



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

15° Ciclo Dottorato  
“Management & Law”  
Diritto Pubblico dell’Economia

**Il diritto alla salute e le esigenze di bilancio.**

**Il caso della Regione Marche**

**Tutor**

**Prof.ssa Monica De Angelis**

**Dottoranda**

**Maura Pesarini**

## Indice

Introduzione.....	6
Parte Prima .....	14
Capitolo I .....	14
1. La complessità del sistema sanitario italiano, il diritto alla salute e la sua attuazione nel SSN.....	14
1.1 Lo sfondo teorico, inquadramento del diritto alla salute .....	14
1.1.1 La salute come diritto fondamentale .....	14
1.1.2 Il diritto alla salute e la Corte Costituzionale .....	21
1.1.3 La legge 833/78 e la successiva evoluzione normativa .....	24
1.2 La devoluzione in sanità, il contenimento della spesa sanitaria e la salute finanziariamente condizionata.....	28
1.2.1 Il federalismo sanitario .....	28
1.2.2 La riforma costituzionale e quella mancata .....	31
1.3 I livelli essenziali di assistenza quale parametro di riferimento per l'erogazione delle prestazioni in relazione ai vincoli di bilancio .....	37
1.3.1 La definizione dei LEA e il loro carattere di essenzialità .....	37
1.3.2 L'ingresso delle regioni nel procedimento di codeterminazione dei Lea .....	47
1.3.3 I Nuovi LEA .....	51
1.4 Il sistema di valutazione dei livelli essenziali di assistenza .....	53
1.4.1 Il processo di valutazione dei LEA .....	53

1.4.2	Gli adempimenti e il mantenimento dei LEA .....	57
1.4.3	Prospettive future per la valutazione dei LEA .....	58
Capitolo II .....		61
2.	Il finanziamento del sistema sanitario e il contenimento della spesa pubblica .....	61
2.1	Lo strumento pattizio: una modalità di dialogo tra soggetti Istituzionali in un'ottica federalistica. ....	61
2.2	Deficit e controllo: i Piani di Rientro il forzoso equilibrio economico-finanziario ....	74
2.3	I costi e i fabbisogni standard un criterio gestionale per le risorse nel sistema sanitario tra limiti ed opportunità .....	83
2.3.1	Il federalismo fiscale nella legge 42/09 .....	83
2.3.2	L'attuazione della legge n.42/09, il d.lgs. n. 68/2011 .....	85
2.3.3	Criteri per l'individuazione delle Regioni benchmark.....	87
Parte seconda .....		91
Capitolo III .....		91
3.	Vincoli di bilancio e sanità, il caso della regione Marche.....	91
3.1	La sostenibilità del sistema sanitario regionale, le risposte ai dettami nazionali ...	91
3.2	Le leggi regionali che hanno delineato la struttura dell'ordinamento marchigiano in ambito sanitario.....	95
3.2.1	La fase iniziale, ambiti territoriali e Unità sanitarie locali, dal 1978 al 1990..	100
3.2.2	La fase intermedia, riduzione delle Unità Sanitarie Locali ed istituzione dell'ARS, dal 1990 al 2000.....	109

3.2.3 Dal 2000 ad oggi, modifiche all'impianto di base del sistema sanitario regionale .....	122
3.3 L'assetto attuale .....	136
3.3.1 Prospettive future .....	148
3.3.2 Criticità .....	156
Alcune riflessioni conclusive.....	165
APPENDICE.....	175
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI .....	185

## Introduzione

### Contesto

La crisi economica e finanziaria ha spinto gli Stati europei a rafforzare gli strumenti e le procedure per una più rigorosa politica di bilancio, cercando di garantire una maggiore solidità finanziaria dell'area europea nell'ottica di rilanciare prospettive di sviluppo.<sup>1</sup> L'Italia, così come l'intera Unione Europea, attraversando un lungo periodo di rallentamento economico ha attuato rilevanti restrizioni di bilancio, che hanno comportato limitazioni alla spesa pubblica<sup>2</sup>.

La salute è un diritto fondamentale<sup>3</sup> e un interesse per la collettività ma che sembra oramai declinarsi strettamente e nettamente nell'ambito della legislazione concorrente come diritto finanziariamente condizionato<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Il Patto Euro Plus, adottato dal Consiglio nel vertice del 23- 24 marzo 2011, modifica l'art. 136 TFUE, e il meccanismo di stabilità finanziaria si basa esplicitamente sul principio di "rigorosa condizionalità". Viene meno quella linea di controllo dei bilanci pubblici, varata con il Trattato di Maastricht, per cui "lo stato resta padrone della distribuzione delle risorse...ma non controlla la possibilità di incrementare le spese ricorrendo al debito pubblico" passando ad un regime molto più stringente, S. CASSESE, *La nuova costituzione economica europea*, Roma-Bari, 2012, pp. 322-323. Per un approfondimento circa "i condizionamenti", in Italia, "e l'impossibilità di prescindere", individuati fin dalla Comunità economica europea si veda G. AMATO, A. BARBERA, *Manuale di diritto pubblico*, V ed., Bologna, 1997, p. 118 ss.

<sup>2</sup> Per un'attenta analisi delle misure intraprese per la riduzione del debito pubblico: G. NAPOLITANO, *Il nuovo Stato salvatore: strumenti di intervento e assetti istituzionali*, in GDA, 2008; M. FORTIS, *La crisi mondiale e l'Italia*, 2009.

<sup>3</sup> Sulla pluralità di significati del diritto alla salute, M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. soc.*, 1980, pag. 780 e ss; G. CORSO, *I diritti sociali nella costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1981, pag. 768 e ss; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1983, pag. 23; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1984, pag. 31; N. AICARDI, *La sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo. Diritto amministrativo speciale*, Tomo I, pp. 625-632.

La stessa giurisprudenza costituzionale precisa che il diritto alla salute, non diversamente da ogni altro diritto a prestazioni positive, si presenta come “diritto costituzionalmente condizionato” rispetto alle risorse organizzative e finanziarie effettivamente disponibili, e comunque senza che sia mai inteso giustificare, come evidenzia il riferimento della Corte alla esplicita riserva del controllo di ragionevolezza sugli interventi legislativi in materia, una piena ed incondizionata disponibilità del diritto alla salute davanti alle contingenze di ordine finanziario. La Corte si esprime in merito precisando che il canone del “bilanciamento”<sup>5</sup> con le risorse disponibili allo scopo non può implicare una “degradazione della tutela primaria assicurata dalla Costituzione a una puramente legislativa.”<sup>6</sup>

La recente novellazione dell’art. 81 della Costituzione, a seguito della governance europea dei conti pubblici, istituzionalizzando una responsabilità finanziaria a lungo trascurata, conduce alla riflessione che non sembra possibile

---

<sup>4</sup> Attenta dottrina ricorda, a questo proposito, che la Corte costituzionale, nella giurisprudenza degli ultimi due decenni, non si è mostrata certo insensibile ai vincoli finanziari, tanto da “*contrarre sensibilmente il raggio d’azione del proprio controllo sulle scelte politiche in ordine alla riforme onerose*”, C. SALAZAR, *Crisi economica e diritti fondamentali*, in *Rassegna Parlamentare*, 4, 2013

<sup>5</sup> Dalla disamina di alcune sentenze relative alle politiche di contenimento della spesa pubblica, si rileva l’orientamento della Corte Costituzionale a sostenere la priorità della stabilità della finanza pubblica introducendo un modello economico che innova profondamente l’impianto costituzionale ridimensionando la tutela della salute, riconducendola alla garanzia di un livello definito essenziale, d’altro canto bisogna al contempo rilevare il complesso bilanciamento costituzionale, che in un’ottica di compromesso, cerca di tutelare il diritto alla salute. In riferimento al collegamento tra tutela della salute e la garanzia sostanziale dello stesso, si veda C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano, 1991, pp.49 e ss.

<sup>6</sup> Corte Cost. sent. n. 445 del 1990.

relativizzare, o persino neutralizzare, l'incombenza dei vincoli finanziari che possono investire il diritto alla salute<sup>7</sup>.

Il diritto alla salute si confronta con l'introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Costituzione<sup>8</sup>, e ci si domanda se ciò rappresenta solo un vincolo, oppure può rappresentare un'opportunità.

Vincolo, in quanto rigidi parametri economico finanziari conducono ad una compressione del diritto alla salute, che oggi viene ad essere garantito, nella sua parte essenziale ed inderogabile, identificandosi con i Livelli Essenziali di Assistenza. Per la sanità pubblica la crisi determina una riduzione delle risorse fiscali e delle possibilità di espansione della spesa. Cresce il rischio per le Regioni di incorrere in deficit di bilancio e di essere quindi sottoposte alla procedura dei Piani di rientro.

Opportunità, in quanto la normativa degli ultimi decenni ha comunque innovato il sistema sanitario, le sue modalità di finanziamento e di erogazione del servizio sanitario, comportando una revisione dei bilanci delle Autonomie regionali che

---

<sup>7</sup> Si veda tra le diverse sentenze della Corte Costituzionale, la sentenza n. 115 del 2012, nella quale si perviene alla dichiarazione di incostituzionalità di una parte della legge della Regione Friuli Venezia Giulia che nel disciplinare i servizi finalizzati a garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, determinava nuovi oneri per la finanza pubblica, non adempiendo rigorosamente all'obbligo di copertura finanziaria della spesa medesima, ancorché essa fosse qualificata come puramente eventuale.

<sup>8</sup> Nel dare attuazione agli obblighi internazionali la legge costituzionale n. 1 del 2012 ha riscritto non soltanto l'art. 81 Cost., relativo all'equilibrio del bilancio statale, ma anche gli art. 97 e 119 Cost., prevedendo che *"le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico"* (art. 97, primo comma, Cost.) e, specificamente, che *"i Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa nel rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci e concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari dovuti all'ordinamento dell'Unione europea"* (art. 119, primo comma, Cost.).

hanno portato ad una razionalizzazione nell'uso delle risorse e al contempo, l'erogazione delle prestazioni sanitarie inderogabili e necessarie.

La crisi, quindi, può rivelarsi come un'occasione per tagliare gli sprechi, migliorare l'organizzazione dei servizi, ridurre le inefficienze. Le risorse così risparmiate possono essere reinvestite nella ricerca e nella valutazione delle nuove tecnologie. Se la riduzione della spesa non si accompagna necessariamente ad una riduzione della qualità dei servizi, il migliore controllo della spesa sanitaria potrebbe migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza del sistema sanitario. Gli effetti sulla salute e le potenzialità delle politiche per la sua tutela vengono così pensate in modo specifico, in funzione della popolazione maggiormente a rischio, concentrando energie e risorse.

Questo processo, così avviato, ha comportato la coesistenza di norme nazionali e regionali al fine dell'individuazione di nuove forme organizzative per affrontare la crisi costituendo un quadro eterogeneo nell'erogazione dei servizi sanitari, delineando per ciascuna Regione un proprio sistema sanitario frutto di politiche e di strumenti consoni alle esigenze e ai bisogni espressi dalla popolazione di un determinato territorio.

## Oggetto

L'oggetto di questo lavoro è quello di rilevare, mediante l'illustrazione di alcune norme che maggiormente hanno inciso sulle scelte di politica sanitaria, se alla luce della riduzione delle risorse disponibili e dell'introduzione dei Lea, siano garantite le condizioni di uniformità, eguaglianza, stabilità nella tutela del diritto alla salute.

Il lavoro si presenta strutturato in due Parti e tre Capitoli preceduti dalla presente Introduzione di presentazione del lavoro.

Nella prima Parte, Capitolo I, viene tracciata l'evoluzione normativa che ha condotto all'attuale fisionomia del diritto alla salute e della sua tutela nell'assetto giuridico del sistema sanitario italiano.

Successivamente, vengono analizzate, seppur brevemente, le principali riforme che hanno interessato il settore sanitario e gli snodi istituzionali che le hanno caratterizzate. Dopo aver tracciato il necessario riferimento ai cambiamenti dell'assetto istituzionale avvenuti nel 2001 con la riforma del Titolo V, Parte II, della Costituzione nell'equilibrio delle competenze legislative, regolamentari ed amministrative di Stato, Regioni ed enti locali avviando così il processo di federalismo, si evidenzia un elemento innovatore della riforma concernente il ribaltamento del criterio del riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni, di cui all'art. 117 della Costituzione per il quale lo Stato risulta attualmente competente in via esclusiva solo nelle materie espressamente attribuitegli dalla Costituzione, salva la determinazione dei principi fondamentali in ambito concorrente. Nel contesto istituzionale la salute si compone di due profili essenziali: quello della difesa dell'integrità psico-fisica della persona umana di fronte alle aggressioni o alle condotte, comunque lesive di terzi in relazione al quale si configura come diritto *erga omnes*, (immediatamente garantito dalla Costituzione e, come tale, direttamente tutelabile e azionabile dai soggetti legittimati nei confronti degli autori dei comportamenti illeciti) e quello della pretesa a ricevere prestazioni positive da parte della Repubblica per la tutela della salute, (in termini di diritto a trattamenti sanitari, come tale soggetto alla determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del legislatore). Da qui, il riconoscimento della doppia natura del diritto alla salute quale diritto di libertà e diritto a prestazioni per la sua tutela.

Nel Capitolo II si delinea il percorso che, con la devoluzione in sanità, ha condotto ad una profonda revisione del sistema sanitario nazionale, dove l'effettivo dimensionamento del diritto alla salute nasce proprio con il primo grande tentativo,

da parte dello Stato, di responsabilizzare<sup>9</sup> le Regioni di quelle spese che eccedono gli importi derivanti dalla ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale<sup>10</sup>.

Il meccanismo dei costi standard diviene il protagonista della legislazione sul federalismo fiscale, quale criterio di riferimento, in luogo del costo storico, per il riparto delle risorse finanziarie tra le Regioni; lo strumento pattizio, la modalità con cui lo Stato e le Regioni si assumono reciproci impegni di contenuto sia rispetto alle risorse statali destinabili al finanziamento della spesa sanitaria sia al recupero e al contenimento di eventuali scostamenti.

Si rileva il percorso necessario al bilanciamento tra le risorse a disposizione e le prestazioni da erogare, considerando che quando si prediligono politiche rivolte più al contenimento delle spese che non verso la razionalizzazione delle stesse, le politiche sono più efficaci nel breve periodo abbassando i costi in modo lineare, ma rischiando nel lungo periodo, di colpire in modo indiscriminato, i livelli delle prestazioni.

Quindi, la questione del finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie costituisce un punto cruciale del diritto sanitario tenuto conto della stretta correlazione che sussiste tra l'effettività del diritto alla salute e le risorse disponibili. La crescita incontrollata della spesa sanitaria rappresenta una delle ragioni che hanno determinato la crisi attuale e il conseguente ricorso generalizzato a criteri di allocazione delle risorse che consentono la selezione delle priorità sanitarie nonché la revisione dell'originario impianto di tipo universalistico a favore di modelli fondati

---

<sup>9</sup> D. CEPIKU, G. FIORANI e M. MENEGUZZO, *Sostenibilità dei Servizi sanitari e valutazione delle "performance"*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di) *La Sanità in Italia, Organizzazione, governo regolazione, mercato*, 2010.

<sup>10</sup> In questo quadro di permanenza degli obiettivi fondamentali e di evoluzione delle risposte, conduce all'esame dell'assetto configurato dalla legge 42/09 riguardo al servizio sanitario, che offre l'occasione per verificare nel concreto quali effetti ha prodotto nell'ordinamento il processo di decentramento avviatosi, con le riforme amministrative e costituzionali, a partire dagli anni Novanta.

sul principio dell'appropriatezza delle cure sanitarie. Nel sistema costituzionale tale passaggio ha portato alla costruzione del concetto del diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato ma anche all'individuazione di un punto di equilibrio tra esigenze di finanza pubblica e tutela del nucleo incompressibile del diritto alla salute e alla necessaria copertura, da parte del servizio pubblico, del contenuto essenziale del diritto alla salute che diviene al contempo contenuto esigibile.

Con la legge 42/09 e il suo decreto legislativo 68/2011 si realizza un momento di svolta nell'attuazione di un sistema sanitario in grado di proteggere la salute dei singoli compatibilmente con i vincoli di bilancio. L'introduzione dei costi standard, per la ripartizione delle risorse in sanità, da una parte comporta un aumento del livello delle prestazioni erogate, dall'altro però conduce ad un sistema strettamente basato su formule e calcoli matematici che non si concilia con la protezione del diritto salute. In attuazione della legge n. 42/2009 e del decreto legislativo n. 68/2011, si evidenzia il percorso che ha portato all'individuazione delle Regioni benchmark per la determinazione dei costi standard.

Inoltre, vengono individuati le istituzioni e i modelli deputati al monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza per verificare il raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nelle singole Regioni. Nello specifico, sono presi in considerazione gli attuali strumenti di monitoraggio e le ipotesi di miglioramento per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nel territorio nazionale in tutte le componenti, che riguardano l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza, e per ciascun micro livello di assistenza. Viene posto l'accento sulle relazioni tra Stato e Regioni soprattutto in riferimento ai Piani di rientro mediante i quali il legislatore statale ha guadagnato un ulteriore titolo di intervento in materia di tutela della salute; accanto ai principi fondamentali delle materie tutela della salute ed alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, lo Stato adduce adesso il parametro del coordinamento della finanza pubblica.

Nella Parte seconda di questo lavoro, Capitolo III, al fine di evidenziare come tali scelte siano state recepite a livello regionale, delineando un sistema sanitario frutto del combinato disposto di norme nazionali e delle conseguenti decisioni locali, si è preso in esame il caso dell'esperienza condotta da una regione in particolare.

Viene illustrato il caso della Regione Marche, una regione che pur rispettando i vincoli posti a livello nazionale, anche alla luce della riforma costituzionale del 2001, ha ridisegnato il suo sistema sanitario regionale, da un lato prevedendo un accentramento delle funzioni di controllo e di scelte politiche fondamentali e dall'altro attribuendo, a livello decentrato, attività di programmazione e gestione. Il sistema sanitario regionale è frutto di ripetuti interventi legislativi che ne hanno, nel tempo, definito l'assetto, senza dimenticare che spesso le scelte politiche e normative della Regione sono state dettate dall'imperativo di dover rispettare i dettami delle norme nazionali. In questo contesto si inserisce una ricostruzione del quadro normativo, costituito delle norme e dalle delibere più importanti ed incisive che hanno condotto alla realizzazione dell'odierno sistema sanitario regionale.

In allegato al lavoro, infine, vi sono interviste semi-strutturate ai rappresentanti della sanità della Regione Marche, regione benchmark per la determinazione dei fabbisogni e costi standard, come testimoni privilegiati dell'assetto attuale del servizio sanitario regionale.

Parte Prima

## Capitolo I

### **La complessità del sistema sanitario italiano, il diritto alla salute e la sua attuazione nel SSN**

#### **1.1 Lo sfondo teorico, inquadramento del diritto alla salute**

##### **1.1.1 La salute come diritto fondamentale**

Il diritto alla salute non può non essere inquadrato alla luce delle sue vicende costituzionali e politico-sociali che in un contesto storico ne rilevano il suo significato e le sue implicazioni.

Il diritto alla salute è un diritto complesso, non a caso l'art. 32 della Costituzione<sup>11</sup> utilizza, per la sua situazione giuridica, l'aggettivo fondamentale, "*come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*"<sup>12</sup>, aggettivo che non figura in altre norme sempre previste a rango costituzionale<sup>13</sup>.

Il diritto alla salute proclamato dalla nostra Costituzione all'art.32 come diritto fondamentale, viene inteso sia come diritto individuale all'integrità psico-fisica sia

---

<sup>11</sup> Sul diritto alla salute nell'ordinamento italiano si veda: R. FERRARA, *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in *Salute e sanità*, a cura di R. FERRARA, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. RODOTA', P. ZATTI, Milano, 2010, 3 ss.; A. SIMONCINI E. LONGO, *Art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI, Torino, I, 2006, 655 ss.; R. BALDUZZI, voce *Salute* (diritto alla), in *Diz. Dir. Pubbl.*, diretto da S. CASSESE, vol. VI, Milano, 2006, 2593.

<sup>12</sup> Si rinvia a M. SICLARI *L'art. 32, primo comma, della Costituzione*, in *Monitor*, 2012, 29, pagg. 14-20.

<sup>13</sup> C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, ora in *Raccolta di scritti*, III, 1972, pp. 433 ss.

come diritto sociale di prestazione. Nel primo caso il diritto alla salute è connotato dall'essere espressione della libertà individuale positiva, cioè come curarsi, sia della libertà negativa, cioè se curarsi. Nel secondo caso, il diritto alla salute, inteso come diritto a prestazioni sanitarie, al pari di ogni diritto a prestazioni positive basato su norme di carattere programmatico impositive di un determinato fine da raggiungere è garantito ad ogni persona come diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con altri interessi protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento.<sup>14</sup>

La cedevolezza del diritto alla salute, rispetto ad altre esigenze, incide sull'attributo di fundamentalità<sup>15</sup>. Questo comporta una funzione di indirizzo dell'attività interpretativa in sede di bilanciamento che si converte nel dovere del legislatore di procedere alla sua comparazione con altre situazioni

---

<sup>14</sup> Corte Cost., sentt. n. 1011 del 1988, n. 455 del 1990, n. 247 del 1992; n. 267 del 1998. In particolare con la sentenza della Corte Costituzionale n. 455 del 1990 si è ritenuta ragionevole la disposizione di legge della provincia di Trento n. 6 del 14 marzo 1983, nella parte in cui prevede che le prestazioni sanitarie erogate dalle case di riposo alle persone anziane non autosufficienti siano poste a carico della USL nei limiti che la giunta provinciale stabilisce in riferimento al numero delle persone assistibili e al costo pro capite. Con la sentenza della Corte Costituzionale n. 247 del 1992 si sono legittimate le norme statali e regionali che non prevedono il rimborso integrale delle prestazioni sanitarie ospedaliere fornite all'estero ma consentono per tali prestazioni un congruo ristoro, 80% della spesa sostenuta.

<sup>15</sup> L. CARLASSARE, *Diritti di prestazione e vincoli di bilancio*, in *Costituzionalismo.it*, 3/2015, il diritto alla salute viene definito nell'ordinamento italiano come diritto fondamentale con l'entrata in vigore della Costituzione e "innegabile [...] è la forza che deriva a un diritto dall'essere l'unico qualificato 'fondamentale'".

costituzionalmente protette, fornendo specifica giustificazione alla propria scelta<sup>16</sup>.

Al diritto alla salute corrisponde il dovere di tutti i livelli istituzionali dello Stato di ricercare ogni soluzione in grado di assicurare l'effettiva tutela della salute delle persone.

Luogo del bilanciamento viene ad essere individuato nell'applicazione dell'art. 32 della Costituzione, che se da un lato non fa alcun riferimento, almeno sul piano letterale, all'obbligo di intervento diretto dei pubblici poteri, dall'altro si esprime con maggiore specificità nella parte in cui afferma che lo Stato "garantisce cure gratuite agli indigenti".<sup>17</sup>

Anche se così si prospetta un intervento che da un lato è di tipo selettivo, poiché riguarda solo gli indigenti e non la generalità della popolazione, e dall'altro non è necessariamente diretto, potendo le cure gratuite essere garantite da un sistema sanitario privato sovvenzionato con risorse pubbliche.

---

<sup>16</sup> La Corte Costituzionale con la sentenza n. 203 del 2008 e successivamente con la sentenza 187 del 2012 riconosce la necessità che nel bilanciamento degli interessi si tenga conto delle possibilità economiche dello Stato indicando come la compartecipazione degli utenti del SSN non sia di per sé incompatibile con la Costituzione (v. il c.d. *ticket* introdotto dall'art. 1, comma 796, lettera p, della legge n. 296 del 2006), *"in quanto la disciplina in materia di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie persegue un duplice scopo: l'esigenza di adottare misure efficaci di contenimento della spesa sanitaria e la necessità di garantire, nello stesso tempo, a tutti i cittadini, a parità di condizioni, una serie di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza entrambe fornite di basi Costituzionali"*

<sup>17</sup> A DE ROBERTO, *La salute nella costituzione*, in M. ANDREIS (a cura di), *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Milano, 2006, che osserva "Come tutti gli interessi pubblici direttamente identificati dalla carta costituzionale e non affidati perciò, per la loro individuazione a minori congegni normativi (legge ordinaria, legge regionale) l'interesse alla salute viene a collocarsi, così, tra gli interessi pubblici che in considerazione al rango loro inerente risultano destinati, in caso di conflitto con altri interessi pubblici, a prevalere su questi ultimi non salvaguardati – a differenza della salute – a livello costituzionale".

Il carattere speciale della disposizione sulle persone indigenti del resto non può vanificare la portata del previo riconoscimento della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività.

Se in una prima interpretazione tale espressione era considerata limitata entro determinati confini, successivamente la natura fondamentale della posizione soggettiva ha portato ad un progressivo abbandono di tale esegesi.

