della gestione strategica degli Istituti e una più efficace definizione delle loro aree di competenza. Si prevede, inoltre, di differenziare gli IRCCS a seconda delle loro attività, di creare una rete integrata fra gli Istituti e di facilitare lo scambio di competenze specialistiche fra gli IRCCS stessi e con le altre strutture del SSN¹³⁶.

¹³⁵ F.M. AVATO, *Covid-19: una nuova antropozoonosi endemica? Interrogativi e risposte (alcune) per il prossimo scenario di sanità pubblica*, in *Riv. it. med. leg.*, 2/2020, 642 già auspicava un collegamento tra «medicina ospedaliera» e quella «territoriale», avvertendo al contempo la necessità di rimettere in funzione i cosiddetti «piccoli ospedali». Secondo L'Autore, «il loro utilizzo, come “ospedali di comunità”, non solo meglio assicurerebbe l'erogazione delle prestazioni “di base” alla popolazione, evitando “centralizzazione” ingiustificata della cosiddetta “domanda” (in quanto trattabile perifericamente), ma faciliterebbe anche lo sviluppo professionale della componente “territoriale”, restituendola più intensamente alle funzioni cliniche».

¹³⁶ Gli IRCCS accedono alle risorse attraverso sistemi basati su parametri relativi all'attività scientifica su riviste ad alto *impact factor*, alla capacità di attrarre risorse in finanziamenti competitivi nazionali e internazionali, allo sviluppo di trial clinici, in un ambito di

Le previsioni del Piano non si arrestano a quanto sinora esposto.

Nella consapevolezza che le infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere presentano un significativo grado di obsolescenza e risultano carenti in molte strutture, l'investimento prevede l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico e il potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione di I e II livello. Inoltre, l'intervento (attuativo dell'art. 2 del decreto-legge n. 34/2020) prevede il rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN, attraverso: il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva; il consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso; l'incremento del numero di mezzi per i trasporti secondari. Non viene, poi, tralasciata la necessità di migliorare la sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

Quanto al rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, si prevedono due azioni distinte.

Innanzitutto, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il Fascicolo Sanitario Elettronico fungerà, innanzitutto, da punto di accesso per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN. Esso conterrà informazioni cliniche omogenee

collaborazione multicentrica e di prodotti e soluzioni nell'ambito del trasferimento tecnologico e che tengano in considerazione l'impatto sul territorio di riferimento. Sarà rafforzata la *governance* aziendale sempre più orientata alla ricerca, e si responsabilizzerà il Direttore Generale, insieme al direttore scientifico e sui risultati da conseguire. Ciò al fine di sviluppare le potenzialità degli IRCCS e di incrementare la qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale.

che includeranno l'intera storia clinica del paziente, e potrà essere utilizzato dalle ASL per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari¹³⁷.

La seconda azione è rivolta all'infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute, all'analisi dei dati e al modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria¹³⁸. Lo scopo del progetto è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione, in modo che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.

Quanto alla ricerca scientifica e al trasferimento tecnologico, l'investimento ha l'obiettivo di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese. Per il perseguimento di questi obiettivi si prevedono tre tipi di intervento: il finanziamento di progetti *Proof of Concept (PoC)* volti a ridurre il gap fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali; il finanziamento di programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari; il finanziamento per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti.

Infine, il Piano non traslascia le azioni per lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. L'investimento prevede, ancora, l'incremento delle borse di studio in

¹³⁷ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Testo aggiornato trasmesso al Senato lunedì 26 aprile 2021 alle ore 13.57, 233-234.

¹³⁸ *Ivi*, 235.

medicina generale e dei contratti di formazione specialistica per affrontare il cosiddetto “imbuto formativo”, ovvero la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto, in modo da garantire così un adeguato *turn-over* dei medici specialisti del SSN¹³⁹.

Tali previsioni dovrebbero determinare una riduzione del divario territoriale di cui si è detto precedentemente, consentendo di beneficiare di un’assistenza continua e diversificata sulla base dello stato di salute indipendentemente dal territorio di residenza¹⁴⁰. Con questo piano si intende potenziare i servizi assistenziali territoriali consentendo un’effettiva esigibilità dei LEA da parte di tutti gli assistiti.

Ciò che emerge in modo evidente è l’affermazione di un nuovo modello di assistenza territoriale, fondato su un percorso integrato che parte dalla “casa come primo luogo di cura”, per giungere alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali¹⁴¹.

L’utilizzo di strumenti informatici potrà condurre all’uniformità, in ogni parte del territorio, degli strumenti di programmazione, gestione e controllo.