Questa affermazione, infatti, è da ritenersi espressamente collegata al principio di eguaglianza sostanziale come affermato nell' art. 3, comma 2, della Costituzione<sup>18</sup>. Circa il significato da attribuire al termine "fondamentale" utilizzato dal cit. art. 32, la dottrina non appare uniforme. Alcuni autori ricomprendono in tale termine i requisiti della essenzialità e dell'inviolabilità,<sup>19</sup> altri ritengono il termine "fondamentale" privo di rilevanza giuridica, in quanto non adeguato a chiarire una situazione giuridica in ogni caso da valutare.<sup>20</sup>

Si è assistito, quindi, nel corso del tempo, alle sue diverse interpretazioni, dovute alle contrapposizioni tra chi lo riteneva il diritto alla salute in supremazia assoluta rispetto ad altri diritti e a chi invece un diritto fra i diversi riconosciuti a livello costituzionale<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup> L'art. 3, comma 2, Cost. assegna alla Repubblica il compito "di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

<sup>19</sup> C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano, Giuffrè, 1991, pp.23 ss

<sup>20</sup> L. PRINCIPATO, *Il diritto costituzionale alla salute: molteplici facoltà più o meno disponibili da parte del legislatore o differenti situazioni giuridiche soggettive*, in *Giur. cost.*, 1999, pp. 2512 – 2513.

<sup>21</sup> Per una ricognizione dei diversi profili nel quale si articola il diritto alla salute, A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali, parte generale*, Padova, 1990, p.44; M. LUCIANI, *Diritto alla salute (dir. cost)*, in *Enc. Giur.*, XI, Roma 1989, p. 5; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana, profili sistematici*, Milano, 2002.

A lungo la dottrina ha contestato la legittimità dell'inserimento della tutela della salute tra i diritti fondamentali dell'uomo, sulla convinzione che la tutela della salute fosse fondata sul principio di eguaglianza anziché su quello di libertà<sup>22</sup>.

L'evoluzione del concetto di Stato di diritto<sup>23</sup> ha condotto, nel tempo, a mutare tali orientamenti, portando a considerare i diritti sociali, degni della protezione dell'ordinamento, in virtù dell'assenza di contrasto tra il principio di eguaglianza e il principio di libertà.<sup>24</sup>

Il diritto alla tutela della salute, tra i diritti sociali, assurge come diritto fondamentale nella nostra Costituzione collocandosi alla pari dei diritti classici di libertà<sup>25</sup>. La stessa giurisprudenza costituzionale<sup>26</sup> a volte si è orientata nella possibilità di

---

<sup>22</sup> Per un approfondimento si veda M. LUCIANI, Salute, I, Diritto alla salute – Diritto costituzionale, voce, in Enc. giur., XXVII, Roma, 1991, p. 2.

<sup>23</sup> D. ZOLO, *Teoria e critica dello Stato di Diritto*, e P. COSTA *Lo Stato di Diritto: un'introduzione storica*, in P. COSTA e D. ZOLO (a cura di) *Lo Stato di Diritto*, Milano, Feltrinelli, 2002, pp. 17-88; 89-170

<sup>24</sup> A. BALDASSARE, in voce Diritti inviolabili, in Enciclopedia Giuridica vol. XI, 1989.

<sup>25</sup> R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI – G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, p. 25.

<sup>26</sup> Si veda una delle ultime sentenze della Corte Costituzionale in merito a tale bilanciamento. Corte Cost., sent. n. 85 del 2013, La vicenda è giunta all'esame della Corte Costituzionale a seguito della emanazione del D.L. 207 del 2012 il quale aveva stabilito la possibilità di proseguire l'attività di impresa in stabilimenti sottoposti a sequestro giudiziario, nel rispetto di specifiche prescrizioni di tutela ambientale, qualificando poi espressamente l'impianto siderurgico Ilva di Taranto quale stabilimento di interesse nazionale e l'Autorizzazione Integrata Ambientale rilasciata in pendenza del sequestro idonea prescrizione specifica. Un giudice remittente aveva dubitato che questa disposizione, tenuto conto del notorio carattere inquinante della produzione, collidesse con la protezione della salute, art. 32 Costituzione in quanto bene fondamentale, ma la Corte si è mostrata di diverso avviso avendo dichiarato che: *"Tutti i diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione si trovano in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile pertanto individuare uno di essi che*

procedere ad un bilanciamento del diritto alla salute con altre posizioni di rango costituzionale.<sup>27</sup>

Il posizionamento del diritto alla salute tra i diritti finanziariamente condizionati,<sup>28</sup> ossia di un diritto il quale è intrinsecamente relativo anziché assoluto, e quindi necessariamente legato alle quantità delle risorse disponibili ed impegnate, deve comunque consentire, se si vuole rispettare l'art. 32, un minimo garantito.<sup>29</sup>

---

*abbia prevalenza assoluta sugli altri. La tutela deve essere sempre sistemica e non frazionata in una serie di norme non coordinate ed in potenziale conflitto tra loro. Se così non fosse si verificherebbe l'illimitata espansione di uno dei diritti, che diventerebbe tiranno nei confronti di altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona".* Queste affermazioni prendono spunto dal posto che spetta, tra i diritti o valori costituzionali, ad ambiente e salute. Per quanto li si qualifichi fondamentali o primari, né l'uno né l'altra occupano la sommità di un «ordine gerarchico assoluto», di una «gerarchia» rigida tra i diritti fondamentali». Anch'essi circolano nel «continuo e vicendevole bilanciamento tra principi e diritti fondamentali», guidato dai principi di proporzionalità e ragionevolezza, e possono quindi essere adattati ad altre esigenze di tutela con l'unica garanzia di non venire sacrificati nel nucleo essenziale.

<sup>27</sup> Se la più recente giurisprudenza costituzionale, nega che il carattere fondamentale del diritto alla salute possa fungere da criterio per il superamento di conflitti tra diritti costituzionali, è vero che tale decisione non tocca direttamente il profilo del diritto a prestazioni sanitarie, ma piuttosto quello della tutela della salute come integrità fisica e psichica, tuttavia, le argomentazioni addotte nella sentenza della Corte Costituzionale n. 85 del 2013 sembrano formulate in modo tale da escludere la possibilità di una valorizzazione interpretativa del connotato della fundamentalità in sede di bilanciamento, qualunque sia il profilo del diritto alla salute coinvolto.

<sup>28</sup> Tale diritto, costituzionalmente riconosciuto come diritto fondamentale e primario impone piena ed esaustiva tutela (Corte cost., sent. n. 992 del 1988 che dichiara l'illegittimità costituzionale delle leggi finanziarie del 1984 e del 1985 nella parte in cui escludono l'eseguibilità di prestazioni di diagnostica specialistica ad alto costo presso strutture private non convenzionate). Tale tutela tuttavia, ritiene la Corte si articola in situazioni giuridiche soggettive diverse in dipendenza della natura e del tipo di protezione che l'ordinamento assicura al bene dell'integrità ed equilibrio fisici e psichici della persona umana in relazione ai rapporti giuridici cui in concreto si inserisce e può incontrare limiti nella tutela di interessi costituzionalmente protetti quali l'interesse al buon andamento della PA (Corte cost., sent. n. 212 del 1983).

<sup>29</sup> La corte Costituzionale con la sua sentenza n. 309 del 1999 sottolinea a tale proposito che *"le esigenze di finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso*

Raffrontando l'art. 32 Cost. ed i valori costituzionali, come i principi di eguaglianza e solidarietà, si delinea il rafforzamento della posizione detenuta dal diritto alla salute, tanto da condurlo, alla stregua dei precetti costituzionali che ne rimettono allo Stato il compito di tutela in quanto "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", ed assume una forza analoga a quelle delle tradizionali libertà individuali. Questo non solo in riferimento al profilo negativo, ad esempio per quanto attiene alla esclusione dei trattamenti sanitari obbligatori<sup>30</sup>, salvi quelli previsti per legge ai fini della tutela della salute pubblica<sup>31</sup>, ma anche sotto l'aspetto positivo-negativo, e cioè il diritto alla tutela in relazione alle situazioni potenzialmente pregiudizievoli per la salute. Per giungere alla valenza "positiva" del diritto alla salute, tutelato dalla legislazione ordinaria, e dal primo comma dell'art 32 Cost., riferito alla tutela della integrità psico-fisica della persona<sup>32</sup>.

---

*talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto nella Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana".*

<sup>30</sup> Corte Cost., sentt. n. 218 del 1994, n. 399 del 1996. "Le simmetriche posizioni dei singoli si contemperano con gli interessi essenziali della comunità, che possono richiedere la sottoposizione della persona a trattamenti sanitari obbligatori, posti in essere anche nell'interesse della persona stessa, o prevedere la soggezione di essa ad oneri particolari"

<sup>31</sup> La giurisprudenza costituzionale ha delineato con chiarezza i limiti entro cui possono ritenersi legittimi trattamenti sanitari obbligatori a tutela della salute pubblica (ricovero coatto malati di mente, accertamenti di assenza di tossicodipendenza o di sieropositività HIV. Tali trattamenti possono essere imposti solo dalla necessità di salvaguardare contemporaneamente la salute individuale e la salute collettiva, nel senso cioè che l'eventuale conflitto tra la libertà individuale e l'interesse della salute collettiva può essere risolto a favore di quest'ultimo solo nei casi in cui la sua tutela non contrasti ma coincida con la tutela della salute individuale. Corte Cost., sentt. n. 307 del 1990, n. 132 del 1992 in tema di vaccinazione antipoliomelittica. Corte Cost., sent. n. 218 del 1994 in tema di prevenzione e lotta contro l'Aids.

<sup>32</sup> È il contenuto proprio del diritto alla salute, tutelato come diritto soggettivo direttamente azionabile erga omnes (Corte cost., sentt. n. 247 del 1974, n. 88 del 1979, n. 356 del 1991, n. 107del 2012), sia

Ma l'introduzione di una assistenza in qualche misura definibile incondizionata,<sup>33</sup> se ha condotto ad un sistema che da una lato ha celebrato il sistema c.d. del welfare, dall'altro si è dovuto ben presto confrontare con il problema delle risorse disponibili per la sua sostenibilità.

Solo in presenza di disponibilità economiche illimitate di può affermare un diritto incondizionato di cura, che comporta il diritto e il dovere di ottenere tutte le cure possibili ed erogabili in un dato momento storico.<sup>34</sup>

### **1.1.2 Il diritto alla salute e la Corte Costituzionale**

Considerare l'articolo 32 della Costituzione sia una norma precettiva che programmatica non è stato un percorso immediato, solo a partire dagli anni '70 la giurisprudenza sia di merito che costituzionale, ha cominciato a riconoscere l'immediata precettività dell'art. 32 relativamente al primo e al secondo comma, riconoscendo la struttura del diritto alla salute identica a quella di un diritto di libertà.<sup>35</sup>

L'art. 32 della Costituzione ha subito una lenta evoluzione e diversi percorsi interpretativi ne hanno contraddistinto l'approvazione in sede legislativa e giurisprudenziale. Si tratta di una norma attraverso la quale il costituente ha inteso attribuire un duplice significato al diritto alla salute, da un lato come un

---

nei confronti dei pubblici poteri, sia nei confronti dei privati (Corte cost. sentt. n. 88 del 1979, n. 184 del 1986, n. 557 del 1987, n. 202 del 1991).

<sup>33</sup> La legge 833/78 ha realizzato un vero e proprio capovolgimento nella relazione fra norma costituzionale e norma attuativa nel momento che a partire dalla sua entrata in vigore, il grado di protezione ad essa assicurato è diventato il criterio di lettura dell'articolo 32 della Costituzione.

<sup>34</sup> Per un approfondimento si veda M. S. MACINATI, *“Le aziende sanitarie pubbliche. La ricerca dell'economicità tra vincoli e margini di azione”*, 2007, pp.189 ss.

<sup>35</sup> Cass. S.U. nn. 796 del 1973, 5172 del 1979 e Corte Cost. sentt. nn. 247 del 1974, 88 del 1979, 212 del 1983, 184 del 1986, 559 del 1987.

“bene individuale da proteggere” e, dall’altro, come un “bene generale di rilevanza collettiva”.

La collocazione del diritto alla salute tra i diritti soggettivi si deve soprattutto agli orientamenti che la giurisprudenza costituzionale ha adottato nel risolvere le questioni relative a questo tema.<sup>36</sup>

Nella ricerca di un equilibrio, tra l’attuazione effettiva del diritto alla salute ed i vincoli finanziari, la Corte Costituzionale spesso si è espressa con una serie di sentenze volte a dirimere la problematica. La giurisprudenza costituzionale degli anni novanta si è incentrata sulla questione di bilanciare la coerenza di quanto previsto dall’art. 32 della Costituzione, con le norme che venivano susseguendosi

---

<sup>36</sup> Il diritto alla salute viene elevato a valore supremo del nostro ordinamento, con diverse sentenze. Secondo il costante orientamento della giurisprudenza costituzionale, il diritto alla salute è riconosciuto e garantito dall'art. 32 della Costituzione come un "diritto primario e fondamentale che (...) impone piena ed esaustiva tutela" (sentt. n. 184 del 1986, n. 559 del 1987, n. 992 del 1988, sent. n. 1011 del 1988, sent. n. 298 del 1990, sent. n. 307 del 1990). Questa tutela, tuttavia, si articola in situazioni giuridiche soggettive diverse in dipendenza della natura e del tipo di protezione che l'ordinamento costituzionale assicura al bene dell'integrità e dell'equilibrio fisici e psichici della persona umana in relazione ai rapporti giuridici cui in concreto inerisce. Osserva peraltro il giudice a quo che l'art. 32 della Costituzione tutela la salute non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto primario ed assoluto del singolo (Corte cost. sent. n. 88 del 1979, *‘Il bene della salute é direttamente tutelato dalla Costituzione (art. 32), non solo come interesse fondamentale della collettività ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo, pienamente operante nei rapporti fra privati e risarcibile indipendentemente da qualsiasi riflesso sull'attitudine del danneggiato a produrre reddito’* in <http://www.giurcost.org/decisioni/1979/0088s-79.html>.), e che siffatta tutela si realizza nella duplice direzione di apprestare misure di prevenzione e di assicurare cure gratuite agli indigenti, anche mediante intervento solidaristico (Corte cost. sent. n. 202 del 1981). Con la sentenza della Corte Costituzionale n. 112 del 21 maggio 1975 <http://www.giurcost.org/decisioni/1975/0112s-75.html> si viene a qualificare il diritto alla salute come un vero e proprio diritto soggettivo. Si veda in merito la posizione espressa da Massimo Siclari nel Convegno sul tema *“Sanità e salute nella giurisprudenza costituzionale”* svoltosi ad Alessandria nei giorni 3-4 novembre 2011, con la quale *“la portata della qualificazione del diritto alla salute come diritto soggettivo comporta che esso deve essere assicurato a tutti i cittadini secondo i principi di uguaglianza ed uniformità”*.

volte al ridimensionamento della gratuità delle cure. Tale bilanciamento, di interessi contrapposti, ha condotto la Corte Costituzionale ad esprimersi in modo che la spesa sanitaria deve essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie.<sup>37</sup>

Del resto proprio dalla necessità di garantire il bilanciamento del contenimento della spesa con la tutela della salute ha condotto la Corte Costituzionale a definire il diritto della salute come un diritto finanziariamente condizionato.<sup>38</sup>

Ma al contempo la stessa Corte si impegna ad individuare un limite che sia invalicabile, cioè un limite che non cede alle esigenze della finanza pubblica.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Corte Cost., sentenza n.356 del 23 luglio 1992 che affermava che in relazione alle spese sanitarie “in presenza di una inevitabile limitatezza delle risorse finanziarie, non è consentito poter spendere senza limite, avendo solo riguardo ai bisogni, quale ne sia la gravità e l’urgenza. E’ viceversa la spesa deve essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto conto ovviamente delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute”.

<sup>38</sup> La Corte Costituzionale, con la sentenza 06/07/1994, n. 304, definisce il diritto sociale alla salute come un diritto finanziariamente condizionato, *“come un diritto costituzionale condizionato dall’attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione, in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento”*.

<sup>39</sup> La Corte Costituzionale, si esprime in tal modo riconoscendo il diritto alla salute finanziariamente condizionato riconoscendo la compatibilità dei principi costituzionali con la partecipazione alla spesa sanitaria, anche sotto forma del pagamento dei tickets. Corte Cost. sent. n.07/07/1999, n. 309; 13/11/2000, n. 509; 05/07/2001, n. 252; 28/11/2005, n. 432; 22/10/2008, n. 354; 07/07/2010, n. 269; 18/10/2010, n. 299; 21/02/2011, n. 61

Tale principio riconosciuto ed affermato dalla giurisprudenza costituzionale è stato così inserito negli statuti delle Regioni italiane che hanno previsto la tutela del diritto alla salute tra gli obiettivi di interesse pubblico che essi devono perseguire.<sup>40</sup>

### **1.1.3 La legge 833/78 e la successiva evoluzione normativa**

Con la riforma sanitaria del 1978 è stato possibile dare concreta e piena attuazione all'art. 32, il quale, secondo una logica universalistica, sancisce il diritto alla salute di tutti gli individui.<sup>41</sup> Tale riforma ha segnato un momento importante per la definizione dei caratteri del diritto alla salute, dato che la stessa istituzione del servizio universale, di cui alla legge n. 833 del 1978, è accompagnata dall'esplicito riferimento, da parte del legislatore, alla esigenza di dare piena attuazione alla disposizione costituzionale<sup>42</sup>.

Questo processo già intrapreso dagli inizi degli anni '70,<sup>43</sup> comportò un passaggio significativo, in quanto si passava da un sistema incentrato essenzialmente sulla

---

<sup>40</sup> Si rileva, quindi, il ruolo da protagonista che la giurisprudenza, seppur meno recente, della Corte Costituzionale, cominciò a delineare per il diritto alla salute. Diritto riconosciuto come diritto fondamentale della persona, tale da meritare una tutela incondizionata ed assoluta anche nei confronti dell'amministrazione pubblica.

<sup>41</sup> La realizzazione del principio costituzionale di tutela della salute è avvenuta, con la legge n. 833 del 1978, mediante l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, definito come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione.

<sup>42</sup> Appare conseguente che l'art. 1 della legge n. 833 del 1978, quale legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, riproponga la formula costituzionale. In materia è possibile consultare F. A. ROVERSI MONACO - C. BOTTARI, *Commento all'art.1*, in F. ROVERSI MONACO, *Il Servizio sanitario nazionale. Commento alla l. 23 dicembre 1978, n. 833*, Milano, p.2 ss.

<sup>43</sup> Corte di Cassazione, sentenza n. 796 del 1973, con la quale si avvia un percorso teso a risolvere le questioni relative alla immediata esigibilità del diritto alla salute, che, a volte, nemmeno i Giudici Costituzionali erano riusciti ad affermare.

previdenza sociale, ove i cittadini ricevevano assistenza solo dietro il versamento di contributi agli enti mutualistici di appartenenza, ad un sistema di sicurezza sociale.<sup>44</sup>

Ma già dagli anni ottanta si manifesta una tendenza inversa con la riduzione graduale delle gratuità delle cure, sottoponendo l'erogazione delle prestazioni alla compartecipazione della spesa pubblica sanitaria.

Le successive riforme che hanno riguardato gli anni dal 1992 al 1999, anticipando la riforma costituzionale del titolo V della Costituzione di cui alla Legge n. 3/2001, hanno apportato modifiche alle competenze degli enti territoriali.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Con la legge n. 833 del 1978 si delineano una serie di principi organizzativi del sistema sanitario nazionale, con le relative attività di pianificazione e di programmazione dei servizi sanitari e il relativo finanziamento. Viene definito ed istituito il Servizio Sanitario nazionale SSN, con il quale si assicura l'uguaglianza degli utenti relativamente all'erogazione dei servizi sanitari. Viene esteso l'obbligo dello Stato di assicurare le prestazioni sanitarie e farmaceutiche a tutta la popolazione e non più solamente agli indigenti, come prevedeva il sistema sanitario precedente. La riforma sanitaria avviata con la legge 833 del 1978 è stata preceduta da una serie di provvedimenti legislativi che hanno predisposto le basi di tale riforma: la legge 132 del 1968 di riforma ospedaliera, istituiva gli Enti Ospedalieri; la legge 386 del 1974 con la previsione del Commissariamento dell'intero sistema mutualistico, istituiva un Fondo nazionale per l'Assistenza ospedaliera ed in attuazione della legge 382 del 1975 completava il trasferimento alle Regioni delle materie indicate nell'art. 117 della Costituzione; la legge 180 del 1978 con la quale si affermava che la salute mentale deve essere realizzata privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione.

<sup>45</sup> Si può far risalire alla crisi fiscale dello Stato come ad uno dei motivi che portarono a definire nuovamente l'effettività della salute. Il legislatore intervenne quindi sia sull'articolazione delle competenze come anche sulla definizione dei rapporti tra pubblico e privato. L'articolazione delle competenze fu definito con il decreto legislativo 502/92 che vide l'eliminazione del ricorso alla procedura legislativa con lo spostamento in capo al Governo ed alla Conferenza permanente Stato – Regioni delle funzioni volte alla definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN). Venne mantenuto il modello della pianificazione a cascata, livello statale e regionale, ed il controllo statale sui flussi finanziari.

Nello specifico con la legge di delega 421/92 viene introdotto l'istituto dei *“Livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni”*.

Questo passaggio si rivela di importanza fondamentale in quanto traccia una linea di demarcazione tra le prestazioni dovute dal Servizio Sanitario Nazionale, a totale o parziale carico, e quelle non ricomprese, a carico dei singoli soggetti.

Si prevedeva, inoltre, dei livelli aggiuntivi delle prestazioni sanitarie che non erano ricomprese in quelle erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in modo obbligatorio, ma venivano erogate dalle Regioni in modo discrezionale con proprie risorse finanziarie.

Con il processo di riorganizzazione del sistema sanitario avviato negli anni novanta, viene abbandonato il modello gestionale incentrato sui Comuni e si delinea il modello della regionalizzazione

Si assiste ad un nuovo riordino del Servizio sanitario nazionale attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza L.E.A.<sup>46</sup>, al principio di aziendalizzazione e la contestuale riduzione del numero delle USL, al finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni.

Solo con il decreto legislativo n. 112 del 1998 viene disposto un generale conferimento di competenze in favore degli enti territoriali, individuando specificamente i compiti residui riservati allo Stato<sup>47</sup> e con la legge delega n.

---

<sup>46</sup> Previsti dal decreto legislativo n. 502/92, i Lea, Livelli Essenziali di Assistenza, sono stati definiti a livello nazionale con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, e sono costituiti dall'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale eroga a tutti i cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza.

<sup>47</sup> Tale conferimento ha riguardato prevalentemente le Regioni, mentre gli enti locali sono stati coinvolti per lo più a livello di programmazione concertata, mediante la Conferenza unificata.

419 del 1998 la realizzazione di una piena e concreta regionalizzazione ed aziendalizzazione.<sup>48</sup>

La regionalizzazione del Sistema viene rafforzata con il decreto legislativo n. 229 del 1999, riconoscendo alle Regioni nuove e più ampie facoltà nella programmazione regionale e nella gestione dei servizi, tanto che il Servizio sanitario nazionale venne definito come il “complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale”.<sup>49</sup>

La revisione del modello organizzativo e finanziario vede il suo compimento con il d.lgs 56/2000 che tende ad una maggiore responsabilizzazione delle Regioni.

Se il legislatore, nel corso del tempo, dinnanzi all'esigenza di garantire solo a certe condizioni il diritto alla salute, ha cercato un equilibrio tra la distribuzione delle risorse e l'erogazione di servizi sanitari che coprissero realmente il fabbisogno di sanità della popolazione, non si può dire che tali sforzi siano stati infruttuosi. Il processo innescato dalla riforma costituzionale del 2001 ha portato ad un coinvolgimento delle Regioni nelle politiche sanitarie, anche se venendo meno un coordinamento a livello centrale, ciò ha comportato una disomogeneità a livello territoriale nell'erogazione dei L.E.A., così come nell'efficacia e

---

<sup>48</sup> La legge delega 419/98 prevede l'avvio di un percorso di riforma del servizio sanitario con la finalità di realizzare una programmazione sanitaria nazionale definendo un nuovo assetto dei rapporti tra pubblico e privato. Con tale norma viene introdotto il federalismo sanitario assegnando alle Regioni la programmazione e governo in campo sanitario.

<sup>49</sup> Art.1, 1° comma decreto legislativo n. 229 del 1999. Tale decreto introduce la c.d. riforma ter del Servizio Sanitario Nazionale e completa il processo di razionalizzazione del S.S.N., processo che si era avviato con la legge 833/78 e successivamente, con il d.lgs. n. 502/92 e il d.lgs. n. 517/93. Il d.lgs. n. 229 del 1999 delinea la costruzione di un nuovo modello dei rapporti fra pubblico e privato, che, per assicurare la programmazione dei servizi sanitari, si orienta ad una concorrenza programmata e non più in concorso tra pubblico e privato, mediante la previsione dell'accreditamento, l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie a strutture sia pubbliche che private.

nell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, comportando differenze regionali nell'organizzazione dei servizi sanitari.<sup>50</sup>

## **1.2 La devoluzione in sanità, il contenimento della spesa sanitaria e la salute finanziariamente condizionata**

### **1.2.1 Il federalismo sanitario**

Si può affermare che dal bisogno di correggere gli effetti di disavanzo pubblico creati dalla legge n. 833/78, che stava mettendo in difficoltà la garanzia di un diritto assoluto come quello della salute, sia nata la devoluzione in sanità<sup>51</sup>.

Le prime azioni, per il contenimento della spesa in ambito sanitario, si hanno agli inizi degli anni '80, con le quali si fanno più stringenti i controlli sui conti delle USL, con l'introduzione del collegio dei revisori, al fine di frenare la deresponsabilizzazione sui rispettivi bilanci gli enti.

Dal 1982, partono le misure correttive del sistema, le quali caratterizzeranno la normativa sanitaria nel seguente ventennio, individuando strumenti come la compartecipazione alla spesa farmaceutica, alla diagnostica strumentale e di laboratorio e ad una specifica razionalizzazione dei servizi.

---

<sup>50</sup> Con la riforma del Titolo V e la modifica dell'articolo 117 della Costituzione, la gestione del sistema sanitario è stata affidata allo Stato e alle Regioni secondo la ripartizione di competenze ivi definita. In particolare, alla legislazione statale è stata affidata la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali garantiti su tutto il territorio nazionale Lea, mentre alla competenza legislativa concorrente Stato-Regioni spetta la tutela della salute. In tal senso compete allo Stato, con proprie leggi, definire i principi fondamentali in materia, ed alle Regioni di legiferare nel rispetto dei citati principi. Sull'iter legislativo che ha caratterizzato l'ingresso dei livelli essenziali si veda C. BOTTARI L. VANDELLI *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*, (a cura di) F. ROVERSI MONACO, in *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000.

<sup>51</sup> Per un approfondimento delle norme che si sono susseguite in tale ambito si veda, Senato della Repubblica – Servizio Studi, *La devolution - schede di lettura dell'A.S. 1187*, Aprile 2002

Agli inizi degli anni '90, pur restando la correttezza della scelta compiuta nel 1978, di dare attuazione all'art. 32 della Costituzione mediante l'istituzione di un Sistema sanitario nazionale volto all'erogazione di livelli uniformi ed appropriati di assistenza ai suoi cittadini, si diviene sempre più consapevoli dell'urgenza di applicare principi e modelli di economicità della gestione. Il processo di "aziendalizzazione"<sup>52</sup> delle USL e degli ospedali pubblici attuatosi con le modifiche introdotte con i d.lgs n. 502/1992 e n. 517/1993 ha rappresentato un momento di radicale trasformazione del sistema informativo contabile, visto il passaggio dal sistema di contabilità finanziaria, tipicamente adottato nelle Aziende della Pubblica Amministrazione, a un sistema di contabilità economico-patrimoniale, tipico delle imprese appartenenti al settore privato<sup>53</sup>.

Il trasferimento delle funzioni e dei compiti dall'Amministrazione statale a favore delle Regioni, viene poi disciplinato dal d.lgs n. 112/1998, e dalla riforma c.d. "Bindi" del servizio sanitario nazionale, contenuta nel d.lgs n. 229/1999, che conferiscono alle Regioni la generalità delle funzioni in materia sanitaria, secondo un modello, in base al quale, le stesse assumono il ruolo di centrale di sistema, inserendosi nel complesso procedimento di razionalizzazione delle strutture

---

<sup>52</sup> Per una puntuale ricostruzione dell'evoluzione normativa delle Aziende sanitarie, si rinvia A. CAPUCCI, *Il processo evolutivo della sanità italiana; dagli ospedali alle aziende sanitarie* in *Ragiusan*, 2002, p. 6 ss; C. MANCINI, *L'azienda sanitaria a dieci anni dalla sua istituzione*, in *Sanità pubblica e Privata*, 2004, p. 9 ss.

<sup>53</sup> L'adozione della contabilità economico-patrimoniale sancisce la rilevanza della dimensione aziendale delle USL e si inserisce in un quadro di generale evoluzione dei sistemi di amministrazione e controllo nella sanità. "Il precedente sistema aveva portato a una sorta di de-responsabilizzazione sia delle Regioni che delle aziende sanitarie con perdita di efficienza nell'utilizzo delle risorse e mancato rispetto degli obiettivi di contenimento della spesa" in M. MARTINELLI, *La Contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie*, Milano, 2001, p. 10. In tal senso si esprime anche M. A. REA, *Le aziende sanitarie pubbliche. Profilo economico aziendale, modello contabile e problematiche di bilancio*, Torino, 1998, p. 24.

centrali e periferiche dello Stato e della conseguente riallocazione di compiti fra Regioni ed enti locali<sup>54</sup>.

Il primo modello di federalismo fiscale espresso con il decreto legislativo n. 56/2000, si proponeva di superare il tradizionale sistema di trasferimento finanziario della spesa sanitaria, con la previsione alle Regioni di una dotazione di risorse proprie rilevanti. Al contempo le stesse entrate, non ricadendo sotto il loro diretto controllo, venivano accertate, gestite ed erogate dallo Stato.<sup>55</sup>

La spesa delle risorse ricevute dall'Amministrazione statale era prevista come elemento di autonomia delle Regioni, nel senso che, una volta destinate loro le somme, esse potevano decidere come spenderle privilegiando politiche sanitarie, senza vincolo di destinazione.

---

<sup>54</sup> R. FERRARA – P. M. VIPIANA *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999, p. 71; per una disciplina dettagliata della riforma *ter* si rinvia a E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano, 2005, p. 38, secondo il quale la *“ratio ispiratrice che spinse il legislatore del 1998 a delegare l'Esecutivo all'adozione di un provvedimento delegato dai contenuti abbastanza decisi è da ricercare soprattutto nella necessità, non più derogabile, del superamento delle contraddizioni che avevano ritardato il completamento del percorso di regionalizzazione del sistema sanitario e, con esso, impedito ogni forma di operatività diretta a realizzare l'iniziato processo di aziendalizzazione della salute”*

<sup>55</sup> C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA, (a cura di) *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, 2010, sottolineano che il percorso compiuto nel decennio successivo all'entrata in vigore del d.lgs. 56/00 dalle relazioni Stato-Regioni in materia sanitaria, si caratterizza come una fase nella quale il condizionamento della finanza pubblica, la conseguente responsabilizzazione degli enti di autonomia, il consolidamento della nozione dei Lea e il modello pattizio di interlocuzione fra i diversi livelli di governo, che non esclude ma anzi valorizza l'utilizzo di poteri sostitutivi statali, in caso di inefficienze delle Regioni, hanno sedimentato un'esperienza di 'federalismo' con la quale si dovrà interagire l'implementazione dei principi di federalismo fiscale stabiliti dalle norme successive.

É comunque da rilevare che si trattava di un'autonomia di spesa vincolata, poiché la somma che confluiva nei bilanci delle Regioni doveva essere necessariamente utilizzata per le prestazioni sanitarie e la copertura dei livelli di assistenza.<sup>56</sup>

### **1.2.2 La riforma costituzionale e quella mancata**

Con la riforma costituzionale del 2001, il processo di decentramento, già in essere negli anni '90, accelera l'ampliamento dell'autonomia regionale in materia sanitaria. Il riformato articolo 117 della Costituzione, al terzo comma, esplicita la natura concorrente della potestà legislativa, ma ridefinisce la materia richiamandosi alla tutela della salute che, come nell'articolo 32 della Costituzione, ricomprende al suo interno l'insieme delle attività promozionali, preventive e di cura necessarie per garantire il benessere delle persone.<sup>57</sup> D'altro canto l'art.117, secondo comma, lettera m) prevede che sia lo Stato ad avere la competenza esclusiva per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti a livello nazionale.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> F. TARONI, *Livelli essenziali di assistenza ipotesi 'federali' e futuro del Servizio sanitario nazionale*, (a cura di) R. BALDUZZI, in *La Sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, 2004.

<sup>57</sup> Il nuovo quadro costituzionale che si viene a delineare in relazione alla materia della tutela alla salute diviene più ampia rispetto alla precedente accezione di assistenza sanitaria e ospedaliera. Corte cost. sentt. n. 510 del 2002, n. 270 del 2005, n. 181 del 2006, n. 328 del 2006, n.105 del 2007

<sup>58</sup> Per la materia sanitaria ciò risulta di rilevanza particolare, in quanto l'individuazione dei LEA comporta un continuo dialogo tra Stato e Regioni. Da questo punto di vista le procedure per la loro articolazione hanno contribuito a strutturare il modello di governance negoziale in cui progressivamente si è andato a caratterizzare il servizio sanitario nazionale. La stessa Corte Costituzionale ha affermato, con le sentenze n. 88/2003 e n. 136/2006, che a causa della forte incidenza dei Lea sulle competenze regionali, le linee generali che li riguardano devono essere adottate con legge che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessari nei vari settori.

Si prevede così un aspetto rilevante al fine di disciplinare le metodologie di finanziamento delle funzioni che devono in ogni caso essere garantite in tutte le Regioni.

Tuttavia, il meccanismo in base al quale ogni Regione può attribuirsi potestà esclusiva, soprattutto in forza al conferimento di potestà legislative non più concorrenti<sup>59</sup>, porterebbe con se' la conseguenza di uno smembramento del servizio sanitario nazionale.<sup>60</sup> Vi è comunque da rilevare che la previsione di livelli di prestazioni sanitarie garantite sull'intero territorio nazionale, pur con modulazioni differenti, è prevista sin dalla legge 873/78 e ribadita da norme successive in cui si afferma che il sistema sanitario nazionale "assicura livelli essenziali ed uniformi di assistenza... nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell' equità, nell'accesso all'assistenza..." e ha sempre presupposto un'organizzazione del servizio sanitario su scala nazionale.<sup>61</sup>

La riforma costituzionale, nell'assetto dei ruoli tra Stato e Regioni, prevede con il riformato articolo 119, quei principi di federalismo fiscale rappresentati dall'autonomia delle entrate e delle spese, nonché dalla perequazione delle risorse indispensabili per garantire, in difetto di entrate ordinarie, la copertura

---

<sup>59</sup> Secondo quanto sostiene C. PINELLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Dir. Pubbl.*, 3/2002.

<sup>60</sup> Non sussistendo più l'obbligo per il legislatore regionale di rispettare i principi fondamentali della legge di Stato, si addivene a dei veri e propri sistemi sanitari regionali, con i quali le Regioni provvedono ad assicurare i livelli essenziali di assistenza anche secondo modelli estranei al sistema pubblico, come l'utilizzo di strumenti assicurativi, con la conseguenza che si potrebbe avere una spaccatura del Servizio sanitario nazionale.

<sup>61</sup> R. BALDUZZI, A. DI GASPARE, (a cura di), *Titolo V e tutela della salute*, in *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.

delle spese utili ad assicurare l'integrale copertura dell'esercizio delle funzioni assegnate al sistema autonomistico<sup>62</sup>.

Su questo aspetto l'intervento giurisprudenziale della Corte Costituzionale<sup>63</sup> è stato rilevante.

Anche il vincolo di destinazione rispetto ad entrate costituite da erogazioni liberali disposte direttamente in favore delle Regioni, al di fuori degli indirizzi e dei limiti resi necessari dal coordinamento della finanza pubblica, è stata considerato lesivo dell'autonomia finanziaria degli enti territoriali dalla stessa Corte.<sup>64</sup>

Valorizzando un'interpretazione estensiva della competenza statale relativa al coordinamento della finanza pubblica, la Corte ha ratificato le norme previste da leggi finanziarie che, a seguito di accordi tra Stato e Regioni, condizionavano l'erogazione di finanziamenti statali per l'incentivazione della qualità dei servizi sanitari a puntuali adempimenti da parte delle Regioni.<sup>65</sup>

L'indirizzo che prevede una forte ripresa di influenza dal centro, si ritrova anche in sentenze più recenti che hanno dichiarato addirittura inammissibili le questioni

---

<sup>62</sup> E. JORIO, *Attuazione del federalismo fiscale per Regioni, Enti locali, Sanità*, Rimini, 2007.

<sup>63</sup> Corte Cost, sentt. n. 118 del 2006, n. 107 del 2005, n. 77 del 2005, n. 16 del 2004, n. 49 del 2004, n. 423 del 2004. La Corte, con tali sentenze, ha affermato l'illegittimità di finanziamenti in materie di competenza regionale a destinazione vincolata previsti da nuovi fondi statali. Sebbene il principio trovi specifiche eccezioni, sia perché i fondi potrebbero afferire a materie di competenza trasversale statale, come la tutela della concorrenza v. Corte Cost. sent n. 14 del 2004, sia per garantire la continuità di alcuni servizi e non ledere l'interesse dei destinatari di tali prestazioni.

<sup>64</sup> Corte Cost. sentt. n. 95 del 2007, n. 105 del 2007, n. 157 del 2007, n. 169 del 2007, n. 387 del 2007.

<sup>65</sup> Corte Cost. sent. n. 36 del 2005, con la quale la Corte ammette livelli centralistici anche in riferimento al personale sanitario

sollevate da alcune regioni virtuose, nella gestione dei servizi sanitari, in riferimento a norme statali che, in deroga all'obbligo per gli stessi enti di coprire disavanzi di gestione con proprie risorse, prevedevano il concorso dello Stato nel ripiano di disavanzi condizionato al rispetto di alcuni specifici requisiti, quali la sottoscrizione con i ministeri competenti dell'accordo per i piani di rientro, la destinazione a favore del servizio sanitario regionale di quote derivanti da manovre fiscali e quote di tributi erariali.<sup>66</sup>

Nell'avvallare un sistema di concertazione e al contempo prevedere interventi a favore di alcune Regioni, la Corte prevede la possibilità di condizionamenti dell'autonomia regionale, ad esempio con le indicazioni da rispettare nei piani di rientro o le procedure da eseguire per le modalità di accreditamento.

E' interessante, in questo contesto, portare alcune riflessioni relative alla cosiddetta "riforma mancata"<sup>67</sup>.

La riforma, nelle intenzioni dei promotori, avrebbe dovuto consentire una maggiore speditezza nella formazione delle leggi, superando le difficoltà connesse alle competenze reciproche di Stato e Regioni, risolvendo le incertezze che nel tempo hanno comportato un ampio contenzioso innanzi alla Corte Costituzionale.<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> Corte Cost. sentt. n. 98 del 2007, n. 218 del 2008. La Corte ha ritenuto che queste disposizioni non ledessero l'autonomia finanziaria delle Regioni che non accedevano a tali finanziamenti aggiuntivi, in quanto le risorse statali provenivano dalla fiscalità generale e comunque le stesse Regioni ricorrenti non avevano un interesse diretto alla caducazione delle norme impugnate, in quanto da tale effetto non avrebbero potuto trarre vantaggio.

<sup>67</sup> La riforma Costituzionale, Testo di legge costituzionale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n°88 del 15 aprile 2016, bocciata a seguito del referendum. Si veda per un approfondimento G. MARTINI, *L'autonomia legislativa regionale dopo il voto referendario sul progetto di riforma costituzionale*, in *Istituzioni del Federalismo, Rivista di studi giuridici*, n. 3 luglio/settembre 2016.

<sup>68</sup> Si veda la pronuncia della Corte Costituzionale n. 16/2012 che identifica limiti al potere dello Stato di fissare i principi generali in una materia

Pur considerando la speditezza come un elemento utile, e pur considerando che la stessa non dovrebbe mai pregiudicare il confronto democratico della decisione legislativa, ci si chiede se la modifica dell'art. 117 Cost., come prevista dal progetto di riforma costituzionale, avrebbe consentito di superare le incertezze relative alle attribuzioni di potestà legislativa tra Stato e Regioni.

La "clausola di supremazia"<sup>69</sup>, come previsto all'art. 117, comma 4 Cost., avrebbe consentito un'ampia ingerenza dello Stato nell'autonomia delle Regioni, consentendo ai poteri statali di sostituirsi a quelli regionali in base alla necessità unilaterale di tutelare *"l'unità economica della Repubblica"*.

Tale passaggio avrebbe consentito la creazione di un modello gerarchico delle relazioni tra Stato e Regioni, consentendo al primo di intervenire rendendo vano il riparto costituzionale delle materie fissato dall'art. 117 della Costituzione.

Per quanto poi attiene più specificatamente alla materia relativa al coordinamento della finanza pubblica, si sarebbe ampliato il potere statale di intervento con conseguente ingerenza dello Stato nell'autonomia, finanziaria e non, delle Regioni.<sup>70</sup>

Lo Stato non solo avrebbe fissato gli obiettivi della finanza pubblica, ma avrebbe previsto gli strumenti per il loro raggiungimento, intervenendo direttamente per limitare il disavanzo delle Regioni, limitando l'autonomia delle stesse nella gestione delle spese. Questo in quanto si è progressivamente affermato, nella più recente giurisprudenza costituzionale, l'introduzione di vincoli talora anche stringenti alle spese degli enti territoriali.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> La clausola di supremazia, prevista dell'art. 117, comma 4, recitava "Su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale"

<sup>70</sup> La Corte costituzionale, in riferimento all' art. 117, co. 3, Cost., con la sentenza n. 376/2003, ha delineato i limiti alla attività di individuazione dei principi generali in materia di coordinamento della finanza pubblica, evitando che il potere dello Stato divenisse *"un'attività di direzione o in indebito condizionamento dell'attività degli enti autonomi"*.

<sup>71</sup> La materia relativa alla finanza pubblica è stata trattata dalla giurisprudenza costituzionale introducendo disposizioni statali volte al contenimento della spesa delle regioni e degli enti locali. La Corte nelle prime sentenze in materia, ha evidenziato il ruolo del legislatore statale che può fissare

Ne sarebbe conseguita una forma di controllo statale sulla finanza regionale più ampia di quella attuale.<sup>72</sup>

---

solo un limite complessivo lasciando agli enti territoriali ampia discrezionalità di gestione delle risorse, sentenze n. 36 del 2004 e n. 417 del 2005, mentre non può stabilire limitazioni precise riferite a singole voci di spesa, perché verrebbe a comprimere in modo illegittimo la autonomia finanziaria degli enti territoriali, esulando dal dover formulare i soli principi fondamentali della materia, sentenze n. 36 del 2004; n. 417 del 2005; n. 169 del 2007; n. 120 e n. 159 del 2008; n. 237 del 2009. Nel tempo però, date le difficoltà finanziarie, la Corte ha proceduto ad una lettura estensiva delle norme di principio nella materia del coordinamento della finanza pubblica. Pur ribadendo, in via generale, che possono essere ritenuti principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica le norme che “si limitino a porre obiettivi di riequilibrio della finanza pubblica, intesi nel senso di un transitorio contenimento complessivo, anche se non generale, della spesa corrente e non prevedano in modo esaustivo strumenti o modalità per il perseguimento dei suddetti obiettivi”, la Corte ha, nei fatti, avallato le scelte del legislatore statale di introdurre vincoli specifici per il contenimento della spesa delle regioni e degli enti locali. Possono in proposito richiamarsi, la sentenza n. 262 del 2012, sulle riduzioni di spesa per incarichi di studio e consulenza, la sentenza n. 236 del 2013, sull’obbligo di soppressione o accorpamento da parte degli enti locali di agenzie ed enti che esercitino funzioni fondamentali e funzioni loro conferite, nonché le sentenze n. 198 del 2012 e n. 23 del 2014, sulla determinazione del numero massimo di consiglieri e assessori regionali e sulla riduzione degli emolumenti dei consiglieri. Nella recente sentenza n. 65 del 2016, la Corte ha affermato che “per costante giurisprudenza costituzionale, sentenze n. 236 e n. 63 del 2013 e n. 151 del 2012, la funzione di coordinamento finanziario prevale su tutte le altre competenze regionali, anche esclusive” e ha in proposito richiamato la sentenza n. 250 del 2015, secondo cui “l’incidenza dei principi statali di coordinamento è legittima, sia sull’autonomia di spesa delle Regioni sentenze n. 91 del 2011, n. 27 del 2010, n. 456 e n. 244 del 2005, sia su ogni tipo di potestà legislativa regionale, sentenza n. 151 del 2012.” È stata peraltro al contempo confermata la presenza di limiti alla disciplina di fonte statale, individuati principalmente nell’esigenza che la disciplina di contenimento delle spese rivesta un carattere transitorio, con conseguente illegittimità costituzionale dell’estensione a tempo indeterminato delle misure restrittive, sentenze n. 193 del 2012, n. 79 del 2014, n. 64 del 2016. Si veda la Pubblicazione del Servizio Studi della Camera dei Deputati, *La riforma Costituzionale, Testo di legge costituzionale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n°88 del 15 aprile 2016*, Schede di Lettura, n. 216/12 parte prima - maggio 2016 reperibile

in <http://www.camera.it/temiap/2016/05/20/OCD177-2110.pdf>

<sup>72</sup> Attualmente il controllo avviene in collaborazione con enti indipendenti e neutrali come la Corte dei Conti, definita dalla Corte costituzionale con le sentenze nn. 39/2014 e 60/2013 come “*garante*

Rimane, in ogni caso, da rilevare la tendenza ad un ampliamento dei poteri statali, pur a Costituzione invariata, volta a meglio precisare l'azione del legislatore statale negli ambiti riservati alla legislazione regionale, concorrente e residuale, quando si renda necessario disciplinare fenomeni complessi in materia unitaria.<sup>73</sup>

In definitiva, se l'intervento dello Stato è comunque previsto al fine garantire l'unità della Repubblica, d'altro canto si devono impedire ingerenze arbitrarie dello Stato nell'autonomia legislativa delle Regioni. Questo è reso possibile solo dalla previsione di strumenti di collaborazione tra Stato e Regioni che conduca ad intese condivise e forti.<sup>74</sup>

### **1.3 I livelli essenziali di assistenza quale parametro di riferimento per l'erogazione delle prestazioni in relazione ai vincoli di bilancio**

#### **1.3.1 La definizione dei LEA e il loro carattere di essenzialità**

Un sistema sanitario pubblico che intende garantire un servizio di base a carattere universale, è implicito, oggi più che mai, che esso sia strettamente correlato alle risorse a disposizione. Diverse sono state le strategie messe in campo dal legislatore nazionale al fine di garantire una maggiore trasparenza e contabilizzazione dei risultati ottenibili, e questa esigenza è stata maggiormente

---

*imparziale dell'equilibrio economico-finanziario del settore pubblico nel suo complesso e della corretta gestione delle risorse".*

<sup>73</sup> Si veda la sentenza Corte Cost. n.251/2016, dove le procedure di consultazione devono "prevedere meccanismi per il superamento delle divergenze, basati sulla reiterazione delle trattative o su specifici strumenti di mediazione", o nell'emanazione di decreti legislativi per ragioni di unitarietà ed omogeneità di disciplina, il Governo possa "fare ricorso a tutti gli strumenti che reputa, di volta in volta, idonei al raggiungimento dell'obiettivo finale. Tale obiettivo consiste nel vagliare la coerenza dell'intero procedimento di attuazione della delega, senza sottrarlo alla collaborazione delle Regioni".

<sup>74</sup> Superando le cosiddette "intese deboli" che autorizzano lo Stato a procedere in ogni caso ove alla scadenza di un termine da esso stesso prefissato non si sia raggiunta alcuna intesa.

sentita con riferimento alle amministrazioni periferiche, poiché il servizio sanitario rappresenta la maggiore voce di spesa nel bilancio regionale<sup>75</sup>.