¹³⁹ *Ivi*, 235-236.

¹⁴⁰ Sulla tematica G. VIESTI, *Ridare fiato al paese, da sud a nord. Ripartire dalla pandemia, tenendo insieme sviluppo e riduzione dei divari*, in *il Mulino*, 1/2021, 48-57.

¹⁴¹ Nell’ottica di implementare tutto quanto previsto nel PNRR, un gruppo di studiosi di economia, *management* e politiche sanitarie appartenenti a sei università si sono confrontati sul tema elaborando un documento intitolato «Proposte per l’attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni» del 28 maggio 2021, disponibile su www.santannapisa.it. Sulla questione, anche B. CARAVITA, *Occasione PNRR. La sanità a domicilio, scommessa da vincere*, su *Il Messaggero*, 15 giugno 2021, il quale osserva lo squilibrio dell’assistenza sanitaria tra accentramento nelle grandi strutture ospedaliere e decentramento e flessibilità sul territorio.

In conclusione, si ritiene che l'esperienza della pandemia, purtroppo non ancora conclusa, abbia sortito l'effetto di una maggior consapevolezza dell'importanza della tutela della salute quale presupposto per il godimento delle libertà fondamentali.

È stato perspicacemente rilevato che il diritto alla salute è strumentale «alla realizzazione di un progetto più ampio che riguarda lo sviluppo dell'individuo e la società in cui ciò avviene»¹⁴².

Alcuni timidi passi avanti sono stati compiuti, nel corso degli anni, per un'effettiva garanzia della salute. Si pensi al tanto auspicato aggiornamento dei LEA e alla pronuncia della Corte costituzionale secondo la quale è «la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»¹⁴³.

Ma tali sforzi risultano vanificati dalla permanenza di evidenti disparità territoriali nell'erogazione effettiva dei servizi sanitari, le quali potrebbero accentuarsi qualora il discorso sul regionalismo differenziato riprendesse trascurando il principio di solidarietà declinato in versione territoriale. Non è più possibile rinviare la risoluzione delle disuguaglianze regionali e locali, le quali vanno a discapito della centralità della persona.

Come ben osservato da Sabino Cassese, «la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni, che concerne diritti civili e sociali, non tollera una diversità di questi diritti sul territorio. Il diritto alla salute di un calabrese non ha una portata giuridica diversa dal diritto alla salute di un piemontese. Se questo è vero, non si può mettere in dubbio la necessità, da un lato, di un servizio sanitario che sia autenticamente nazionale; dall'altro, di livelli essenziali delle

¹⁴² A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia*, cit., 385.

¹⁴³ Corte cost., sent. n. 275/2016.

prestazioni che vanno obbligatoriamente assicurati per tutto il territorio nazionale a beneficio di tutti i cittadini e residenti sul territorio nazionale»¹⁴⁴.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza potrà dare il giusto impulso per una riscoperta della sanità come investimento, piuttosto che quale mera voce di spesa. Dopo i tagli operati sulla spesa sanitaria, gli ingenti finanziamenti potranno essere utilizzati per porre un argine alle criticità che la sanità per troppo tempo ha tollerato.

Stanno, infatti, aumentando le aspettative dei cittadini sulla sanità post-Covid.

Al riguardo, il 94,0% della popolazione ritiene indispensabile avere sul territorio strutture sanitarie di prossimità, con medici di medicina generale, specialisti e infermieri cui potersi rivolgere sempre. Per il 70,3% è prioritario un più ampio ricorso al digitale e alla telemedicina per effettuare controlli, diagnosi e cure a distanza¹⁴⁵.

Tali aspettative sono rispondenti alle priorità tracciate nel PNRR. Il tema del ruolo del sistema sanitario, del rapporto fra ospedale e assistenza territoriale, del rinnovamento del personale sanitario, della necessaria digitalizzazione è tenuto, infatti, in debita considerazione nelle pagine del PNRR.

Affinché possano raggiungersi i risultati in esso indicati, occorre la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l'integrazione sociosanitaria.

Le innovazioni in materia certamente richiedono un'impronta uniforme a livello statale per la definizione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute. Le Regioni, dal canto loro, sono chiamate a rispettare il

¹⁴⁴ Titolo V, sanità e pandemia. Cassese: "Regioni non possono andare ognuna per proprio conto. Ci vorrebbe un Parlamento sanitario Stato-Regioni", 20 aprile 2021, su *quotidianosanità.it*.