In materia sanitaria, il rapporto tra risorse a disposizione e i livelli essenziali, pur essendo in stretta relazione da tempo, basti pensare che la prima indicazione dei livelli essenziali in rapporto ai vincoli di bilancio risale al d.lgs 502/92<sup>76</sup>, ancora oggi dimostra una dinamicità dovuta soprattutto al contesto normativo in evoluzione.<sup>77</sup>

Vengono definite essenziali le prestazioni che devono essere garantite quale contenuto necessario dei diritti riconosciuti a livello costituzionale, ritenendo ciò

---

<sup>75</sup> Si veda per un approfondimento della tematica la Deliberazione n. 7/SEZAUT/2016/FRG della Corte dei Conti, Sezione delle Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni Esercizio 2014

[http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/\\_documenti/controllo/sez\\_autonomie/2016/delibera\\_7\\_2016\\_frg.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sez_autonomie/2016/delibera_7_2016_frg.pdf)

<sup>76</sup> D.lgs 502/92, art.1, Comma 2, come modificato dall'art. 1, comma 5, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria". *Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.*

<sup>77</sup> M. NARDINI, *La "via italiana al federalismo" tra vincoli di bilancio, giurisprudenza costituzionale e riforme istituzionali*, in *Amministrazione in Cammino*, 2013

[http://www.amministrazioneincammino.luiss.it/app/uploads/2013/04/Nardini\\_Federalismo.pdf](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it/app/uploads/2013/04/Nardini_Federalismo.pdf)

che non vi è ricompreso come prestazioni accessorie, pur afferendo agli stessi diritti.<sup>78</sup>

Ne discende, quindi, la difficoltà di definire ciò che è essenziale e ciò che non lo è, in quanto è il parametro legislativo che lo determina e ne elenca le prestazioni ad esso riconducibile.<sup>79</sup> Si può solo riferirsi a parametri quantitativi e qualitativi delle prestazioni che sono considerate imprescindibili per garantire la tutela della salute dei soggetti in modo uniforme ed eguale sul territorio nazionale.<sup>80</sup>

---

<sup>78</sup> Si veda a tale proposito A. ROVAGNATI, *I livelli delle prestazioni concernenti il diritto alla salute un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lettera m), Il c., art.117 Cost.*, in *Le Regioni*, 2003

<sup>79</sup> Relativamente ai livelli delle prestazioni che il servizio pubblico deve erogare si veda in dottrina V. MOLASCHI, *Sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, riflessioni sulla vis espansiva di una "materia"*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2003; L. TORCHIA, *La potestà legislativa residuale delle regioni*, in *Le Regioni*, 2002, <http://archivio.rivistaaic.it/dibattiti/riforma/torchia.html>; N. DIRINDIN, *Tutela della salute e livelli di assistenza essenziali ed integrativi*, in *Rass. Giur. San.*, 2000, secondo cui in materia sanitaria sarebbe più opportuno distinguere tra livelli essenziali e livelli integrativi e non tra livelli minimi e massimi; M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art.117, comma 2, lett. M) della Costituzione*, in *Sanità Pubblica*, 2002, secondo cui il contenuto essenziale del diritto alla salute deve essere inteso come ciò che attiene all'essenza, dunque come profilo indisponibile per il legislatore regionale essendo misura non sacrificabile ad alcun altro interesse in sede di valutazione politica; M. LUCIANI, *I Livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra stato e regioni* <http://www.giappichelli.it/stralci/3481892.pdf>

<sup>80</sup> Corte Cost. sent. n. 282 del 2002, in *Ragiusan*, 2002. La Corte con questa sentenza definisce il concetto di livelli essenziali delle prestazioni *"Quanto poi ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, non si tratta di una "materia" in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle"*. Inteso, appunto, come contenuto essenziale dei diritti, i livelli essenziali delle prestazioni devono fornire il soddisfacimento del bisogno salute di *"chi non può sopportare ragionevolmente i costi di certe cure che gli sono tuttavia necessarie"*.

E' sicuramente stato lungo l'iter legislativo<sup>81</sup> con il quale, infine, si è giunti alla definizione normativa compiuta dei Livelli essenziali di assistenza.<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> In successione cronologica, gli atti normativi coinvolti nella sua definizione sono stati: la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"; la legge 30 dicembre 1991, n. 412 contenente "Disposizioni in materia di finanza pubblica"; la legge 23 ottobre 1992, n. 421; il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502; il nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale (DM 22 luglio 1996) che riporta le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) e, sotto questo profilo, definisce il livello essenziale di assistenza in questo regime di erogazione; il D.lgs. 19 giugno 1999, n. 29; la nozione di livelli essenziali è stata introdotta nella Costituzione dalla legge costituzionale n. 3 del 2001, di riforma del Titolo V, con riferimento alla competenza legislativa esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale; il DPCM 29 novembre 2011 che costituisce un classificatore e nomenclatore delle prestazioni sanitarie sulla base della loro erogabilità da parte del SSN; la legge 30 dicembre 2004, n.311 (legge finanziaria 2005); la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2006); il DPCM del 23 aprile 2008; l'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito dalla legge n. 189 del 2012, che ha ribadito la necessità di una revisione dei LEA, con prioritario riferimento alla riformulazione dell'elenco delle malattie croniche e delle malattie rare e dell'assistenza ai soggetti affetti da ludopatia; il Decreto del Ministero della Salute n. 95 del 18 ottobre 2012 che conferma l'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale contenute nel Decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 e provvede a determinare le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera; le tariffe determinate dal decreto legge 95 del 2012 valide fino al 31 dicembre 2014; il decreto-legge 192 del 2014 che ne ha prorogato la validità di un anno, fino al 31 dicembre 2015; il nuovo Patto per la salute 2014-2016, che all'articolo 1, comma 3, ha previsto l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica. Successivamente, la legge di stabilità 2015 (legge 190/2014) ha "ratificato" in via normativa i contenuti del Patto della salute. Per completezza del quadro normativo, mentre si scrive, il nuovo decreto Lea è stato sottoposto all'esame delle Regioni in un "tavolo permanente". Nel nuovo decreto sono state inserite numerose prestazioni in più rispetto al DPCM del 2001, con nuove misure specifiche di razionalizzazione della spesa ed una maggiore attenzione all'appropriatezza in tutti gli ambiti di intervento.

Una prima individuazione di questi livelli, avvenne con la legge 833/78, all'art.3<sup>83</sup>, secondo cui "la legge dello Stato, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini".<sup>84</sup> L'inciso "comunque" esprimeva un'intenzione egualitaria, in contrapposizione al precedente sistema mutualistico, con la finalità di offrire a tutta la popolazione, sul territorio nazionale, prestazioni sanitarie uniformi. Successivamente, con la legge 412/91, finanziaria per il 1992, vengono fissati i criteri per la determinazione dei livelli uniformi di assistenza, come obiettivi da perseguire in maniera programmatica, tenendo presente la quota capitaria di finanziamento disponibile.

Il concetto dei livelli di assistenza viene ripreso dalla legge delega 421/1992, che mette in discussione alcuni profili della legge 833/78, in quanto sulla "qualificazione del livello" prevede che il relativo decreto legislativo stabilisca i livelli uniformi e obbligatori, garantendo comunque una soglia minima di riferimento.

Gli anni '90 rappresentano un arco temporale caratterizzato da interventi legislativi, e dibattiti politici<sup>85</sup>, tra la nozione di livelli minimi e quella di livelli

---

<sup>82</sup> Per una completa ricostruzione della tutela dei livelli essenziali di assistenza, L. ANTONINI, *Art.117, cc. 2, 3, 4, della Costituzione*, in *Commentario alla Costituzione*, (a cura di) R. BIFULCO A. CELOTTO, M. OLIVETTI, III, Torino, 2006, p. 2238 ss.

<sup>83</sup> Si veda M. CATTAPANI *I livelli essenziali delle prestazioni*, in *Lineamenti di diritto sanitario*, a cura di G. BOBBIO-M.MORINO, Padova, 2012, p. 31.

<sup>84</sup> Per un approfondimento si veda, L. VANDELLI, *Art. 3*, in AA.VV, *Il Servizio Sanitario Nazionale, Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, con il coordinamento di F. A. ROVERSI MONACO, Milano, 1979, p. 27.

<sup>85</sup> Sul complessivo dibattito di politica sanitaria e i due approcci prevalenti si veda, R. BALDUZZI, *La Creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà "orizzontale")*, in "Quad. reg.", 2004, pp. 11-26.

essenziali, le cui ricadute per quanto attiene al problema del rapporto tra livelli e risorse sono evidenti. Sulla base della legge delega del 1992, il relativo d.lgs 502/1992, dispone che i livelli devono essere declinati “in coerenza” con le risorse.<sup>86</sup> Non introduce, quindi, una valutazione per l'individuazione dei livelli e delle relative risorse al fine di assicurare la garanzia di un diritto fondamentale, ma la previsione di livelli uniformi obbligatori in coerenza con le risorse.<sup>87</sup>

Il d.lgs 502/1992 richiama, inoltre, i principi guida che devono essere rispettati in tale materia evocando il principio di efficienza ed equità, ma anche quello di efficacia ed appropriatezza degli interventi.<sup>88</sup>

Con il d.lgs 229/1999, per la prima volta, i livelli di assistenza sono definiti “essenziali” ed appropriati, creando un collegamento esplicito tra i Lea ed il Fondo Sanitario Nazionale, nell'intento di conciliare il principio di universalità dell'assistenza sanitaria con le risorse a disposizione<sup>89</sup>.

---

<sup>86</sup> Per un approfondimento sulla tematica del riconoscimento di un'autonoma capacità impositiva delle Regioni si veda, M. BERTOLISSI, *L'autonomia finanziaria regionale: lineamenti costituzionali*, Padova, 1983.

<sup>87</sup> Per un approfondimento sul carattere innovativo del d.lgs. 502/92 si veda, G. CREPALDI, *Dai Lea ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, (art. 117, Il co., lett. m), Cost), (a cura di) M. ANDREIS, in *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Milano, 2006.

<sup>88</sup> Il d.lgs 502/92, come modificato dal d.lgs 517/93, ha introdotto elementi di novità all'interno del sistema amministrativo riformando i settori maggiormente incidenti sulla spesa pubblica come quello sanitario. Il più significativo ha riguardato la responsabilizzazione delle regioni, modificando il loro ruolo, come previsto dalla legge 833/78, di semplici controllori dell'operato dei comuni e delle USL da questi dipendenti.

<sup>89</sup> Da un lato parte della giurisprudenza ha interpretato la norma come diretta al contenimento e al riequilibrio della spesa nel settore sanitario, configurando il diritto alla tutela della salute come un diritto finanziariamente condizionato. Dall'altro pur riconoscendo che la tutela del diritto alla salute non possa non subire condizionamenti che lo stesso Legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone precisa però che “*le esigenze della finanza pubblica non possono*

In particolare, il concetto di “essenzialità”, associato ai livelli di assistenza dall’art. 1, comma 2, del d.lgs 229/1999, testimonia, a livello legislativo, la definitiva accettazione dell’idea per cui il netto squilibrio tra domanda e aspettative degli utenti, da un lato, e offerta e risorse economico-finanziarie, dall’altro, avrebbe dovuto essere razionalmente affrontato basandosi su scelte di politica sanitaria differenti rispetto al passato.

Il d.lgs 229/1999 impose l’individuazione dei livelli essenziali e la contestuale determinazione delle risorse finanziarie destinate al SSN, legando, inscindibilmente, prestazioni erogabili e disponibilità delle risorse. La contestualità dell’individuazioni delle prestazioni erogabili e delle risorse disponibili segna il momento di definitiva saldatura dei due interessi costituzionali contrapposti e, dunque, il loro bilanciamento in concreto.<sup>90</sup>

Il legislatore, intese chiarire il rapporto tra attuazione del diritto alla salute e rispetto delle esigenze di bilancio, evitando di imporre un limite alla previsione delle prestazioni erogabili entro determinate voci di spesa, ma assegnando un determinato budget all’interno del quale si sarebbero, poi, individuate le prestazioni.<sup>91</sup>

---

*assumere, nel bilanciamento del legislatore un peso talmente ponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana”. E conclude affermando che il diritto alla salute declinato come diritto all’assistenza alla malattia, ha assunto nell’ordinamento una configurazione legislativa che ne rispecchia la vocazione espansiva; da questo punto di vista, quindi, le disposizioni introdotte, a lettura apparentemente restrittiva, potrebbero porsi in deciso contrasto rispetto alle linee di tendenza della normativa e della stessa giurisprudenza costituzionale. (Sentenza della Corte Costituzionale n. 309 del 15 luglio 1999 <http://www.giurcost.org/decisioni/1999/0309s-99.html>).*

<sup>90</sup> E. BALBONI, *Il concetto di livelli “essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2001, p. 1105 ss.

<sup>91</sup> Sul condizionamento delle risorse disponibili nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza, P. LIBERATI, *Sanità e federalismo in Italia*, (a cura di) G. FRANCE., in *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approcci*, Milano, 2001, p. 21 ss.

Ed è proprio in quest'ottica che i livelli essenziali di assistenza, si trasformano da impegno programmatico dello Stato ad un diritto dei cittadini ad ottenere dallo stesso le prestazioni incluse nei livelli, indipendentemente dal reddito o dal luogo di residenza, gratuitamente o dietro un pagamento di una quota di compartecipazione al costo<sup>92</sup>.

Bisogna però risalire al DPCM del 29 novembre 2001 per trovare una disciplina organica dei livelli essenziali di assistenza, che per regolamentazione estremamente analitica individua voce per voce, le prestazioni incluse e quelle escluse dalla assistenza sanitaria, garantite a tutti i cittadini<sup>93</sup>.

Nella definizione e, in cosa si sostanziano i livelli essenziali di assistenza, interviene la Riforma del Titolo V della Costituzione. L'inserimento dei Lea, all'art 117, c. 2, lett. m), ha l'intento di farli transitare da mero elemento della programmazione, a nuovo strumento di maggiore e più efficace tutela dei diritti sociali.<sup>94</sup>

---

<sup>92</sup> Per una disciplina dettagliata della riforma ter introdotta dal d.lgs 229/1999 si veda E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano, 2005, secondo il quale "la ratio ispiratrice che spinse il legislatore del '98 a delegare l'Esecutivo all'adozione di un provvedimento delegato dai contenuti abbastanza decisi e' da ricercare soprattutto nella necessità, non più derogabile, del superamento delle contraddizioni che avevano ritardato il completamento del percorso di regionalizzazione del sistema sanitario e, con esso, impedito ogni forma di operatività diretta a realizzare l'iniziato processo di aziendalizzazione della salute".

<sup>93</sup> Si veda per un'approfondita struttura e commento del DPCM 2001, L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Milano, 2005.

<sup>94</sup> Sulla costituzionalizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni e sull'opportunità di riferirsi al novero di prestazioni da garantire per tutelare il nucleo minimo del diritto alla salute, si veda la posizione di L. ANTONINI op.ult. cit., e chi, invece, considerava tale impostazione sin troppo restrittiva, R. BALDUZZI - D.SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R, BALDUZZI-G. CARPANI, Bologna, 2013, p.34.

Il concetto di livelli essenziali, rintracciato nell'art.117, comma 2, lett.m)<sup>95</sup>, vede attribuita alla competenza esclusiva dello Stato la “*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*”, tra cui rientrano i livelli di assistenza sanitaria, devolvendo alle regioni, nell'ambito della competenza legislativa concorrente, le materie inerenti la tutela della salute<sup>96</sup>.

La materia sanitaria, pur rientrando all'interno delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali, presenta caratteristiche peculiari, in quanto le relative prestazioni configurano connotati di carattere scientifico, nonché vincoli derivanti dalla limitata capacità finanziaria.

Questo perché, nel settore sanitario, la definizione dei livelli deve avvenire attraverso un confronto con i soggetti dotati di competenze scientifiche e tecniche insieme ai responsabili dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, per consentire una garanzia e una tutela adeguata ai bisogni da soddisfare<sup>97</sup>.

Proprio a causa di tali caratteristiche, alcuni autori, sostengono che la definizione dei livelli assistenziali debba avvenire, il più possibile attraverso uno stringente

---

<sup>95</sup> E. A. FERIOLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia ed eguaglianza*, in [http://www.forumcostituzionale.it/site/index3.php?option=com\\_content&task=view&id=1068](http://www.forumcostituzionale.it/site/index3.php?option=com_content&task=view&id=1068), che considera tale norma, “*senza dubbio, una delle clausole di maggiore interesse introdotte dalla riforma costituzionale del 2001, sotto molteplici punti di vista*”.

<sup>96</sup> Per un approfondimento sul punto si veda R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, (a cura di), R. BALDUZZI- G. DI GASPARE, in *Sanità e Assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.

<sup>97</sup> Si veda l'ultimo Rapporto di Monitoraggio dei Lea “Adempimento mantenimento dell'erogazione dei LEA”, attraverso gli indicatori della Griglia Lea, a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Ufficio VI, reperibile in [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2397\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2397_allegato.pdf)

confronto con i soggetti più vicini a coloro che usufruiranno materialmente delle prestazioni sanitarie.<sup>98</sup>

Quindi da un lato si afferma che lo Stato è l'unico soggetto legittimato a legiferare in materia di Lea<sup>99</sup>, ma al contempo, nel caso concreto, sono date ampie possibilità di intervento alle Regioni<sup>100</sup>. La nuova formulazione dell'art.117 Cost., ha, riservato alla potestà legislativa dello Stato il compito, di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, delineando, rispetto al passato, un diverso assetto nel riparto delle competenze tra Stato e Regioni.<sup>101</sup>

---

<sup>98</sup> “I diritti sociali di prestazione, per effetto dell'intervenuta modifica costituzionale, devono oggi differenziarsi sotto il profilo strutturale: quanto a un nucleo essenziale, l'art. 117 introduce un elemento di doverosità, il quale lascia intendere che, pur nel decentramento dello Stato unitario, quest'ultimo non può rinunciare a garantire ai cittadini condizioni minime essenziali per il dignitoso sviluppo della personalità; quanto ad ulteriori facoltà e poteri del medesimo diritto, la Costituzione lascia ampia discrezionalità alle Regioni, in esercizio di potestà concorrente, di apportare la disciplina più idonea, compatibile con le risorse disponibili, a garantire un più evoluto grado di tutela della persona, oltre che dei bisogni essenziali”. Si veda per un approfondimento, L. PRINCIPATO *I diritti costituzionali e l'assetto delle fonti dopo la riforma dell'art.117 della Costituzione*, in *Giur. Cost.*, n. 2, 2002, p. 1178; E. JORIO, *Il fondo perequativo e i livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4, 2004, p. 376.

<sup>99</sup> Corte cost. sent., n. 282 del 2002. La Corte configura “una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutta la materia, rispetto alle quali il Legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle”.

<sup>100</sup> Il citato art. 117, lo stesso DCPM 2001, devono essere considerati, nel loro insieme, come atti normativi che accentuano i poteri legislativi e le responsabilità amministrativo gestionali delle Regioni. Si veda per un approfondimento G.U. RESCIGNO, *I diritti civili e sociali fra legislazione esclusiva dello Stato e delle Regioni*, (a cura di), S. GAMBINO in *Il nuovo ordinamento regionale in Italia. Competenze e diritti*, Milano, 2003.

<sup>101</sup> S. DE GOETZEN, *La disciplina in materia di ticket incidente sui livelli essenziali di assistenza, Divieto di differenziazioni in melius?*, in *Le Regioni*, 2012, 5-6, p. 1227 ss, che evidenzia come la

La più evidente problematica insita in un sistema come quello delineato dalla riforma del Titolo V, in via principale, e dalla concreta<sup>102</sup> individuazione dei Lea, in subordinate, è relativa al concreto finanziamento dei medesimi, al fine di garantire una effettiva uniformità nella realizzazione del diritto alla salute.<sup>103</sup>

### **1.3.2 L'ingresso delle regioni nel procedimento di codeterminazione dei Lea**

L'ampia autonomia alle Regioni è stata data dalla tecnica redazionale del DPCM, i quali allegati, non contenendo una precisa elencazione dei servizi da erogare a carico del servizio sanitario, si limitavano ad indicare le tipologie generali delle prestazioni.<sup>104</sup> Questo ha consentito alle singole Regioni di recepire il Decreto sui Lea con apposite delibere di giunta autorizzando le stesse ad apportare delle parziali modifiche a quanto previsto dallo stesso decreto.

Le Regioni hanno la possibilità di prevedere delle prestazioni escluse dal decreto, facendovi fronte con le proprie risorse finanziarie e le stesse, in coerenza con il

---

competenza dello Stato in materia di livelli essenziali delle prestazioni si connota per la sua possibilità di definire di questi ultimi non solo la quantità e la qualità richiesta, ma pure *“il costo economico per i cittadini fruitori”*.

<sup>102</sup> La concreta individuazione dei Lea è avvenuta, dapprima, mediante il DPCM 29 novembre 2001, e successivamente, mediante il DPCM 23 aprile 2008, che è intervenuto ad aggiornare il primo alla luce degli attuali bisogni della popolazione.

<sup>103</sup> In termini di dovere di erogazione delle prestazioni, in grado di soddisfare gli effettivi bisogni della popolazione, si esprime L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, 2005, p. 191 ss.

<sup>104</sup> Si veda sul punto, F. PIZZETTI, *La Conferenza unificata Stato regioni, città e autonomie locali*, in *Giorn. Dir. Amm.*, 1998, I, p. 7 ss; G. CARPANI, *Conferenza Stato regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Bologna, 2006.

Piano Sanitario regionale, possono attivarsi per effettuare autonome valutazioni circa le necessità assistenziali nell'ambito territoriale di riferimento<sup>105</sup>.

La ripartizione delle competenze per materie, come previsto dall'art.117 della Costituzione<sup>106</sup>, viene ulteriormente definita dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale, che nel tempo, ha delineato con maggiore chiarezza il riparto di competenza tra Stato e Regioni<sup>107</sup>.

Dall'assunto che la legislazione statale, in materia di Lea, si è spesso preoccupata di coinvolgere il governo locale, prevedendo la partecipazione della Conferenza unificata e successivamente riconducendole ad appositi atti d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la Corte Costituzionale con la sentenza n. 88

---

<sup>105</sup> La predetta autonomia deriva dal condizionamento delle risorse finanziarie delle singole regioni, cosicché a fronte di regioni economicamente solide ve ne sono altre in difficoltà finanziaria, che devono far fronte anche ai propri disavanzi pregressi, pur dovendo garantire quanto previsto al livello di Lea dal Servizio sanitario nazionale.

<sup>106</sup> Per un approfondimento, si veda, S. MANGIAMELI, *Il Titolo V della Costituzione alla luce della Giurisprudenza Costituzionale e prospettive di riforma*, Relazione tenuta al Seminario "Il sindacato di costituzionalità sulle competenze legislative dello Stato e delle Regioni", su invito della Corte costituzionale, il 15 maggio 2015.

<sup>107</sup> La vicenda dei Lea ha richiamato l'attenzione della dottrina sui profili che in essa possono osservarsi con riferimento alle fonti di diritto ed in particolare con le fonti primarie, secondarie ed atipiche, costituite dagli atti della Conferenza Stato-Regioni. Il Titolo V demanda alla potestà legislativa esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art.117, comma 2, lett. m). Si tratta, quindi, di un procedimento di determinazione che lo Stato, nei limiti dei principi costituzionali, è libero di configurare, prevedendo o meno la partecipazione delle Regioni, ferma la riserva di legge nella predetta lett. m, da cui la nascita di conflitti di attribuzioni Stato-Regioni.

del 2003, ha avuto modo di avallare la procedura codecisionale ritenendola compatibile con la riserva di cui all'art. 117, comma 2, lett. m)<sup>108</sup>.

In sostanza, la sentenza n. 88 del 2003 può ritenersi come propedeutica rispetto all'affermazione del principio di leale collaborazione<sup>109</sup>, cui si è assistito nella successiva sentenza n. 134 del 2006. Con questa sentenza<sup>110</sup> la Corte costituzionale ammette che i Lea possano incidere direttamente su profili di natura organizzativa del Sistema sanitario nazionale, riconoscendo lo stretto intreccio tra competenze statali e regionali in materia, tale da rendere

---

<sup>108</sup> Corte cost. sent. n. 88 del 2003, *“dichiara che non spetta allo Stato determinare ulteriori limiti organizzativi e funzionali in materia di Sert.T, con forme e modalità non riconducibili alla speciale procedura di determinazione dei livelli essenziali di assistenza nel settore sanitario legislativamente stabilita, e di conseguenza annulla il decreto ministeriale 14 giugno 2002, recante “Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende sanitarie locali - Sert.T, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444”*. Con questa sentenza viene esclusa la possibilità per lo Stato di fissare limiti organizzativi alle Regioni, con forme e modalità non riconducibili alla procedura di determinazione dei livelli di assistenza stabilita dalla legge.

<sup>109</sup> Sull'interpretazione del principio di leale collaborazione da parte della Corte Costituzionale dopo la riforma del 2001, si veda F. MERLONI, *La leale collaborazione nella Repubblica delle autonomie*, in *Diritto pubblico*, 2002, p. 845 ss.; L. VANDELLI, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale* (a cura di) A. PIOGGIA, L. VANDELLI, in *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale* 2006, p. 34 e ss; L. TORCHIA, *Concorrenza fra Stato e Regioni dopo la riforma del Titolo V: dalla collaborazione unilaterale alla collaborazione paritaria*, in *Le Regioni*, 2002, p. 647; A. GRATTERI, *La faticosa emersione del principio costituzionale di leale collaborazione*, in [www.costituzionale.unipv.it](http://www.costituzionale.unipv.it).

<sup>110</sup> La Corte Costituzionale con la sentenza n. 134 del 2006, pur manifestando una significativa apertura verso una disciplina statale attuativa, quando assuma la forma di standard (qualitativi, quantitativi, strutturali, tecnologici), da assicurare nell'erogazione delle prestazioni essenziali, ha proceduto al riconoscimento della necessità dell'intesa con le Regioni per l'esercizio della competenza statale in materia di livelli essenziali.

costituzionalmente necessario il coinvolgimento delle Regioni anche nell'ambito di scelte fondamentali ascritte alla sola potestà statale<sup>111</sup>.

La Corte giunge ad affermare un principio chiaro, richiedere il rispetto del principio della leale collaborazione nella sua forma più incisiva, esigendo l'intesa della Conferenza permanente quale condizione indispensabile per assicurare il coinvolgimento delle Regioni e degli enti locali.

L'ingresso delle regioni, nel procedimento di codeterminazione dei Lea e delle loro specificazioni, ha avuto conseguenze rilevanti in ordine all'assetto concreto della disciplina sanitaria.<sup>112</sup> L'applicazione dell'art.1, comma 169, della legge 311 del 2004, ne offre un esempio<sup>113</sup>, in quanto, le regioni in accordo con lo Stato, hanno condizionato all'intesa la presenza di una clausola che le garantisse in ordine alla gradualità dell'applicazione degli standard e alla spettanza regionale delle relative modalità organizzative. Una volta assegnato alla clausola dei livelli essenziali un determinato valore che tenga conto dei caratteri del settore cui afferisce e della normativa di fonte primaria e secondaria che lo regola, la

---

<sup>111</sup> Sul punto C. DI SOMMA, *Livelli essenziali di assistenza e leale collaborazione attraverso l'intesa*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, p. 4.

<sup>112</sup> Si veda L. CUOCOLO, *Livelli essenziali: allegro, ma non troppo*, in *Giur. Cost.*, 2006, pp. 1268-1269; R. BALDUZZI, *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, (a cura di) G. CORSO e P. MAGISTRELLI, in *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Torino, 2009, pp. 83-84.

<sup>113</sup> Gli standard previsti dall'art.1, comma 169, della legge 311 del 2004, "*qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza*", sono stati intesi come specificativi dei Lea, con la sentenza n. 134 del 2006, della Corte Costituzionale. La stessa sentenza, pur dichiarando incostituzionale la legge 311 del 2004, nella parte in cui prevede che il regolamento ministeriale di fissazione degli standard e di individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi sia adottato "*sentita*" la Conferenza Stato-regioni anziché "*previa intesa con la medesima*", ha fatto salva la sostanza di attribuzione di competenza, reputando tali standard attuativi dei Lea, al fine di assicurarne una migliore erogazione, e non limitati all'assetto organizzativo e gestorio, in quanto "*non è definibile, almeno in astratto, un livello di specificazione delle prestazioni che faccia venir meno il requisito della loro essenzialità*".

clausola stessa viene a svolgere una funzione di orientamento sia rispetto alla distribuzione di competenze tra i livelli di governo, sia rispetto all'entità delle prestazioni da erogare.

### **1.3.3 I Nuovi LEA**

I Nuovi Lea,<sup>114</sup> che a distanza di circa venti anni sostituiscono il DPCM del 29 novembre 2001, aggiornando Livelli Essenziali di Assistenza, evidenziano sia la costante importanza delle prestazioni sanitarie, sia la loro evoluzione nel tempo.<sup>115</sup>

I Nuovi LEA, si possono intendere come specifici di prestazioni ed attività sanitarie tanto da costituire un nucleo costitutivo inderogabile.<sup>116</sup>

---

<sup>114</sup> I nuovi Livelli essenziali di assistenza – LEA, sono stati previsti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri - DPCM del 12 gennaio 2017, nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, Supplemento ordinario n.15. In particolare le novità rispetto al passato riguardano l'erogazione a carico dello Servizio sanitario nazionale di tutte le prestazioni riguardanti sei nuove patologie croniche; l'inserimento di oltre 110 nuove voci, tra singole malattie rare e gruppi di malattie, nell'elenco delle malattie rare; l'erogazione gratuita di nuovi vaccini l'introduzione di nuovi screening neonatali per la sordità congenita e la cataratta congenita e l'estensione a tutti i nuovi nati dello screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie; l'erogazione gratuita di tutte le prestazioni concernenti la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa; l'aggiornamento del nomenclatore protesico, che consentirà, in particolare di fornire ausili a tecnologia avanzata, come arti artificiali, sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo, comunicatori oculari, tastiere adattate per persone con gravissime disabilità. Tale norma sostituendo, integralmente il DPCM 29 novembre 2001, diviene quindi la fonte primaria per quanto concerne le attività, i servizi e le prestazioni garantiti ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.

<sup>115</sup> L'aggiornamento dei LEA era stato previsto dal Patto della Salute 2014/2016 e successivamente avviato con l'approvazione legge di stabilità 2016, L.208/2015.

<sup>116</sup> Si veda per una approfondimento la Relazione illustrativa allo schema del DPCM del 12 gennaio 2017 predisposta dal Ministero della Salute.

In particolare vengono descritte in modo puntuale ed esaustivo le prestazioni già previste nel DPCM 2001 ed aggiornati gli elenchi delle malattie croniche e invalidanti e delle malattie rare<sup>117</sup>, innovando i nomenclatori delle protesi e della assistenza specialistica ambulatoriale<sup>118</sup>.

Interessante rilevare che i Nuovi Lea tengono presente, nell'erogazione delle prestazioni, anche l'aspetto dell'innovazione tecnologica e scientifica, al fine di perseguire le migliori performance sia di tipo economico che di servizio.<sup>119</sup>

Una ulteriore novità rispetto a quanto previsto in precedenza riguarda l'attenzione dedicata al sistema del monitoraggio dei dati e alla relativa razionalizzazione della spesa.<sup>120</sup>

Il percorso normativo avviato dalla legge 833/78 e consolidato dal d.lgs 229/1999, che ha introdotto il concetto dei LEA come livelli minimi e uguali per tutti delle prestazioni sanitarie, giunge con i Nuovi Lea a delineare il carattere costitutivo delle prestazioni. Inoltre, i Nuovi Lea sono accompagnati da un sistema di monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate sia dai soggetti pubblici che privati che costituiscono un nucleo centrale per il bilanciamento dei vincoli economici con i principi di tutela della salute affermati nel nostro ordinamento.<sup>121</sup>

---

<sup>117</sup> Vengono aggiornati gli elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket.

<sup>118</sup> Viene innovato il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che risale al 1996, escludendo prestazioni obsolete e introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate, come l'adroterapia, l'enteroscopia con microcamera ingeribile, la tomografia retinica OTC.

<sup>119</sup> La legge di stabilità 2016, art. 1, co. 555, ha istituito presso il Ministero della Salute, la Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del SSN

<sup>120</sup> La Commissione eserciterà i compiti affidatele dal DPCM in materia di individuazione delle soglie massime di appropriatezza dei ricoveri (artt. 39, 41 e 43) e di eventuale aggiornamento dell'elenco dei d.r.g.

<sup>121</sup> Si veda F. G. CUTTAIA Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive, Quaderni Astrid, 2017, reperibile in [http://www.sossanita.it/doc/2017\\_06\\_condizionamento-finanziario-diritto-salute.pdf](http://www.sossanita.it/doc/2017_06_condizionamento-finanziario-diritto-salute.pdf)

## 1.4 Il sistema di valutazione dei livelli essenziali di assistenza

### 1.4.1 Il processo di valutazione dei LEA

Il mondo della sanità, incontrando il vincolo della scarsità delle risorse, vede sempre più affermarsi l'importanza dell'analisi costo-efficacia degli interventi sanitari. Questi vincoli hanno condizionato e condizionano le scelte in ambito sanitario, dovendo affrontare scarsa efficienza, alti costi e la disparità nell'erogazione dei servizi, sia come accesso che come utilizzazione, nei diversi territori regionali. La complessità del contesto riferito alla tutela della salute rende necessaria l'attivazione di strumenti di rilevazione al fine di valutare il raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati.

Se gli obiettivi da raggiungere in tutte le Regioni, sono considerati uguali per tutte, si è previsto per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire prestazioni aggiuntive, ma mai inferiori, a quelle incluse nei LEA.

Al fine di effettuare un monitoraggio dell'assistenza sanitaria in ogni singola regione, per verificare la rispondenza o meno delle prestazioni sanitarie come previsto dai LEA, sono stati istituiti strumenti di valutazione<sup>122</sup>.

---

<sup>122</sup> Il d.lgs. 56/2000 all'art. 9 prevede "il Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", reso successivamente operativo con il decreto ministeriale del 12/12/2001 che definisce "...un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario". Il successivo passaggio con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sancisce l'impegno reciproco tra Stato-Regioni di garantire l'uniformità dei LEA su tutto il territorio nazionale individuando i principi di appropriatezza ed efficienza, nel rispetto delle risorse programmate dal SSN, assegnando una quota premiale alle regioni con una valutazione positiva, documento reperibile [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_528\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_528_allegato.pdf)).

Il processo di valutazione così individuato, volto alla premialità aggiuntiva, ha visto l'istituzione di un Comitato permanente<sup>123</sup> per la verifica dell'erogazione dei LEA, di un Tavolo tecnico<sup>124</sup> e di un Tavolo politico<sup>125</sup>.

La verifica degli adempimenti in caso di esito positivo comporta per le regioni, escluse la Valle D'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010, l'accesso alle quote premiali del 3% e per le regioni adempienti nell'ultimo triennio del 2%, delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie<sup>126</sup>.

Il processo di verifica degli adempimenti si predispone annualmente<sup>127</sup> e gli esiti della verifica effettuati dal Comitato LEA sono pubblicati dal Ministero della salute e

---

<sup>123</sup> Il Comitato permanente è stato istituito presso il Ministero della Salute; partecipano attivamente l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali-AGENAS e l'Agenzia Italiana del Farmaco-AIFA.

<sup>124</sup> Il Tavolo tecnico istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, raccoglie gli esiti della verifica effettuata dal Comitato LEA, per gli aspetti di propria competenza e verifica altri aspetti relativi ai risultati economici delle Aziende, al rispetto del costo del personale e sugli acquisti di beni e servizi sanitari.

<sup>125</sup> Il Tavolo politico istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze è composto da due ministri e dalle rappresentanze degli organi regionali, che esprime il parere definitivo sull'assolvimento o meno degli adempimenti da parte delle regioni.

<sup>126</sup> Per approfondimenti si veda il rapporto del Ministero della salute Verifica adempimenti LEA, anno 2013, del maggio 2015  
[http://www.regioni.it/cms/file/Image/upload/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2408\\_allegato.pdf](http://www.regioni.it/cms/file/Image/upload/C_17_pubblicazioni_2408_allegato.pdf)

<sup>127</sup> Il processo di verifica prevede una serie di incontri, presso i Ministeri al fine di definire la documentazione necessaria. Successivamente le regioni inviano ai Ministeri i documenti debitamente compilati per la valutazione eseguita dagli uffici competenti. Per le regioni dove si evidenziano criticità in relazione agli adempimenti vengono previsti incontri tecnici. Il Comitato LEA e il Tavolo tecnico del Ministero dell'economia e delle Finanze procedono poi alla certificazione degli adempimenti regionali. Tale certificazione viene trasmessa poi al Tavolo politico per la valutazione definitiva ai fini dell'erogazione del saldo delle somme spettanti.

costituiscono un quadro della sanità a livello regionale in termini di performance e governance delle istituzioni locali<sup>128</sup>.

Le regioni che non assolvono anche solo ad uno solo degli adempimenti non hanno accesso ai finanziamenti integrativi, per non perderli devono sottoscrivere un Piano di Rientro con i Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze<sup>129</sup>. Negli anni dal 2007 ad oggi sono dieci le regioni che hanno sottoscritto un Piano di Rientro, di cui otto hanno redatto i programmi operativi per la prosecuzione dei Piani di rientro 2013-2015 e a sette regioni<sup>130</sup> è stata chiesta la prosecuzione attraverso programmi operativi 2016-2018, così come di seguito evidenziato nella Tabella 1.

---

<sup>128</sup> Gli esiti delle verifiche sono reperibili

[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2853](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2853)

<sup>129</sup> Come previsto dall'art.1, comma 180, della legge 311 del 30 dicembre 2004.

<sup>130</sup> La sola esclusa è la regione Piemonte uscita dal piano di rientro il 21 marzo 2017.

Tabella 1

Regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro e Programmi Operativi arco temporale dal 2007 al 2018

Regione	Data stipula PdR	DGR approvazione piano	Programmi Operativi 2010-2012	Programmi Operativi 2013-2015	Programmi Operativi 2015-2018
Lazio	28 febbraio 2007	DGR n.149 del 06/03/2007	P.O. 2010-DCA n. 96/09 P.O. 2011/12-DCA n. 113/10	DCA n. 247 del 22/07/2014	DCA n. 52 del 22/02/2017
Abruzzo	6 marzo 2007	DGR n.224 del 13/03/2007	P.O. 2010-DCA n. 77/10 P.O. 2011/12-DCA n. 22/11	DCA n. 112 del 30/12/2013	DCA n. 55 del 10/06/2016
Liguria	6 marzo 2007	DGR n.243 del 09/03/2007	<i>PdR concluso in data 10 aprile 2010</i>		
Campania	13 marzo 2007	DGR n. 460 del 20/03/2007	P.O. 2010-DCA n. 41/10 P.O. 2011/12-DCA n. 45/11 DCA n. 153/12	DCA n. 108 del 10/10/2014 coerente con indirizzi ministeriali	DCA n. 14 del 01/03/2017
Molise	27 marzo 2007	DGR n. 362 del 30/03/2007	P.O. 2010-DCA n. 17/10 P.O. 2011/12-DCA n. 80/11	DCA n.21 del 04/06/2014 sospesa l'efficacia del decreto dal TAR con ordinanza n° 77/2014	DCA n. 52 del 12/09/2016
Sicilia	31 luglio 2007	DGR n. 312 del 01/10/2007	P.O. 2010/12-DA n. 03254/10	DA n. 678 del 23/04/2014	
Sardegna	31 luglio 2007	DGR n. 30/33 del 02/08/2007	<i>PdR concluso in data 31 dicembre 2010</i>		
Calabria	17 dicembre 2009	DGR n. 908 del 23/12/2009		DCA n. 14 del 02/04/2015	
Piemonte	29 luglio 2010	DGR n. 1-415 del 06/03/2007		DGR n. 25-6992 del 30/12/2015	<i>PdR concluso in data 21 marzo 2017</i>
Puglia	29 novembre 2010	DGR n. 2624 del 30/11/2010		DGR n. 1403 del 04/07/2014	Il Programma Operativo 2016-2018 della Regione Puglia è in corso di valutazione da parte delle Amministrazioni Centrali

Risulta interessante evidenziare che gli adempimenti regionali sottoposti a verifica da parte del Comitato LEA riguardano tutti i settori sanitari, come l'assistenza ospedaliera, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza ai pazienti in fase terminale, la governance regionale, la prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, la qualità dell'assistenza, i percorsi terapeutici, il rischio clinico e le liste d'attesa.<sup>131</sup>

<sup>131</sup> La verifica dell'adempimento riferito alle liste d'attesa, prevede attualmente la rilevazione delle prestazioni ambulatoriali prenotate (modalità ex ante) e delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere erogate (modalità ex post) entro i limiti temporali definiti da classi di priorità previste da una normativa specifica. Si veda l'Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2010, recante Piano nazionale di Governo delle liste di attesa 2010-2012, per un approfondimento della normativa di riferimento <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/tempi-e-liste-di-attesa>

#### 1.4.2 Gli adempimenti e il mantenimento dei LEA

Tra i vari adempimenti regionali sottoposti a verifica da parte del Comitato LEA vi è quello relativo al “mantenimento dell'erogazione” dei LEA, la cui valutazione si basa su un set di indicatori quantitativi, la griglia LEA<sup>132</sup>. L'aggiornamento annuale di tali indicatori rende lo strumento in grado di adattarsi agli indirizzi politici-programmatori e alle priorità sanitarie. Questo strumento rappresenta attualmente lo strumento sintetico quantitativo principale per il monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale, consentendo di valutare la disomogenea erogazione dei livelli di assistenza tra regioni.

Tutti i vari indicatori sono calcolati con riferimento alla popolazione regionale residente, eccetto gli indicatori ospedalieri che tengono conto dell'attività svolta da tutte le strutture regionali, indipendentemente dalla residenza dei pazienti.

Il punteggio globale della griglia LEA, come evidenziato dall'ultimo rapporto di monitoraggio disponibile riferito al 2014, evidenzia un lieve incremento dei punteggi sintetici di ciascuna regione ed una lieve riduzione dell'eterogeneità regionale

---

<sup>132</sup> La certificazione dell'adempimento relativo all'area “*mantenimento nell'erogazione dei LEA*” avviene attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia la “*Griglia Lea*” che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza. Dall'entrata in vigore del DPCM del 29 novembre 2001 che ha definito i LEA, la “*Griglia*” rappresenta lo strumento principale per il monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale. La selezione degli indicatori riflette da un lato la ripartizione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale tra i livelli di assistenza e dall'altra le maggiori indicazioni delle politiche sanitarie regionali. La metodologia di valutazione complessiva comprende un sistema di pesi che attribuisce ad ogni indicatore un peso di riferimento, e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla regione nei confronti di standard nazionali.

complessiva, evidenziando alcune aree di criticità, su specifici indicatori in alcune regioni, attualmente sottoposte a Piano di Rientro<sup>133</sup>.

### **1.4.3 Prospettive future per la valutazione dei LEA**

Negli anni il processo di verifica degli adempimenti LEA ha seguito uno sviluppo volto a cogliere più gli aspetti sostanziali e meno formali della rispondenza agli impegni regionali previsti dalle norme e dagli Accordi in Conferenza Stato Regioni.<sup>134</sup>

Attualmente, su incarico del Comitato Lea, la direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute ha avviato un processo di revisione con l'intento di avere a disposizione un sistema di verifica degli adempimenti LEA più snello, meno oneroso in termini di risorse dedicate, strutturato in un'ottica analitica, che misuri tutti i fenomeni sanitari di interesse per mezzo di

---

<sup>133</sup> Con riferimento ai punteggi della Griglia LEA, la Regione adempiente ha un punteggio superiore o uguale a 160; la Regione adempiente con impegno su alcuni indicatori punteggio tra 130 e inferiore a 160; la Regione inadempiente punteggio inferiore a 130. Gli ultimi dati disponibili, relativi ai punteggi della Griglia LEA, evidenziano l'aumento del numero delle regioni "adempienti" e, dal 2013, nessuna delle regioni si colloca nella classe "critica", cioè con un punteggio < 130. Il trend dell'ultimo biennio rappresentato dalle annualità 2013 e 2014, vede le regioni di Toscana, Emilia Romagna e Piemonte con punteggi pari o superiori a 200, il netto miglioramento di Basilicata, Lazio, Abruzzo e Puglia che nel 2014 transitano dalla classe "adempiente con impegno" a quella "adempiente", e i punteggi pressoché stabili delle regioni Veneto e Marche. Tra le regioni in Piano di Rientro: Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Puglia, Calabria e Sicilia, sono in costante miglioramento i punteggi di Sicilia, Lazio, Abruzzo, Puglia che nel 2014 superano la soglia di adempienza di 160. Invece, Molise, Campania e Calabria si attestano su valori inferiori a 160, collocandosi nella classe adempiente con impegno. Tali regioni dovranno assolvere gli impegni relativi al miglioramento di alcune aree dell'assistenza tra cui, in particolar modo, quelle delle vaccinazioni, degli screening, dell'assistenza agli anziani ed ai disabili, dell'appropriatezza nell'assistenza ospedaliera. Per queste regioni, il monitoraggio delle criticità è effettuato nell'ambito degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro.

<sup>134</sup> Prendendo a riferimento l'anno 2006, in cui ebbe inizio la verifica, il numero di adempimenti sottoposti alla valutazione del Comitato LEA è cresciuto e nel 2015 è stato riferito a 41 adempimenti, articolati in 117 sotto adempimenti, per un totale di 319 Unità di valutazione, prevedendo una piattaforma documentale dedicata iniziando un processo di aggiornamento dei flussi informativi nazionali

indicatori quantitativi basati su dati provenienti da flussi informativi correnti nazionali<sup>135</sup>.

Con il nuovo processo di revisione si prevede di superare limiti posti dal sistema di monitoraggio attuale.<sup>136</sup> Inoltre, considerando i valori complessivi regionali, ciascun indicatore, come previsto attualmente, non pone attenzione alla eterogeneità geografica e sociale intra regionale nell'erogazione delle prestazioni, non evidenziando le discrepanze tra punti di erogazione delle prestazioni con elevata performance e popolazioni adeguatamente assistite con soggetti o punti di offerta ove non sia assicurata la garanzia dei LEA.

A tale proposito si inserisce l'attività avviata da oltre un anno ed attualmente in via di formalizzazione, di elaborazione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA, che ha condotto allo sviluppo di una metodologia di valutazione, progettati tramite la collaborazione Stato e Regioni, con il contributo di diversi esperti<sup>137</sup>.

---

<sup>135</sup> La Commissione di monitoraggio dell'attuazione del DPCM di definizione e aggiornamento dei LEA è stata istituita dal Ministro Lorenzin con DM 19 gennaio 2017 e si è insediata il 10 maggio 2017 presso l'Ufficio di Gabinetto del Ministero della salute.

<sup>136</sup> Tali limiti possono essere individuati nel numero limitato di indicatori che non consentono di monitorare tutti i LEA, non essendo in grado di descrivere in modo analitico per ciascun livello assistenziale, i singoli attributi qualificanti dei processi con i quali viene erogato.

<sup>137</sup> Il Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria come previsto dalla "Direttiva generale 2016 per l'attività amministrativa e la gestione del Ministero della Salute" sancisce che *"in accordo con quanto riportato nel patto per la Salute 2014-2016, si prevede di aggiornare il sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, definendo un'adeguata e condivisa metodologia. L'obiettivo è quello di ottenere un sistema unico di monitoraggio, incentivazione e valutazione della garanzia dei LEA rivolto a tutte le Regioni e le Province autonome"*. Le stesse parole sono state integralmente riportate nel successivo "Atto di indirizzo 2017 del Ministero della Salute" reperibile in [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2528\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2528_allegato.pdf)

Il NSG si configura come un sistema descrittivo di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati in tutte le regioni.

Il NSG ha come scopo principale di incentivare il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata anche attraverso la pubblicazione e il confronto annuale dei valori dei singoli indicatori tra le diverse regioni.

Il NSG fa riferimento agli indicatori LEA dei tre macro livelli di assistenza: assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale, prevenzione collettiva e sanità pubblica. Vengono definiti per cogliere attributi clinici ed organizzativi rilevanti dei processi assistenziali, e declinati sulla base delle dimensioni della efficienza e appropriatezza organizzativa e clinica, e della sicurezza delle cure. Tale percorso di valutazione include anche l'indice relativo ai Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) considerato trasversale rispetto ai tre macrolivelli di assistenza, con una specifica attenzione all'equità sociale e all'umanizzazione delle cure.

Il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA prevede inoltre un sottoinsieme di indicatori applicato specificatamente per il confronto dei valori degli indicatori con dei valori di riferimento, il computo di un risultato globale regionale che indichi entro quale soglia è garantita l'erogazione dei LEA, il calcolo di un risultato globale nazionale che consenta di monitorare l'andamento del paese nel tempo confrontandolo con altre realtà a livello internazionale.<sup>138</sup>

---

<sup>138</sup> Per un approfondimento della tematica si veda R. BOTTI e F. CARLE, *Benchmarking delle prestazioni nel Sistema Sanitario, successi e criticità*, (a cura di) C. Dell'Aringa e G. Della Rocca, *Lavoro Pubblico fuori dal Tunnel?*, Il Mulino, Bologna, 2017, pp.233 ss.

## Capitolo II

### **Il finanziamento del sistema sanitario e il contenimento della spesa pubblica**

#### **2.1 Lo strumento pattizio: una modalità di dialogo tra soggetti Istituzionali in un'ottica federalistica.**

Un sistema di finanziamento finalizzato a raggiungere l'improcrastinabile obiettivo di contenimento della spesa sanitaria, all'interno di un più ampio processo di stabilizzazione delle finanze pubbliche, presupponeva un percorso di responsabilizzazione da parte delle Regioni finalizzato al controllo delle proprie uscite e alla riduzione dei disavanzi.

A partire dagli anni '60 la spesa sanitaria ha incominciato il suo percorso di crescita esponenziale. L'ampliamento della tutela assistenziale e previdenziale, prevista a cittadini, utenti e a soggetti beneficiari a diverso titolo, ha costituito un elemento determinante di composizione del deficit, tanto che nei primi anni '70 si è provveduto, con interventi legislativi, a riequilibrare i costi e la sostenibilità finanziaria.