¹⁴⁵ Si confronti «Il sistema di welfare» del 55° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese del 2021, su *censis.it*, 3 dicembre 2021.

principio di leale collaborazione, per poter, assieme allo Stato, realizzare un vero e proprio progetto comune.

Solo a quel punto sarà possibile avviare la differenziazione regionale per far fronte alle specificità territoriali, ai particolari bisogni della collettività¹⁴⁶.

Può, pertanto, condividersi l'opinione secondo la quale non è possibile porre «un'alternativa secca “più Stato” o “più Regioni”»¹⁴⁷.

Va, inoltre, sottolineato il legame indissolubile tra la salute delle persone e l'ecosistema, di cui dà atto il paradigma “*One Health*”, anch'esso richiamato nel PNRR. Nella consapevolezza del contesto globale in cui siamo immersi, ove molteplici sono i fattori di mobilità e di interconnessione che inducono a parlare di una evaporazione dei confini¹⁴⁸, l'Istituto Superiore di Sanità ha

¹⁴⁶ Sulle prospettive del regionalismo differenziato dopo la pandemia, da ultimo, A. GIOVANARDI, D. STEVANATO, *Autonomia, differenziazione, responsabilità. Numeri, principi e prospettive del regionalismo rafforzato*, Padova 2020; G. BOGGERO, *Allontanare lo spettro della “centralizzazione statalista”: il regionalismo differenziato dopo la pandemia*, in *Oss. cost.*, 6/2021, www.osservatorioaic.it, 573-596; A. POGGI, *A vent'anni dalla revisione costituzionale del Titolo V: un bilancio con lo sguardo rivolto al futuro*, in *Istituzioni del federalismo*, 1/2021, 77-105.

¹⁴⁷ M.P. IADICICCO, *Pandemia e rapporti tra Stato e regioni in sanità*, cit., 641. S. NERI, *Più Stato e più Regioni. L'evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2/2020, 240 ha osservato come «l'emergenza ha evidenziato a più riprese le necessità di coordinamento centrale delle misure atte a fronteggiarla; dall'altro, è egualmente emersa in tutta la sua importanza la capacità di fornire risposte flessibili e mirate alle specifiche esigenze create dall'epidemia sul territorio, da parte delle Regioni».

¹⁴⁸ Su questi temi, F. GIUFFRÈ, *Editoriale: Tra territorio e spazio: un invito alla riflessione sulle prospettive dell'ordinamento costituzionale*, in questa *Rivista*, 3/2018; G. AZZOLINI, *Senza centro e senza tempo. Ancora sul potere della globalizzazione*, in *Pol. Soc.*, 3/2017, 426;

comunicato l'impegno assunto nel suo Piano strategico 2021-2023 per promuovere la crescita della capacità multidisciplinare, la quale è necessaria per le sfide sanitarie complesse che si affacciano a livello nazionale e internazionale.

A tal proposito, il mancato aggiornamento del piano pandemico, su cui l'OMS puntava sin dagli anni 2000, ha di certo rappresentato un *vulnus* per nulla trascurabile, un errore da non commettere in futuro. Servono, infatti, approcci e sforzi globali per affrontare sfide che nemmeno i sistemi sanitari più efficienti riuscirebbero a vincere, senza una collaborazione a livello internazionale e un'azione concertata tra gli Stati.

L. RONCHETTI, *Il nomos della deterritorializzazione*, in *Rivista dir. cost.*, 2003, 108; T.E. FROSINI, *Il Costituzionalismo nella Società tecnologica*, in AA.VV., *Liber Amicorum per Pasquale Costanzo. Diritto costituzionale in trasformazione*, vol. I, *Costituzionalismo, Reti e Intelligenza Artificiale*, in *Consulta OnLine*, 2020, www.giurcost.org; O. CARAMASCHI, *Tra deterritorializzazione del potere e mondializzazione e giuridica: quali spazi per un costituzionalismo "tecnologico" (o "digitale")?*, *ivi*, 15-24; L. ANTONINI, *Globalizzazione e nuove sfide del costituzionalismo*, in *Dir. pubbl.*, 2/2019, 328; ID., *Alla ricerca del territorio perduto: anticorpi nel deserto che avanza*, in *Riv. AIC*, www.rivistaaic.it, 2/2017; I. CIOLLI, *Spazio, territorio, "luoghi strani". La conformazione dello spazio politico negli Stati illiberali*, in *Oss. cost.*, 2/2018; ID., *Il territorio europeo tra processi federali e spinte neofeudali*, su *Federalismi.it*, 31/2020, www.federalismi.it, 25 ss.