A partire dagli anni '90, si evidenzia un sistematico indebitamento dello Stato che ha comportato reali difficoltà in relazione alla sostenibilità del sistema stesso.<sup>139</sup> Il metodo adottato dal legislatore per assicurare un equo bilanciamento tra

---

<sup>139</sup> Il problema del deficit si individua a livello di Stati membri dell'Unione, tanto che a fronte di un disavanzo crescente, spinge la Stessa Commissione europea ad introdurre uno strumento di tipo pattizio, il Patto di Stabilità e crescita, la cui sottoscrizione da parte degli Stati membri comporta l'impegno di rispettare alcuni parametri nel rapporto disavanzo pubblico/PIL e debito lordo/PIL. Ciò ha comportato l'istituzione a livello statale, di uno strumento in grado di garantire l'esecuzione degli impegni presi in sede comunitaria, il Patto di stabilità interno. Tale Patto istituito dall'art. 28 della Legge 448/98, Finanziaria per l'anno 1999, ha recepito nell'ordinamento interno le decisioni prese a livello comunitario, coordinando gli interventi da realizzare da parte delle Regioni.

l'ineludibile necessità di controllo statale sul responsabile esercizio dei maggiori poteri fiscali ed organizzativi, assegnati alle regioni da un lato, e l'autonomia regionale, che, proprio in senso federalistico accettava sempre meno ingerenze statali, dall'altro, è stato di tipo pattizio. Esso si inseriva tra gli strumenti economico-giuridici, quali il Patto di stabilità e crescita<sup>140</sup>, di derivazione comunitaria, e il Patto di stabilità interno,<sup>141</sup> istituito per ricondurre i disavanzi nazionali entro rapporti percentuali fissati dal primo, finalizzati a stabilire, preventivamente ed in sede concertativa, gli impegni reciprocamente assunti.<sup>142</sup>

L'istituzione dello strumento pattizio previsto nella Finanziaria 1999, ha coinciso con l'avvio del percorso federalistico: la legge delega 13 maggio 1999, n. 133, recante "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", e il suo decreto legislativo di attuazione n. 56 del 2000, sembrarono dare avvio alla riforma della finanza regionale, apportando una seria modifica al modello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale<sup>143</sup>.

Con l'avvio del percorso federalistico, mediante il d. lgs n. 56/2000, si poneva, come obiettivo principale, l'autonomia organizzativa e gestionale delle Regioni e la progressiva riduzione del finanziamento statale a copertura del disavanzo

---

<sup>140</sup> Introdotta, a regime, mediante la risoluzione del Consiglio Europeo di Amsterdam, del 17 giugno 1997.

<sup>141</sup> Introdotta nell'ordinamento italiano dall'art. 28 L. 23 dicembre 1998, n. 448.

<sup>142</sup> Si veda E. JORIO, *L'art. 119 della Costituzione e il finanziamento della salute. Contraddizioni e limiti applicativi*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n.6, 2007, che a pagina 5 definisce questo strumento, il Patto di stabilità per la Salute, per quanto concerne lo specifico ambito sanitario, di *'contenimento specializzato della spesa'*.

<sup>143</sup> Al riguardo, più in specifico, le risorse del Fondo sanitario nazionale dovevano essere sostituite da una pluralità di fonti di finanziamento rappresentate dall'Irap, dalla confermata possibilità per le Regioni di imporre addizionali, dall'aumento della compartecipazione delle benzine, dalla compartecipazione al gettito dell'Iva, da entrate proprie e, per importi residuali, da integrazioni a carico dello Stato.

economico. Tale percorso, però, non ha tenuto conto del già evidente divario intercorrente tra le Regioni a livello di capacità fiscale, sulla quale, invece, le medesime avrebbero teoricamente dovuto fondare la loro autonomia.

Il primo Patto, denominato “Patto di stabilità per la Salute”, fu sottoscritto l’8 agosto 2001, in sede di Conferenza Stato-Regioni<sup>144</sup>, al fine di garantire, relativamente al suo periodo triennale di applicazione, un quadro stabile di evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che, tenendo conto degli impegni assunti con il patto di stabilità e crescita, consentisse di migliorare l’efficienza, razionalizzando i costi, mediante l’assunzione di responsabilità reciproche.<sup>145</sup>

---

<sup>144</sup> La pratica della negoziazione Stato-Regioni, riguardo al finanziamento della sanità è, tuttavia, precedente all’accordo dell’8 agosto 2001, il quale tenta per l’ennesima volta di porre le basi per superare la perdurante situazione di deficit del Sistema sanitario nazionale. Nella consapevolezza, della confusione normativa e dell’urgenza di soluzioni rapide ai problemi finanziari della sanità, il Governo e le Regioni raggiunsero un accordo il 3 agosto 2000, poi integrato dal successivo del 22 marzo 2001, allo scopo di regolare i disavanzi sino a tutto il ’99, definendo, realisticamente, i fabbisogni sanitari con effetto sugli anni 2000 e 2001. Da notare che già in questa occasione, e quindi dopo pochissimo tempo dall’adozione del decreto n. 56/2000 il contenuto di quest’ultimo viene contraddetto. Infatti, con l’accordo del 22 marzo 2001, a compensazione di una maggiore responsabilizzazione delle Regioni, in ordine al controllo sui disavanzi, viene soppresso il vincolo di destinazione delle risorse che pure costituiva una delle novità del decreto sul federalismo fiscale. Per un approfondimento si veda S, PARILLA, *Le risorse del servizio sanitario: dall’accordo del 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 4/2005.

<sup>145</sup> Al fine di regolare i deficit maturati nel corso del 1999, e di definire contestualmente i fabbisogni sanitari per i due esercizi successivi, Stato e Regioni sottoscrissero una prima forma di accordo negoziato in data 3 agosto 2000, per poi integrarlo e modificarlo con un secondo, datato 22 marzo 2001. II Documento del 3 agosto 2000, “Documento concernente la Proposta di accordo tra i Ministri del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano in materia di spesa sanitaria” prevedeva che lo Stato erogasse risorse e al contempo che la Regione ne divenisse pienamente responsabile (in caso di disavanzi regionali, le Regioni erano chiamate a risponderne con risorse proprie o aumentando le imposte e si stabiliva la possibilità di stipulare accordi tra Governo e Regioni per rimuovere le cause strutturali degli stessi).

Il percorso di progressiva responsabilizzazione istituzionale, coordinata Stato-Regioni, nel contenimento della spesa sanitaria, incontrò difficoltà principalmente individuate nella continua sottostima statale delle risorse economico-finanziarie, da dedicare al Servizio Sanitario Nazionale, e nell'incertezza del contenuto sostanziale dei livelli essenziali di assistenza.<sup>146</sup>

Nello sviluppo di quello che è stato definito come il “principio della collaborazione istituzionale responsabilizzata”<sup>147</sup>, risulta l'elemento innovatore del Patto di stabilità. Questo concetto, al momento della sottoscrizione dell'Accordo Stato-Regioni in data 8 agosto 2001, non aveva ancora avuto concreta attuazione, in quanto fino ad allora, i poteri e le competenze statali, avevano spesso sovrastato quelle, del tutto residuali, delle Regioni.

Il Patto di stabilità, al di là della stretta collaborazione, insita nel meccanismo stesso della stipulazione di un Accordo, nell'assunzione da parte di Stato e Regioni dei reciproci impegni di contenuto strettamente finanziario, ha previsto una procedura collaborativa di contenuto, assegnando un termine al Governo, per definire, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, i livelli essenziali di assistenza.

---

Non si chiamava ancora “Patto per la Salute”, ma sicuramente la logica del negoziato programmatico, tra Stato e Regioni, per la gestione della sanità può essere fatta risalire a questo accordo. A partire dal 1 marzo 2001, venivano modificate le modalità di erogazione delle risorse finanziarie alle Regioni, così come il sistema dei pagamenti delle Asl che diventavano di pertinenza diretta delle Regioni. Le Regioni si impegnavano a ridefinire un sistema di rendicontazione e monitoraggio sull'andamento della spesa e delle prestazioni sanitarie ispirato a *“criteri di uniformità nelle informazioni trasmesse, di tempestività nei tempi di trasmissione e di piena utilizzabilità per il sistema dei conti pubblici”*.

<sup>146</sup> I livelli essenziali di assistenza erano indicati come gli strumenti più idonei per garantire agli utenti la tutela del nucleo irriducibile del diritto alla salute. Si veda sul punto C .PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni*, in *Giur cost.*, 2011, p. 3371 ss.; 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'era del decentramento istituzionale*, in *Giur cost.*, 2006, p. 1733, ss; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, p. 235 ss..

<sup>147</sup> Cfr., E. JORIO, *L'Art.119 Costituzione*, n. 6, 2007, p. 6

Il percorso di riequilibrio economico-finanziario è poi proseguito con la sottoscrizione, da parte del Governo e delle Regioni, dell'Intesa del 23 marzo 2005, sostanzialmente attuativo delle disposizioni contenute nella legge n. 311 del 2004 (Finanziaria per l'anno 2005). Tale normativa, promulgata in stretta concomitanza con la scadenza del triennio di operatività dell'Accordo del 8 agosto 2001, si è presentata in linea con quanto previsto da quella precedente, e con la finalità di procedere alla responsabilizzazione delle Regioni per conseguire la necessaria stabilizzazione della finanza pubblica.

La legge 311/2004, rammentando il rispetto degli impegni assunti in sede concertativa con la sottoscrizione dell'Intesa Stato-Regioni, ha ribadito la stretta dipendenza dell'efficace contenimento dei disavanzi della gestione corretta da parte delle Aziende sanitarie e dei finanziamenti ottenuti, e dal successivo intervento delle Regioni per garantire la copertura degli eventuali disavanzi di gestione accertati.<sup>148</sup>

La possibilità di copertura, da parte delle Regioni, degli eventuali disavanzi di gestione, mediante le nuove entrate, ha reso la razionalizzazione della spesa sanitaria strettamente dipendente dalla gestione, da parte delle AUSL, delle risorse da loro erogate. Questo, spesso, ha comportato un incremento della spesa sanitaria, sia perché alcune Regioni non svolsero il ruolo di controllo, sia perché alcune AUSL non contribuirono alla stabilizzazione dei costi.

L'obiettivo della razionalizzazione della spesa sanitaria, al fine del contenimento del disavanzo, ha visto il legislatore affiancare agli accordi meramente pattizi costituiti dalle Intese Stato-Regioni, ovvero Patti di stabilità per la salute, un meccanismo che prevedesse, da un lato, controlli ed eventuali sanzioni, e

---

<sup>148</sup> Art. 1, comma 26, legge 311/2004 *“Le Regioni possono destinare le nuove entrate alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione accertati nel settore sanitario”*.

dall'altro, misure agevolative che incentivassero le Regioni ad utilizzare strumenti per la graduale riduzione del debito regionale accumulato.

Il successivo Patto di stabilità per la salute, relativo al triennio 2007-2009, firmato il 28 settembre 2006, ha ribadito l'impegno, già assunto con le precedenti Intese, di proseguire il percorso di collaborazione Stato-Regioni per la razionalizzazione della spesa sanitaria; ha proposto nuove soluzioni, accanto a quelle contenute nel precedente Patto del 23 marzo 2005, idonee, negli obiettivi dei soggetti sottoscrittori, ad incentivare l'attività programmatica, prima, e di controllo, poi, delle Regioni, delineando un modello di governance complesso<sup>149</sup> del Sistema Sanitario Nazionale, che ha portato al superamento del sistema di programmazione dall'alto, identificando, in un sistema di tavoli tecnici e politici, il luogo dove condurre e delineare le politiche pubbliche della salute. In quanto alla definizione delle risorse economico-finanziarie da assegnare alle Regioni, è stata

---

<sup>149</sup> Con il Patto per la salute del 2006, furono attivate le azioni necessarie a elevare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni equilibrando la capacità di fornire servizi di qualità su tutto il territorio nazionale. Il Governo si impegnò a *"stabilire il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il triennio 2007-2009 (omissis) in modo da consentire alle regioni l'ottimizzazione, efficienza e massimizzazione nell'uso delle risorse e rendere loro possibile una programmazione di medio periodo delle azioni necessarie a correggere le inapproprietezze e a riassorbire le inefficienze che minano il controllo della spesa e l'efficacia dei servizi per i cittadini"*. Viene ulteriormente richiamato un rafforzamento del sistema di monitoraggio circa l'effettiva erogazione dei Lea, sottolineando che il livello centrale svolgerà *"non solo una funzione di verifica, ma, quando necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni"*. Venne introdotta la contabilità analitica per centri di costo, per consentire analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna Asl e si procedette con la razionalizzazione della rete ospedaliera. Per la prima volta venne previsto uno standard di posti letto ospedalieri accreditati effettivamente a carico del SSR non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, stabilendo di *"assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale ospedaliera"*. Vennero, poi, definiti meccanismi di raccordo tra Aziende sanitarie, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per una reale integrazione tra cure primarie e cure ospedaliere, anche attraverso percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi oltre alla condivisione di percorsi di prevenzione.

concessa la possibilità alle stesse, di elaborare concordemente le metodologie e i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale<sup>150</sup>.

L'accordo sottoscritto il 23 ottobre 2009, per il triennio 2010-2012, recepito dalla legge 191/2009, è scaturito in un momento di indebolimento delle forme di cooperazione istituzionali, e la strumentazione ivi prevista, come la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle cure ridimensionate da un accordo molto ragionieristico concentrato sui saldi di bilancio.<sup>151</sup> L'accordo ha sancito l'avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa e sullo stato dei servizi sanitari regionali, e quanto ai Piani di rientro regionali, ha introdotto una "*rivisitazione, potenziamento e semplificazione*" del meccanismo del commissariamento.<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Si ritrova nel "Patto per la salute", e nella legge finanziaria, lo strumento principe dell'assetto della sanità pubblica. La legge n. 296/2006 finanziaria per il 2007, recependo le disposizioni del summenzionato Patto, prevedeva un Fondo transitorio per il triennio 2007-2009 da ripartire tra le regioni interessate da elevati disavanzi che sottoscrivano un apposito Piano di rientro. L'azzeramento dei disavanzi entro il 2010; la conferma del meccanismo d'innalzamento automatico ai livelli massimi dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap; innalzamento, oltre i livelli massimi, fino all'integrale copertura degli obiettivi, in caso di mancato raggiungimento degli stessi; al contrario, in caso di riscontri positivi, la riduzione, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. In particolare, con l'introduzione dei cd. "Ticket", veniva introdotta per la prima volta, una quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e una quota fissa per le prestazioni di pronto soccorso.

<sup>151</sup> Il profilo ragionieristico del documento si individua nell'assenza di riferimenti all'adozione dei nuovi Lea e nell'assegnazione al Ministero dell'economia e delle finanze del compito relativo alla verifica dell'andamento della spesa sanitaria. Infatti, vengono assegnati a tale Ministero, tutti i compiti relativi al monitoraggio della spesa sanitaria dello Stato, nel finanziamento del SSN, anche in riferimento ai piani di rientro. Spesso il ruolo travalica quello strettamente economico finanziario per entrare nel campo scientifico, perché comunque interessati dall'aspetto di sostenibilità finanziaria.

<sup>152</sup> In caso di disavanzo, si prevedeva il blocco del turnover e il divieto di effettuazione di spese non obbligatorie. Per quanto all'organizzazione si individuò una razionalizzazione della rete ospedaliera che vide le Regioni impegnarsi alla riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati non

Il Patto della salute 2012-2014, per la verifica e il controllo della spesa del SSN e per il monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi, all'art. 1, comma 8, ha ripreso il contenuto dell'art. 30 del d.lgs. 68/2011, richiedendo la messa a punto di un documento di proposte per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale, in cui si stabilissero gli impegni legati alla verifica periodica della realizzazione del percorso di convergenza ai costi e ai fabbisogni standard sanitari<sup>153</sup>.

Il Patto per la Salute 2014-2016, sancito con l'Intesa del 10 luglio 2014, rileva da parte dello Stato sia l'attivazione di strutture commissariali nelle Regioni in deficit, sia l'Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale<sup>154</sup>. Tale Accordo, frutto di mesi di negoziati intergovernativi, giunse alla

---

superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

<sup>153</sup> Per quanto riguarda il riparto fra le regioni del finanziamento SSN destinato al fabbisogno indistinto, ovvero al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, il Patto della salute 2014-2016, all'art. 1, co. 2, ribadisce che deve essere tenuto in conto quanto stabilito nell'Accordo politico raggiunto il 19 dicembre 2013, e fissa al 31 luglio 2014 il termine entro il quale rivedere e riqualificare i criteri, quindi anche i pesi, per la determinazione dei costi e dei fabbisogni regionali standard. Tale adempimento, è stato meglio definito, dal punto di vista procedurale, dalla legge di stabilità 2015. In attuazione dell'Accordo e delle disposizioni del Patto, la legge di stabilità 2015, L. 190/2014 co., 681 ha stabilito che, a decorrere dal 2015, i pesi per la determinazione della spesa media pro-capite, quota capitaria, dovranno essere definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF, previa intesa con la Conferenza Stato-regioni. I pesi saranno determinati sulla base dei criteri indicati dall'art. 1, co. 34, della legge 662/1996: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione e indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali.

<sup>154</sup> Il Patto affronta il tema della programmazione triennale dei costi standard e dei fabbisogni regionali, consentendo di avviare e implementare politiche di innovazione del SSN sul territorio. Si tende al miglioramento della qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema, definendo i tetti di spesa.

sua definizione con un ritardo di circa un anno e mezzo rispetto alla scadenza del precedente patto. Una delle principali difficoltà va senza dubbio individuata nell'impossibilità di concordare l'ammontare da assegnare al servizio sanitario nazionale, in concomitanza delle manovre economiche, volte a correggere l'andamento della spesa pubblica. L'intesa, sull'ammontare delle risorse a disposizione, doveva essere la base per costruire l'accordo, ma invece ha rappresentato un ostacolo che ha rallentato le decisioni condivise<sup>155</sup>.

Un'altra questione, correlata alle risorse, lungamente trattata per pervenire all'accordo, è stata la definizione dei nuovi LEA. Secondo il Patto, questi dovevano essere concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni e adottati entro la fine del 2014<sup>156</sup>.

Il Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 1, comma 3, prevede l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica<sup>157</sup>, che, se da un lato, volge l'apparato di controllo verso gli adempimenti

---

<sup>155</sup> A fine febbraio 2015 si è arrivati all'intesa sulla misura dei tagli alla sanità, pari a 2.637 miliardi su base annua di cui 352 milioni a carico delle Regioni a statuto speciale e 285 di contributo dal lato dell'edilizia sanitaria, mentre è stata rinviata l'individuazione delle misure di risparmio, anche se si fa riferimento al monitoraggio dell'attuazione del decreto sugli standard ospedalieri, dal quale sono previsti risparmi, cui comunque le Regioni potranno derogare, pur di ottenere comunque l'obiettivo finanziario e l'equilibrio di Bilancio del SSR.

<sup>156</sup> L'aggiornamento dei LEA era richiesto da tempo, l'articolo 5 del decreto-legge n. 158/2012, convertito dalla legge n. 189/2012, ribadiva la necessità di una revisione dei LEA, con prioritario riferimento alla riformulazione dell'elenco delle malattie croniche e delle malattie rare e dell'assistenza ai soggetti affetti da ludopatia.

<sup>157</sup> Viene prevista la sostituzione del provvedimento DPCM del 2001 considerato "ricognitivo" delle prestazioni erogate con il nuovo "costitutivo", nel senso che rappresenta la fonte primaria per l'individuazione del pacchetto di prestazioni e servizi garantiti. Si è cercato, inoltre, di elencare, ove possibile, le prestazioni erogabili in appositi nomenclatori, limitando i rinvii alla normativa vigente. Sono state introdotte prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminate altre oramai considerate

e la verifica dei LEA, e più in generale tende alla riqualificazione del SSR, d'altro canto evidenzia come le politiche di rigore finanziario rischiano di incidere negativamente sulla garanzia della tutela della salute.

Lo strumento pattizio, così utilizzato, diviene modello di compartecipazione, frutto di una fase caratterizzata da emergenze finanziarie, comportando una maturazione del sistema negoziale<sup>158</sup>, non più legato ad una programmazione annuale. Diviene così possibile definire una politica sanitaria di medio periodo, volto ad affrontare lo squilibrio finanziario di alcune Regioni e al contempo coniugare l'offerta delle prestazioni comprese nei livelli essenziali con l'obiettivo di risanamento economico.<sup>159</sup>

---

obsoleto, è stata rivista la lista dei DGR potenzialmente inappropriati ed individuati i trattamenti che possono essere spostati dal day hospital all'ambulatorio. Dal punto di vista finanziario i costi dei nuovi LEA possono essere minimizzati attraverso i meccanismi dei tetti di spesa per gli erogatori e compensati dai risparmi, anche considerando le compartecipazioni sulle nuove prestazioni, alle nuove regole per l'appropriatezza e all'adozione in alcuni casi di normali procedure di acquisto piuttosto che del regime tariffario. Successivamente, la legge di stabilità 2015 (legge 190/2014) ha "ratificato" in via normativa i contenuti del Patto della salute.

<sup>158</sup> La pratica negoziale, adottata per affrontare la situazione deficitaria del sistema sanitario nazionale, può avere limitato l'autonomia del potere regionale in ordine al finanziamento della salute, ma il sistema concertativo ha avviato comportamenti volti a migliorare l'andamento finanziario della sanità.

<sup>159</sup> L'attuazione di queste procedure pattizie comporta una forte incidenza dello Stato, strutturando la prassi degli incontri tra ministro della salute e gli assessori regionali con la funzione di agevolare i lavori nelle Conferenze dove si formalizzano gli accordi e le intese. L'erogazione dei finanziamenti alle Regioni, condizionati all'esito positivo delle verifiche compiute dal tavolo tecnico, è un ulteriore indice del condizionamento del potere centrale.

Va rilevato che, prima di giungere alla fase concertativa, il legislatore statale aveva approntato, a livello normativo, un diverso sistema di finanziamento della sanità, successivamente inquadrato nel cd. "federalismo fiscale".<sup>160</sup>

Vennero introdotte modalità attuative del federalismo in ambito sanitario, al fine di implementare strumenti quali la compartecipazione ed il Fondo perequativo nazionale<sup>161</sup>, per rendere fattibile la via della solidarietà tra Regioni e garantire il decentramento gestionale.<sup>162</sup>

---

<sup>160</sup> Il federalismo fiscale, avviato mediante le normative dei primi anni 2000, è proseguito ed è tuttora in atto. Le norme di riferimento sono il d.lgs. 56 del 18 febbraio 2000 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133"; il d.lgs. 68 del 6 maggio 2011, "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario". Tale norma intervenendo sull'autonomia di entrata delle Regioni, ha tentato una migliore definizione, rispetto a quella fornita dal d.lgs. 56/2000; la legge costituzionale 3/2001 e dalla conseguente legge 131/2003. Si veda per un approfondimento U. PATRONI GRIFFI, *Federalismo e concorrenza*, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 2001, n. 3-4, p.469 ss.; L. ANTONINI, *Dal federalismo legislativo al federalismo fiscale*, in *Rivista di diritto finanziario*, 2004, n. 3, p.; per dettagliati approfondimenti, soprattutto sulla operatività del d.lgs. n. 56/2000, si veda M. BARBERO, *Processo al d.lgs. n. 56/2000*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it).

<sup>161</sup> Il Fondo perequativo nazionale, costituito ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. 56/2000, intendeva garantire la realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale. Concetto, questo, fondamentale se si fa dipendere buona parte dell'attuazione del federalismo e, conseguentemente, l'autonomia organizzativa e gestionale delle Regioni, dall'efficiente funzionamento della solidarietà fiscale tra queste ultime. Successivamente, il Fondo perequativo, previsto dal d.lgs. 68/2011, si presenta come elemento di novità rispetto al d.lgs.56/00, che oltre alla finalità dell'attuazione della solidarietà interregionale, viene istituito per ridurre le differenze tra le singole realtà regionali, di gettito per abitante rispetto al gettito medio nazionale per abitante. Con l'istituzione del Fondo, si tenta di omogeneizzare il più possibile la capacità fiscale delle regioni, percorso necessario per allineare le differenze tra le Regioni, tenendo conto delle diverse capacità fiscali per abitante e dei fabbisogni sanitari presenti nelle diverse realtà territoriali.

<sup>162</sup> Si veda la posizione critica, al riguardo, espressa da N. DIRINDIN, *Sanità e federalismo: un matrimonio*, (a cura di) U. MONTAGUTI, in *Il federalismo in Italia. Riflessioni ad uso degli operatori*

La costituzionalizzazione del Fondo perequativo è avvenuta contestualmente alla riforma del Titolo V, mediante la l. cost. 3/2001, la quale ha previsto, al novellato art. 119, comma 3 Cost.<sup>163</sup>, l'Istituzione del fondo, per i territori con minore capacità fiscale per abitante. Il concreto funzionamento di un sistema perequativo come quello delineato, avrebbe dovuto verificare che i prelievi fiscali delle regioni, insufficienti per garantire, nonostante il meccanismo della compartecipazione, l'erogazione delle prestazioni riconosciute dai livelli essenziali di assistenza, non dipendessero dall'applicazione di aliquote volutamente basse<sup>164</sup>.

L'art. 119 sembrava aver posto le premesse per soluzioni attuative che tenessero conto nell'equilibrio, tra solidarietà e competizione territoriale, non solo e non tanto concezioni egualitarie tra le Regioni, ma soprattutto la valorizzazione del merito<sup>165</sup>. Il modello costituzionale veniva orientato non solo alla finanza propria ma anche alla perequazione di livelli essenziali delle prestazioni, spostando

---

*sanitari*, 2002, che vede un sistema federalistico come disegnato dal d. lgs. 56/00, far aumentare i disavanzi correnti delle Regioni fiscalmente più deboli e quindi di fatto incapaci a rendersi autonome.

<sup>163</sup> La Corte Costituzionale con la sentenza n. 370 del 2003, in relazione all'attuazione del novellato articolo 119 Cost., sostiene che esso costituisce una condizione necessaria perché il disegno costituzionale sul federalismo possa svilupparsi compiutamente, "*...appare evidente che l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione sia urgente al fine di concretizzare davvero quanto previsto nel nuovo Titolo V della Costituzione, poiché altrimenti si verrebbe a contraddire il diverso riparto di competenze configurato dalle nuove disposizioni*".

<sup>164</sup> Per un approfondimento sul nuovo riferimento costituzionale alla perequazione, si veda C. COSSIGA, *Federalismo fiscale e perequazione finanziaria*, in *La Finanza Locale*, fasc. 7-8, 2007, pp. 145 ss. e V. RUSSO, *Prospettive per la perequazione ed il federalismo*, in *Rivista dei tributi locali*, fasc. 2, 2005, pp. 143 ss.

<sup>165</sup> L. ANTONINI, *La possibile dinamica del federalismo fiscale: dalla democrazia della spesa alla democrazia delle virtù*, in AA.VV., *Il federalismo fiscale alla prova dei decreti delegati*, Milano, 2012, pp. 169 ss.

l'attenzione non solo sulle aspettative relative alle spese finali, ma anche all'autonomia come diritto ad eguali chance di reperimento delle risorse<sup>166</sup>.

Successivamente, sulla spinta delle pressioni dei debiti sovrani, si rileva l'esigenza di attuare la riforma costituzionale del 2001 per ciò che riguarda l'art. 119 avviando, di fatto, la riforma del c.d. federalismo fiscale italiano<sup>167</sup>.

La riforma del finanziamento delle Regioni prosegue nel convincimento che una maggiore autonomia finanziaria possa rappresentare, in parte, una soluzione ai problemi determinati dalla crisi della finanza pubblica. Alla responsabilizzazione delle Regioni si accompagna una nuova concezione degli interventi redistributivi e una perequazione coerente che funziona solo se svolta sulla base di fabbisogno e costo standard, coprendo integralmente, a livello standardizzato, unicamente i livelli essenziali delle prestazioni<sup>168</sup>.

Il sistema perequativo attuato dal legislatore, diviene così quello di finanziare, con redistribuzione, i fabbisogni non autonomamente coperti solo se legati a minore capacità fiscale e, non invece, di coprire anche i fabbisogni reali se legati a inefficienze gestionali.

---

<sup>166</sup> S. GAMBINO, *Autonomia, asimmetria e principio di eguaglianza: limiti costituzionali al federalismo fiscale*, in *Politica del diritto*, fasc. 1, 2009, pp. 3 ss.

<sup>167</sup> Si veda a proposito, G. PITRUZZELLA, *Federalismo fiscale e perequazione*, in *Rivista Amministrativa della Repubblica Italiana*, fasc. 6, 2012, pp. 341 ss.; M. BORDIGNON, *La perequazione*, in AA.VV., *Il federalismo fiscale alla prova dei decreti delegati*, Milano, 2012, pp. 273 ss.; C. PINELLI, *Livelli essenziali delle prestazioni e perequazione finanziaria*, in *Diritto e società*, fasc. 4, 2011, pp. 731 ss.

<sup>168</sup> Questo aderendo all'interpretazione minimale della garanzia quantitativa ex art. 119 comma 3 e 4, che ne valorizza il combinato disposto con la lett. m dell'art. 117. Interpretazione certamente non l'unica possibile, considerando altre letture maggiormente precettive ad una perequazione estesa al complesso delle funzioni e dei fabbisogni così come prospettabili sulla base del testo vigente. Per un inquadramento generale, si veda C. CALVIERI, *Luci ed ombre sulla prima attuazione del nuovo articolo 119 della Costituzione*, in *Diritto e società*, fasc. 1, 2013, pp. 51 ss.

## 2.2 Deficit e controllo: i Piani di Rientro il forzoso equilibrio economico-finanziario

I Piani di rientro dai disavanzi sanitari, cui sono sottoposte, oggi, alcune Regioni italiane, presentano problematicità relativamente alla garanzia delle competenze delle autonomie territoriali regionali e alla necessità di trovare il giusto equilibrio tra l'esigenza di rispettare i vincoli posti dalla normativa vigente, in relazione al contenimento del disavanzo pubblico<sup>169</sup>, e quella di garantire, partendo dall'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, le prestazioni sanitarie.

I Piani di rientro costituiscono parte integrante di un accordo fra Stato e Regione, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, tenendo conto dei condizionamenti economico-finanziari, per poi individuare una serie di obiettivi da raggiungere in relazione alla necessità di risanare i disavanzi e di assicurare i livelli essenziali di assistenza<sup>170</sup>.

L'evoluzione normativa avviata negli anni '90 ha portato ad una progressiva responsabilizzazione delle Regioni nella gestione della loro spesa sanitaria. Il legislatore nazionale, con una serie di provvedimenti legislativi, affiancati da accordi pattizi costituiti da Intese Stato – Regioni e Patti di stabilità per la salute,

---

<sup>169</sup> Per un approfondimento sulla problematica relativa all'aumento del disavanzo pubblico e la garanzia del diritto alla salute, si veda, E. ROSSI, E. STRADELLA, *La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria*, in *gruppodipisa.it*, 3; G. FRANCE, "Laboratori del federalismo" e miglioramento del servizio sanitario nazionale, in *ISSiRFA.cnr.it*, 2008; A.S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamenti dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione, nota a Corte cost. 98/07*, in *forumcostituzionale.it*, 2007; G. FRANCE, *Diritto alla salute, devolution e contenimento della spesa: scelte difficili, scelte obbligate*, in *ISSiRFA.cnr.it*, 2005.

<sup>170</sup> Per un approfondimento sugli obiettivi dei piani di rientro si veda, G. CARPANI, *I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea*, (a cura di), R. BALDUZZI, in *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2010, p. 25 ss.; E. JORIO, *I piani di rientro dei debiti sanitari regionali. Le cause, le proposte, le eccezioni*, in *federalismi.it*, 2/09.

ha condotto le Regioni ad utilizzare meccanismi sia di controllo che sanzionatori, per la riduzione della spesa sanitaria.

Già la legge finanziaria del 2005,<sup>171</sup> facendo seguito alla prassi della contrattazione fra Stato e Regioni, affermatasi negli anni precedenti, all'art. 1, c. 180, stabiliva che le Regioni trovatesi in una situazione di disavanzo sanitario, dovevano procedere alla ricognizione delle cause di tale situazione e all'elaborazione di un programma, al massimo triennale, di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del loro Servizio sanitario.

All'interno del processo di riequilibrio economico finanziario, in un percorso di collaborazione istituzionale, tra Stato e Regioni, come strutturato in base alle disposizioni della Finanziaria per l'anno 2005 e alla successiva Intesa del 23 marzo 2005, si rileva una profonda responsabilizzazione delle Regioni al fine del contenimento della spesa pubblica.<sup>172</sup>

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005<sup>173</sup>, si stabiliva quando le Regioni erano tenute a presentare un Piano di rientro e si disciplinava dettagliatamente

---

<sup>171</sup> Art.1, comma 174, della legge 311 del 2004, in attuazione dell'ex articolo 8 della legge 131 del 2003 "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001.

<sup>172</sup> Si veda l'art. 1, c. 26 della legge 311 del 2004 che prevedeva da parte delle Regioni una gestione corretta ed un impegno alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione "*Le Regioni possono destinare le nuove entrate alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione accertati nel settore sanitario*".

<sup>173</sup> L'art. 8, c. 5, della intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, stabiliva che le Regioni erano tenute a presentare un piano di rientro laddove si verificasse un "disavanzo pari o superiore al 7%", al netto, delle spese sostenute per "arretrati di contratti e convenzioni per il personale". L'attività di monitoraggio prevedeva il NSIS, Nuovo sistema informativo sanitario, il Comitato permanente per la verifica della erogazione dei LEA, istituiti presso il Ministero della Salute.

l'attività di monitoraggio, al fine del controllo dell'adempimento delle Regioni alle normative vigenti.

Successivi interventi sono stati apportati con la legge finanziaria n. 266 del 2005 che prevedeva la stipulazione di accordi o l'integrazione di quelli già conclusi ai sensi della legge 311 del 2004, come condizione, per le Regioni in disavanzo, per poter accedere ai benefici economici stanziati dallo Stato<sup>174</sup>. La nomina di un Commissario ad acta, individuato dal Presidente della Regione inadempiente, comportava l'adozione dei provvedimenti necessari al ripiano del disavanzo anche mediante aumenti delle addizionali Irpef e Irap.<sup>175</sup>

La materia poi ha subito ulteriori specificazioni con le leggi che si sono succedute.

Il 28 settembre 2006 veniva sottoscritto il Patto per la salute, 2007-09. La novità più rilevante, per quanto concerne i Piani di rientro, consisteva nella istituzione di un Fondo transitorio dedicato alle "Regioni in difficoltà", con disavanzi pari o superiori al 7%, il cui accesso era subordinato alla sottoscrizione del Piano di rientro<sup>176</sup>.

---

<sup>174</sup> In relazione all'art. 1, c. 278 e 281, della legge 266 del 2005, che prevedeva le misure da rispettare per poter accedere, ai benefici economici da parte delle Regioni, la Corte costituzionale fu chiamata, da alcune Regioni, ad esprimersi sulla sua legittimità. La questione venne dichiarata infondata dalla Corte Costituzionale, con la sentenza n. 98 del 2007, sulla base del fatto che le misure imposte avevano carattere incentivante e riservavano *"in ogni caso alle Regioni un adeguato spazio di esercizio delle proprie competenze nella materia della tutela della salute"*.

<sup>175</sup> L'art.1, comma 277, della legge 266 del 2005, finanziaria 2006, conferma le precedenti disposizioni finanziarie. In particolare l'art. 4 del decreto legge 159 del 2007, convertito in legge 222 del 2007, istituzionalizza l'intervento del Commissario ad acta come strumento per l'attuazione dei piani di rientro dal disavanzo delle Regioni inadempienti.

<sup>176</sup> Nessuna Regione aveva ancora sottoscritto un Piano di rientro e solo per quelle che lo avessero stipulato, si affermava che *"sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa del*

La finanziaria per il 2007, legge 296 del 2006, stabiliva come vincolanti gli interventi previsti dai piani per le Regioni sottoscrittrici dell'Accordo<sup>177</sup>. Veniva confermato il principio di fondo in forza del quale erano le Regioni in Piano di rientro a coprire i propri disavanzi pregressi con *“idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate”*<sup>178</sup>.

Il d.l. n. 23 del 2007, emanato dopo pochi mesi dall'entrata in vigore della finanziaria 2007, stabiliva che il Governo concorreva al ripiano del disavanzo

---

*23.3.2005, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate”*. A tal fine il Governo si impegnava alla proposizione delle necessarie “norme di deroga”, come previsto dal punto 1.4 del Patto. La finanziaria 2007 traduce in legge l'accordo. Per un approfondimento si veda B. VITIELLO, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni* in «Ist. fed.», n. 2/06, spec. p. 968 ss.

<sup>177</sup> L'art. 1, c. 796, b, della legge 296 del 2006, finanziaria 2007 prevedeva, relativamente ai Piani di rientro, che *“le determinazioni da questi previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria”*. Si veda per un approfondimento Cfr. E. JORIO, *I Piani di rientro dei debiti sanitari regionali*; E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista AIC*, 3/2012

<sup>178</sup> L'art. 1, c. 796, e, della legge 296 del 2006, finanziaria 2007. Per un approfondimento relativo all'introduzione del principio di “automatismo fiscale” e all'istituzione del Fondo Transitorio per gli anni 2007-09, si veda, M.T. LORETUCCI, N. NANTE, M. GIUSSANI, S. SIMONETTI, G. MESSINA, F. PALUMBO, *Evoluzione normativa dei piani di rientro dai deficit sanitari*, in *Organizzazione sanitaria, secup.it*, 2/2008.

sanitario per le annualità 2001-2005<sup>179</sup> delle sole Regioni sottoscrittrici del Piano di rientro<sup>180</sup>.

Il d.l. n. 159 del 2007, convertito in legge n. 222 del 2007, disponeva che qualora gli adempimenti previsti dal Piano di rientro non venissero rispettati, lo Stato esercitava il potere sostitutivo nominando, previa diffida alla Regione ad adempiere, un Commissario ad acta<sup>181</sup>.

L'art. 1, c. 2-3, d.l. 154/08, per le Regioni in Piano di rientro commissariate, consente, con deliberazione del Consiglio dei Ministri, l'erogazione, in tutto o in parte, e comunque a titolo di anticipazione, del maggior finanziamento, condizionato alla verifica positiva degli adempimenti, in deroga alle disposizioni dell'art. 8, dell'Intesa del 23 marzo 2005, qualora si siano verificate determinate condizioni<sup>182</sup>. Successivamente, vengono estese le stesse disposizioni anche

---

<sup>179</sup> Resta confermata la tradizionale logica di finanziamento della spesa sanitaria italiana, col consueto ripiano ex post dei disavanzi. Per un approfondimento, G. COCO, *Deficit e controllo nel sistema sanitario*, (a cura di), C. DE VICENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA, in *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, 2010, p. 51 ss.

<sup>180</sup> Con il d.l. n. 23 del 2007, vengono creati due fondi statali, uno per il sostegno transitorio e l'altro per il ripiano dei disavanzi sanitari progressivi, entrambi dedicati alle sole Regioni in Piano di rientro. Pertanto, la Regione che entra in n Piano di rientro nel 2007, da un lato, sconta l'esigenza di razionalizzare organizzazione e spesa sanitaria, oltre agli effetti dell'"automatismo fiscale" ed a una limitazione della propria autonomia Dall'altro, ottiene un sostegno finanziario specifico, su due livelli, da parte del Governo centrale. Nel volgere di pochi mesi, sette Regioni sottoscrivono il Piano di rientro: Lazio, Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna.

<sup>181</sup> Art. 4, della legge 222 del 2007, "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale*".

<sup>182</sup> L'art. 1, c. 2-3, d.l. 154/08 "*Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali*", prevede il finanziamento nel caso di emergenze finanziarie regionali e atti "significativi" del Commissario volti a raggiungere l'equilibrio finanziario.

alle Regioni in Piano di rientro, non commissariate, alla condizione che la Regione interessata abbia provveduto alla copertura del disavanzo sanitario residuo con risorse di bilancio idonee e congrue entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato.

Con la legge 191 del 2009, finanziaria 2010, la vincolatività degli interventi individuati dal piano di rientro, viene ulteriormente specificata, con la previsione della prevalenza dei suoi contenuti sugli atti normativi, anche di rango primario<sup>183</sup>.

In concomitanza alla finanziaria 2010, il "Patto per la Salute", stipulato attraverso l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 3 dicembre 2009, prevede la facoltà per le Regioni di redigere programmi operativi per la prosecuzione dei Piani di rientro per il triennio successivo, consentendo l'avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa e sullo stato dei servizi sanitari regionali<sup>184</sup>.

Il d.lgs. n. 149 del 2011 prevede che nelle Regioni commissariate il mancato rispetto dei Piani di rientro può portare, se unito ad altre condizioni, allo scioglimento anticipato dei Consigli regionali e alla rimozione dei Presidenti di Regione in base all'art. 126 della Costituzione<sup>185</sup>.

---

<sup>183</sup> L'art. 2, c. 80 e c. 95, della legge 191 del 2009, finanziaria 2010, prevedeva che *"gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la Regione che è obbligata a rimuovere i provvedimenti anche legislativi e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro"*.

<sup>184</sup> Per i Piani di rientro regionali, si parla di una *"rivisitazione, potenziamento e semplificazione"* del meccanismo del commissariamento. All'esito della verifica, in caso di disavanzo non coperto, si stabilisce che andranno confermati non solo l'innalzamento delle aliquote Irpef e Irap, ma andrà potenziato il blocco del turnover e il divieto di effettuazione di spese non obbligatorie.

<sup>185</sup> Il d.lgs. n. 149/2011, "Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni", in attuazione degli artt. 2, 17 e 26, della legge n. 42/2009, all'art. 2, commi 2 e 3, al verificarsi del grave dissesto finanziario fa conseguire alcune misure sanzionatorie. La prima di queste misure

La questione del finanziamento delle funzioni sanitarie, va inquadrata certamente in quella più ampia del coordinamento della finanza pubblica e del cosiddetto “federalismo fiscale”, costituendone anzi, in virtù della loro stretta correlazione, un sorta di banco di prova. Infatti, i Piani di rientro trovano un'ulteriore conferma, sia normativa che istituzionale, nei decreti attuativi del cd. “federalismo fiscale”. Si veda, ad esempio, la disciplina dell'IRAP e dell'IRPEF nel d.lgs. 68/11, che fa espressamente salvi gli automatismi fiscali per le Regioni in Piano di rientro, con la previsione di esclusione delle stesse dalle procedure di determinazione del fabbisogno sanitario standard<sup>186</sup>. Il d.lgs. 68/11 assegna alle Regioni cinque anni di tempo per completare il processo di convergenza in ambito sanitario, ovvero il passaggio dalla spesa storica al fabbisogno standard, calcolato secondo i valori *standard* di costo e fabbisogno.<sup>187</sup>

Il d.lgs. 118/11 in merito all'armonizzazione dei sistemi contabili e di bilancio delle Regioni, fa salva la disciplina degli automatismi fiscali ed altri aspetti connessi alle modalità di redazione del bilancio, sia sul fronte delle entrate, che delle spese.

---

consiste nello scioglimento del Consiglio regionale e nella rimozione del Presidente della giunta regionale ai sensi dell'art. 126, comma 2, della Costituzione “*per responsabilità politica del proprio mandato di amministratore della Regione*”. Le Regioni esprimendo alcune perplessità sul testo dell'art. 2 del d.lgs. 149, lo impugnarono davanti alla Corte costituzionale che, con la sentenza n. 219 del 2013, si pronunciò dichiarando incostituzionali i commi 2, 3 e 5 dell'art. 2.

<sup>186</sup> L'art. 18, l. 42/09, prevedeva il cd. «Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza», volto a “stabilire le azioni correttive da intraprendere, anche fornendo agli enti la necessaria assistenza tecnica e utilizzando, ove possibile, il metodo della diffusione delle migliori pratiche fra gli enti dello stesso livello”. Per un approfondimento si veda, E. BUGLIONE, *Art. 18*, (a cura di), A. FERRARA, G.M. SALERNO, in *Il federalismo fiscale. Commento alla legge n. 42 del 2009*, Napoli, 2009, p. 151 ss.

<sup>187</sup> Nell'arco dei cinque anni, le Regioni devono convergere verso le percentuali di costo e fabbisogno indicate nella programmazione nazionale, 5% per l'assistenza collettiva, 51% per la distrettuale/territoriale e 44% per l'ospedaliera, dato che le tre percentuali, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale sanitario e il loro rispetto da parte delle regioni è oggetto delle valutazioni dei Tavoli di verifica degli adempimenti

Specificatamente, la gestione sanitaria accentrata e le esigenze attuative che ne derivano inducono a constatare che i Piani di rientro hanno rappresentato una condizione preliminare affinché una effettiva armonizzazione dei bilanci regionali fosse anche solo tentata<sup>188</sup>.

Nel tempo, con il susseguirsi di norme che hanno interessato il Piano di rientro, si delinea che lo stesso non svolge solo una funzione di garanzia dell'equilibrio finanziario del Sistema Sanitario Regionale, ma diviene la base sui cui poggia la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale<sup>189</sup>.

Con il Patto per la salute 2014-2016 vengono evidenziati nuovi elementi come la previsione della incompatibilità fra il ruolo di Commissario ad acta e l'affidamento di incarichi istituzionali, la semplificazione e la razionalizzazione delle procedure di verifica dei provvedimenti attuativi dei Piani di rientro, la realizzazione di un sistema efficace di monitoraggio che *“consenta di intervenire prima che si realizzino le condizioni che impongono l'adozione dei piani”*<sup>190</sup>.

Ne consegue che l'armonizzazione dei bilanci con il d. lgs. 118/11 e il Patto per la salute 2014-2016, sono i provvedimenti normativi che stanno conducendo ad un controllo reale della spesa sanitaria, avviatosi con il patto di stabilità interno.

---

<sup>188</sup> E' da notare che alle regioni veniva finora assegnata una quota globale e indistinta di finanziamento: i valori dei macrolivelli e sotto-livelli non costituivano un vincolo settoriale di spesa, fatta eccezione per l'assistenza farmaceutica per la quale vige un tetto, parametrato al fabbisogno complessivo, fissato per legge. Nella successiva ripartizione dei fondi tra le ASL del proprio territorio le regioni, infatti, non erano vincolate ad assegnare le stesse percentuali del budget nazionale.

<sup>189</sup> Per un approfondimento si veda S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, 2014, [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)

<sup>190</sup> Intesa Stato Regioni, firmata il 10 luglio 2014, Patto per la salute 2010-2016 art. 12, c. 9. Questo consente di individuare, per la prima volta, il passaggio del Piano di rientro da risolutore del disavanzo a strumento istituzionale di prevenzione dello stesso.

La stessa Corte Costituzionale ha riconosciuto formalmente i Piani di rientro come principi fondamentali nella materia di competenza concorrente del coordinamento della finanza pubblica. La promozione di questi strumenti pattizi non solo al rango di fonti primarie, ma anche al rango di atti vincolanti per la legislazione regionale, si fonda sulla leale collaborazione, in quanto la Regione concorda con lo Stato il contenuto del piano e non si limita meramente ad accettarlo.

In relazione ai principi fondamentali, la recente giurisprudenza costituzionale evidenzia che alcune delle leggi regionali che sono intervenute, a vario titolo, in materia di organizzazione sanitaria e di diritti dei cittadini connessi alla tutela della salute, se ritenute non rispettose di quanto previsto dai piani sanitari, sono state impugnate dallo Stato e dichiarate costituzionalmente illegittime<sup>191</sup>.

Tuttavia, non è necessario che la legge regionale comporti immediatamente una nuova spesa, affinché sia dichiarata illegittima. E' sufficiente che la legge regionale deroghi agli obblighi previsti dal Piano di rientro, ad esempio, in materia di fabbisogno di posti letto,<sup>192</sup> o ancora, che attribuisca alla Giunta Regionale una discrezionalità che, in futuro, può comportare una violazione del medesimo Piano<sup>193</sup>.

Dalla giurisprudenza costituzionale emerge una compressione dell'autonomia legislativa, dove, con i piani di rientro, il legislatore individua il principio della "previa copertura delle spese". Questo comporta che il problema dei disavanzi

---

<sup>191</sup> Corte Cost. sentt., n.141 del 2010, su una legge laziale che istituiva i distretti socio-sanitari montani; n. 33 del 2012 su una legge molisana che disponeva in materia di assunzione di personale sanitario, prerogativa vietata dalla l. 191/09 alle Regioni sottoposte al piano di rientro; n. 51 del 2013, su una delibera legislativa siciliana che prevedeva finalità nuove per l'utilizzo di risorse già vincolate; n. 79 del 2013, su una legge campana istitutiva di un Registro tumori.

<sup>192</sup> Corte Cost. sentt. n. 91 del 2012, n. 180 del 2013.

<sup>193</sup> Corte Cost. sentt. n. 163 del 2011, n. 131 del 2012

sanitari non è più solo una questione di rapporti fra Stato e Regione, ma fra ordinamento regionale e disciplina positiva costituzionale dell'equilibrio di bilancio<sup>194</sup>

## **2.3 I costi e i fabbisogni standard un criterio gestionale per le risorse nel sistema sanitario tra limiti ed opportunità**

### **2.3.1 Il federalismo fiscale nella legge 42/09**

La crescente responsabilizzazione delle Regioni nel gestire l'assistenza e l'organizzazione sanitaria, con le relative prestazioni, conduce alla logica del decentramento insita in un percorso federalista, che però comporta il rischio che tanto più le Regioni hanno una differente realtà economico finanziaria, tanto più frammentata risulta essere la tutela della salute nelle varie regioni d'Italia.

Questo rischio di frammentazione ha portato il legislatore ad una serie di iniziative, al fine di evitare che la coesistenza di modelli organizzativi eterogenei potesse non garantire il rispetto di principi costituzionali di uguaglianza e dunque in palese contrasto con l'art.32.

---

<sup>194</sup> Per un approfondimento della tematica relativa alla compressione dell'autonomia legislativa regionale, D.IMMORDINO, *Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contributo regionale di solidarietà ambientale: prove tecniche (fallite) di "federalismo fiscale"*, in *Le Regioni*, 2012; M. BELLETTI, *Quali margini per la contestazione degli atti commissariali sostanzialmente o (addirittura) formalmente normativi da parte dei Consigli regionali? Percorribilità del conflitto interorganico a fronte della materiale impossibilità di percorrere quello soggettivo?*, in *Le Regioni*, 2011; G. RIVOSECCHI *Il c.d. pareggio di bilancio tra Corte e legislatore, anche nei suoi riflessi sulle regioni: quando la paura prevale sulla ragione*, in *"Rivista Aic"*, 3/12 S. MANGIAMELI, *La nuova parabola del regionalismo italiano: tra crisi istituzionale e necessità di riforme*, in *ISSIRFA.cnr.it*, 2012.

Nel processo di riforma della finanza locale e, in generale, dell'autonomia degli enti locali, iniziato nel 2001 con la riforma del Titolo V della Costituzione, la Legge Delega al Governo del 5 maggio 2009 n. 42, in materia di federalismo fiscale, si presenta come elemento innovatore.

Tra gli obiettivi principali della legge 42/09, infatti, va rilevato quello di allineare l'autonomia di entrata di Regioni ed enti locali alla rispettiva autonomia di spesa, al fine di garantire una maggiore responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse pubbliche, la cui mancanza caratterizzava il sistema di finanza derivata.

I decreti legislativi attuativi della legge 42/09<sup>195</sup>, hanno poi specificato i principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, in relazione al quale lo Stato e le Regioni hanno potestà legislativa concorrente.

---

<sup>195</sup> I decreti attuativi previsti dalla legge sono stati: il Decreto Legislativo 28 maggio 2010, n.85 "Attribuzione a comuni, province, città metropolitane e regioni di un proprio patrimonio, in attuazione dell'articolo 19 della legge 5 maggio 2009, n. 42 "; D.Lgs. 17 settembre 2010, n. 156 "Disposizioni recanti attuazione dell'articolo 24 della legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di ordinamento transitorio di Roma Capitale", D.Lgs. 26 novembre 2010, n. 216 "Disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di Comuni, Città metropolitane e Province", D.Lgs. 14 marzo 2011, n. 23" Disposizioni in materia di federalismo Fiscale Municipale. D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68 Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario. D.Lgs. 31 maggio 2011, n. 88 Disposizioni in materia di risorse aggiuntive ed interventi speciali per la rimozione di squilibri economici e sociali, a norma dell'articolo 16 della legge 5 maggio 2009, n. 4; D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42, D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 149 Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articoli 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42 Sperimentazione della disciplina concernente i sistemi contabili e gli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro enti ed organismi, di cui all'articolo 36 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 D.P.C.M. 21 dicembre 2012 D.Lgs. 18 aprile 2012, n. 61; D.Lgs. 26 aprile 2013, n. 51 D.P.C.M. 23 luglio 2014 D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126; D.M. 11 marzo 2015

Con riferimento specifico all'attuazione delle deleghe bisogna rilevare che l'elenco dei decreti ed atti, approvati o in corso di approvazione, non indicano necessariamente il completamento del percorso di attuazione, dato che alcuni di questi recano rinvii ad ulteriori fonti per specifici profili di esecuzione.

Uno degli aspetti più importanti, introdotti con la l. 42/09, ha riguardato l'abbandono definitivo di uno schema di finanziamento basato sulla finanza derivata, con l'attribuzione alle amministrazioni territoriali di entrate proprie e di compartecipazioni in luogo dei trasferimenti. Mantenere un sistema di sostanziale finanza derivata, in un sistema istituzionale che in seguito alla riforma costituzionale vedeva un forte decentramento di competenze legislative, generava una situazione istituzionale che rendeva ingovernabili i conti pubblici.

Secondo il criterio della spesa storica, i trasferimenti dallo Stato agli enti territoriali sono effettuati sulla base della spesa che in una certa realtà locale è stata prevista, impegnata e realizzata negli anni precedenti a cui si riferisce il bilancio, con l'aggiunta di un tasso di inflazione programmatico. Far riferimento a quanto si è speso negli anni precedenti, premiava paradossalmente con maggiori risorse gli enti che spendevano di più, quando sarebbe stato più opportuno procedere all'analisi della spesa effettuata. Attraverso il criterio del costo/fabbisogno standard, invece, ad ogni servizio erogato dagli enti locali viene calcolato e stabilito un costo standard.

### **2.3.2 L'attuazione della legge n.42/09, il d.lgs. n. 68/2011**

I fabbisogni standard, introdotti nell'ordinamento con il decreto legislativo 26 novembre 2010, n. 216, emanato in attuazione della legge n. 42/09, costituiscono i nuovi parametri cui riferire il finanziamento delle spese superamento

definitivamente il criterio della spesa storica<sup>196</sup>. E' invece da segnalare che la metodologia per la determinazione dei fabbisogni standard costituisce un'operazione tecnicamente complessa. Infatti, nello specifico, vengono individuati modelli organizzativi determinati sulla base di un sistema di indicatori in relazione a ciascuna funzione fondamentale e ai relativi servizi.

Per quanto attiene alle capacità fiscali delle singole regioni a statuto ordinario, nella definizione dei principi fondamentali del sistema di finanziamento delle autonomie territoriali la legge delega n. 42 del 2009 distingue le spese che investono i diritti fondamentali di cittadinanza, quali sanità, assistenza, istruzione e quelle inerenti alle funzioni fondamentali degli enti locali, per le quali si prevede l'integrale copertura dei fabbisogni finanziari.<sup>197</sup>

Una particolare procedura per la determinazione dei fabbisogni standard vige, per il settore sanitario, sulla base delle previsioni stabilite dagli articoli da 25 a 32 del decreto legislativo n. 68 del 2011 anche esso emanato in attuazione della legge delega sul federalismo fiscale. Il decreto ribadisce il principio secondo cui il finanziamento della sanità rappresenta una scelta di politica e di programmazione della politica economica, cercando di bilanciare gli obiettivi di assistenza sanitaria e i vincoli di finanza pubblica.<sup>198</sup>

---

<sup>196</sup> Per un approfondimento, M BERTOLISSI, *Federalismo fiscale: una nozione giuridica*, in *Federalismo Fiscale*, n. 1/2007, 9 ss.

<sup>197</sup> Per le funzioni concernenti i diritti civili e sociali, spetta allo Stato definire i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale in condizione di efficienza e di appropriatezza; ad essi sono associati i fabbisogni standard necessari ad assicurare tali prestazioni. Le funzioni diverse da quelle fondamentali devono invece essere finanziate secondo un modello di perequazione delle capacità fiscali, cioè mediante un fondo perequativo che tenda a ridurre le differenze tra le capacità fiscali.

<sup>198</sup> Lo strumento pattizio, tramite intesa, risulta determinate per la definizione dell'ammontare del finanziamento da destinare alla sanità, e il relativo riparto fra le regioni, viene lasciato a una determinazione annuale.

Il decreto legislativo n. 68 del 2011 sottolinea che i costi e i fabbisogni sanitari standard costituiscono comunque il riferimento cui rapportare, progressivamente nella fase transitoria di cinque anni, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria e il fabbisogno nazionale sanitario *standard*, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica.

Per fabbisogno nazionale sanitario standard<sup>199</sup> si intende il livello cui concorre lo Stato al finanziamento del SSN. Per fabbisogno regionale sanitario standard si intende invece la quota di finanziamento attribuita alla regione dal decreto di riparto delle disponibilità finanziarie del SSN. Per la sanità, il costo standard indica il costo di un determinato servizio erogato nelle migliori condizioni di efficienza e appropriatezza, garantendo i livelli essenziali di assistenza, cioè l'assegnazione delle risorse realmente necessarie per la produzione di servizi e prestazioni sanitarie uniformi e rispondenti a standard di qualità.

### **2.3.3 Criteri per l'individuazione delle Regioni benchmark**

Il processo per la determinazioni dei migliori valori di costo delle prestazioni sanitarie ha previsto, oltre che la determinazione dei costi standard, anche l'individuazione di tre regioni di riferimento c.d. regioni benchmark per la determinazione dei migliori valori di costo delle prestazioni sanitarie<sup>200</sup>.

In base a questo il Ministro della salute, determina annualmente, a decorrere dal 2013, i costi e i fabbisogni standard regionali, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati in 3 regioni di riferimento, da scegliersi tra le migliori 5 regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di

---

<sup>199</sup> Come previsto dall'art. 26 del d.lgs. n. 68/2011 dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni

<sup>200</sup> Per un approfondimento si veda, T. MARTINES, A. RUGGERI, C. SALAZAR, *Lineamenti di diritto regionale*, Milano, IX ed., 2012.

equilibrio economico, vanno individuate in base a criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati<sup>201</sup>.

In primis si individuano le regioni di riferimento c.d. regioni benchmark, dove il fabbisogno nazionale standard viene ripartito tra le regioni sulla base di una formula allocativa che tiene in considerazione la popolazione residente della regione di riferimento, gli indici di ponderazione misurabili alla cui costruzione concorrono i valori che misurano le condizioni e i bisogni di salute, la spesa media pro-capite, ovvero la quota capitaria, che può essere secca o ponderata grazie all'introduzione dei pesi.<sup>202</sup>

Si desume dall'analisi delle normative vigenti che l'attuale impianto normativo è quindi orientato a far prevalere sostanzialmente due indicatori a valutazione delle regioni che hanno garantito l'equilibrio di bilancio, da una parte la valutazione

---

<sup>201</sup> Il d. lgs. 68/2011, pone una prescrizione di garanzia volta a garantire l'uniformità dei Lea su tutto il territorio nazionale, così come previsto dall'art. 117, comma 2, lettera m, della Costituzione. Ha quindi prescritto che il Ministero, nel determinare la rosa delle cinque Regioni da sottoporre alla Conferenza, debba seguire una rigida regola, garante della più equa rappresentanza geografica. Un'esigenza forte, dal momento che è sottesa ad assicurare, nel processo di determinazione della media utile, una corretta determinazione del costo standard, da essere garante ovunque dell'esigibilità dei Lea, in condizione di corretta gestione delle risorse. Il legislatore ha sancito una scelta ministeriale che dovesse comprendere una regione del Nord, una del Centro e una del Sud. Tra queste una di piccole dimensioni. Una selezione da farsi tra le Regioni con i conti economici a posto e capaci di erogare alla loro collettività i Lea in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

<sup>202</sup> L'individuazione delle tre regioni di riferimento avviene secondo il meccanismo indicato dall'articolo 27 del d.lgs. 68/2011, definendo, inoltre, con Delibera Ministeriale i criteri attraverso cui individuare le 5 Regioni eleggibili per definire costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. La delibera prevede che le regioni eleggibili debbano certificare equilibrio sanitario in bilancio, non essere sottoposte a piani di rientro, ed aver erogato i LEA riportando un punteggio pari o superiore al punteggio mediano e essere risultate adempienti alle valutazioni operate dai Tavoli di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 2005 in materia sanitaria. Se risultano meno di 5 Regioni in equilibrio economico-finanziario, possono essere considerate anche le Regioni col disavanzo più basso.

delle stesse regioni basata su indicatori che evidenziano le migliori performance erogative dei livelli assistenziali, seppur riferite quasi esclusivamente all'assistenza ospedaliera e, dall'altro, i livelli di spesa sanitaria contenuti<sup>203</sup>.

Il Ministero della salute ha selezionato cinque regioni: Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Lombardia e Veneto<sup>204</sup>.

Tra le cinque regioni, la Conferenza Stato-Regioni ha scelto le regioni Marche, Emilia-Romagna e Umbria, quali regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario.<sup>205</sup>

A seguito dell'individuazione delle regioni di riferimento, il Ministero della salute ha predisposto la proposta di riparto delle disponibilità finanziarie del SSN, in applicazione dell'articolo 27 del decreto legislativo 68/2011, che ha introdotto nuovi criteri per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario<sup>206</sup>.

Questo ha assicurato un graduale e definitivo superamento, a decorrere dal 2013, dei criteri di riparto in precedenza adottati, attraverso l'applicazione, a tutte le

---

<sup>203</sup> Per un approfondimento sugli indicatori di costo, A. TARDIOLA, *Il ruolo del costo standard nella riforma federalista del welfare*, in *Astrid*, pp.212-213; F. COVINO, *Il criterio della standardizzazione dei costi e i meccanismi perequativi nel disegno di legge di delega per l'attuazione dell'art. 119 Cost.*, 8 aprile 2009, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it).

<sup>204</sup> Delibera approvata dal Governo l'11 dicembre 2012, pubblicata in G.U. n. 1356 del 11 giugno 2013.

<sup>205</sup> Documento di intesa Stato-Regioni del 16/12/2015, prot.5718/CSR, reperibile in [www.statoregioni.it](http://www.statoregioni.it) codice sito 4.10/2015/95

<sup>206</sup> L' art. 27 del d.lgs. n. 68/2011, al comma 5, prevede che il Ministero della Salute selezioni le cinque migliori Regioni, che hanno garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, in condizione di equilibrio economico e che rispettano i criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, non essendo assoggettate a Piano di rientro

regioni italiane, dei valori di costo rilevati nelle regioni benchmark Marche, Umbria, Emilia-Romagna.

L'individuazione, attraverso i criteri di qualità dei servizi erogati, definiti con delibera motivata del Consiglio dei Ministri e le Intese, collegate ad accordi politici che sono contenuti nei documenti che la Conferenza approva<sup>207</sup> sono quindi gli strumenti oggi funzionali alle politiche di controllo del deficit, non rimanendo altro alle Regioni che un tavolo di concertazione con lo Stato su risorse che esso dispone.

Con il d.lgs. 68/2011 viene superato il vincolo per cui le regioni di riferimento avrebbero dovuto necessariamente presentare un bilancio in pareggio, optando, invece, per un'intesa con la Conferenza Stato-Regioni sulla base di criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza. Questo probabilmente al fine di scongiurare il rischio che una Regione, per rientrare tra quelle virtuose, tagli le risorse all'assistenza in modo da chiudere il bilancio in equilibrio. Invece, l'ampliamento del numero delle regioni a cinque, per ciò che concerne l'iniziale proposta governativa, dà adito a maggiori dubbi in ordine all'opportunità dell'intervento. Potrebbe verificarsi che la ricerca di un compromesso a tutti i costi stimoli l'attività politica delle rappresentanze degli enti interessati a scapito dell'efficienza, che invece dovrebbe essere l'obiettivo da raggiungere per la regione che aspira al ruolo di benchmark<sup>208</sup>.

Infatti le Regioni benchmark consentono di identificare l'offerta sanitaria sulla base delle migliori condizioni di efficienza ed efficacia, compatibilmente con il livello di risorse programmate.

---

<sup>207</sup> In tali accordi viene sottolineata la necessità di rivedere e riqualificare i criteri sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali, tenendo conto dei trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità e della definizione di nuove modalità di pesature rispetto a quelle degli anni precedenti.

<sup>208</sup> E. JORIO, *Un primo esame del d.lgs 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale*, in [www.federalsimi.it](http://www.federalsimi.it), 2011.

La scelta di fondo è quella del rispetto del pareggio di bilancio creando le condizioni per recuperare efficienza ed efficacia nella produzione ed erogazione dei servizi, da parte delle Regioni in difficoltà avendo come obiettivo i livelli di offerta garantiti dalle Regioni benchmark a fronte del solo finanziamento dello Stato.

Da questo percorso emerge come l'accertamento della qualità dei dati contabili e delle attività delle Aziende sanitarie, sia elemento indispensabile per garantire la credibilità del dato contabile utilizzato, il c.d. costo standard, per misurare le aree di inefficienza e di inappropriatazza, verificando progressivamente gli sviluppi del sistema verso modelli organizzativi migliori.

Così si completa l'utilità dell'inserimento dei costi e dei fabbisogni standard finalizzati a diminuire il divario tra le diverse sanità regionali, dove si alternano situazioni di eccellenza a situazioni deficitarie.

Parte seconda

## **Capitolo III**

### **Vincoli di bilancio e sanità, il caso della regione Marche**

#### **3.1 La sostenibilità del sistema sanitario regionale, le risposte ai dettami nazionali**

Nelle evoluzioni legislative che si sono succedute negli ultimi anni, le Regioni riguardo al servizio sanitario, hanno compiuto scelte diverse, in parte per la loro specifica realtà e in altre per visioni differenti relativamente agli aspetti gestionali ed organizzativi.

Ogni Regione ha interpretato, ciascuna a proprio modo, la funzione istituzionale da assolvere, partendo da realtà diverse per capacità gestionali, assumendo diretti interventi di indirizzo e di controllo con funzioni di pieno governo delle politiche sanitarie regionali. Viene superata l'uniformità dell'organizzazione

amministrativa sanitaria prevista a livello nazionale, che era considerata necessaria per l'eguaglianza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.<sup>209</sup>

Ispirandosi a principi disomogenei, le Regioni hanno dato vita a modelli alternativi<sup>210</sup> di gestione della sanità, distinguibili a seconda della preponderanza che ognuna ha voluto dare ai due principi fondamentali del riordino della materia: il rispetto del vincolo di spesa, da un lato, e la competizione tra le strutture pubbliche e private e la libera scelta del luogo di cura, dall'altro.

Il sistema regionale dei servizi sanitari si contraddistingue sia come risultato delle opzioni organizzative compiute dal legislatore in sede di istituzione e riordino del Servizio sanitario nazionale, sia come la conseguenza di garantire i livelli essenziali di assistenza, con un ordinamento territoriale fortemente decentrato sul piano dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi<sup>211</sup>.

---

<sup>209</sup> Anche se una base di partenza con situazioni territoriali diverse ha comportato una diseguaglianza reale nella fruizione del servizio sanitario si veda in particolare la posizione di Cfr. N., DIRINDIN, *Sanità' e federalismo: un matrimonio*,

<sup>210</sup> Per un confronto tra le diverse linee di indirizzo negli assetti organizzativi regionali, si veda V. MAPELLI, *Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali*, (a cura di) L. BERNARDI, in *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, Bologna, 2000, p. 299 ss.; C. COLICELLI e C. DI FRANZIA, *Regionalismo e sanità*, in *"Tendenze nuove"*, 1, 2002, pp. 74-75; G. FATTORE e F. LONGO, *Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani Sanitari rappresentativi*, in *Rapporto OASI 2002*, Milano, 2002, pp. 118 ss.

<sup>211</sup> Sul tema della regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, si veda E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni: il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni*, (a cura di) R. BALDUZZI, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009 p. 223 ss; C. BOTTARI *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, 1999, pp. 40 ss; R. MANFRELOTTO e M. PLAUTINO, *Profili dell'organizzazione sanitaria tra centralismo e regionalizzazione: prospettive di riforma*, (a cura di) L. CHIEFFI, in *Il diritto alla salute alle soglie del Terzo Millennio*, Torino, , 2003, pp. 95 ss.

Il processo di differenziazione ha trovato attuazione soprattutto in ambito regionale, parallelamente al processo di regionalizzazione della sanità realizzatosi prima con l'entrata in vigore del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sul piano amministrativo, poi con la riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione. Nel corso di questo percorso evolutivo, l'ambito regionale si è affermato quale elemento centrale della regolazione dei servizi sanitari, responsabile di alcune funzioni strategiche per l'equilibrio del sistema, tra cui il controllo della domanda e il governo dell'offerta, la definizione dei rapporti pubblico-privato, la realizzazione dell'equilibrio economico-finanziario.

Il rilievo strategico progressivamente assunto dalla regolazione sanitaria in ambito regionale si evidenzia quale mediazione tra l'unitarietà dell'indirizzo impartito dallo Stato, attraverso la determinazione dei livelli essenziali di assistenza, a garanzia del nucleo irriducibile di tutela del diritto alla salute, e le logiche aziendalistiche interne alle strutture operative del Servizio sanitario regionale.

Le manovre finanziarie degli ultimi anni, a partire da quelle più stringenti e vicine ai nostri giorni, hanno introdotto vincoli finanziari prevedendo al contempo una riduzione dei tassi di incremento del FSR Fondo Sanitario Regionale, l'introduzione dei ticket sulle prestazioni specialistiche e la fissazione di tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica.

Tali interventi hanno condotto ad una caratterizzazione del sistema sanitario italiano che con la c.d. regionalizzazione ha generato in realtà diversi sistemi sanitari ognuno dei quali, dati i vincoli nazionali e comunitari<sup>212</sup> sta affrontando la crisi con proprie modalità e modelli organizzativi in base alle proprie

---

<sup>212</sup> Corte cost. sent.104 del 2013. Si veda in proposito, M. BELLETTI, *Le Regioni "figlie di un Dio minore". L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni.*

[http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/documenti\\_forum/giurisprudenza/2013/0038\\_nota\\_104\\_2013\\_belletti.pdf](http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/documenti_forum/giurisprudenza/2013/0038_nota_104_2013_belletti.pdf).

caratteristiche territoriali e alle esigenze di salute espresse dalla popolazione di riferimento.

L'imperativo del risparmio e dei limiti di cassa in Sanità, se non accompagnati da una riorganizzazione strategica e gestionale, possono tradursi in una riduzione della qualità dei servizi sanitari, come conseguenza dei tagli all'offerta dei servizi, del blocco del turn over e del contenimento della dotazione quali-quantitativa del personale. In questa prospettiva, le Regioni, devono valutare gli effetti della crisi economica sulla salute in relazione all'aumento della domanda di servizi sanitari e sociosanitari, affrontare la riduzione delle risorse per investimenti in tecnologie sanitarie, con conseguente indebolimento della capacità competitiva dell'offerta sanitaria pubblica rispetto al privato, fronteggiare i ridotti margini di manovra sulla dotazione quali-quantitativa di personale, con crescenti difficoltà ad investire su capitale umano e capitale intellettuale delle aziende sanitarie.

Nell'evidenza della presenza di diversi sistemi regionali sanitari a fronte di differenti esigenze territoriali ed organizzative, del problema comune derivante dall'affrontare la crisi economico-finanziaria, non si può ancora dire che il processo di regionalizzazione sia completamente concluso, e non sembra neanche di compimento immediato.<sup>213</sup>

---

<sup>213</sup> Si apre ora un nuovo scenario a seguito dell'esito del Referendum che ha bocciato il Testo di legge costituzionale approvato in seconda votazione a maggioranza assoluta, ma inferiore ai due terzi dei membri di ciascuna Camera, recante: «*Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione*», pubblicato in GU n.88 del 15-4-2016, che in materia di autonomia finanziaria, sanciva con il nuovo articolo 119, comma 2, la riserva di legge statale su tributi, entrate e partecipazioni "ai fini del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario", così restringendo ulteriormente l'ambito di autonomia, già fortemente compresso dalla riforma costituzionale approvata con Legge Cost. 1/2012, la cosiddetta riforma sul pareggio di bilancio, passata quasi sotto silenzio malgrado la rilevanza enorme degli effetti, ancora non pienamente percepiti dato il differimento della vigenza, sulla gestione delle risorse pubbliche. Con il d.d.l. Boschi, molte di quelle competenze venivano previste in maniera esclusiva allo Stato, mentre le competenze concorrenti sarebbero scomparse

### **3.2 Le leggi regionali che hanno delineato la struttura dell'ordinamento marchigiano in ambito sanitario**

Premessa

L'arco temporale di riferimento, in cui si svolge l'attività di ricognizione delle decisioni politiche e delle norme regionali in materia sanitaria, parte dal 1978 con la legge 833/78, anno della prima riforma sanitaria nazionale, ed arriva ai giorni nostri.

Successivamente, facendo riferimento alla seconda riforma sanitaria nazionale, rappresentata al suo inizio dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, si sono evidenziati i percorsi decisionali intrapresi dalla Regione Marche a partire dal 1992 fino alla fine del decennio, quando la normativa nazionale, con il decreto legislativo 419/99 in attuazione della legge 419/98 per il riordino del Servizio sanitario nazionale, ha dato inizio alla terza riforma sanitaria.

Il terzo periodo di riferimento tiene quindi conto della legislazione nazionale della fine degli anni '90, l'impatto della Riforma del Titolo V della Costituzione e delle diverse leggi finanziarie che si sono succedute, in particolare la Spending Review, D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito dalla legge 7 agosto 2012 n.135, che ha segnato una profonda revisione dell'organizzazione del sistema sanitario regionale.

Nell'ultimo periodo considerato, a partire dalle riforme degli anni '90 fino ad oggi, si rileva la costruzione del modello sanitario regionale che offre spunti di originalità e di autonomia rispetto alla disciplina nazionale, conducendo la

---

completamente. La competenza principale che rimaneva alle Regioni era la sanità. Nella riforma erano contenute clausole che avrebbero permesso allo Stato centrale di occuparsi di questioni esclusivamente regionali, nel caso lo avesse richiesto la tutela dell'interesse nazionale come previsto dall' art.117 comma 3, *"Su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale"*.

Regione stessa ad utilizzare la piena potestà legislativa residuale in materia di organizzazione sanitaria e divenendo al contempo una Regione virtuosa, senza dimenticare però la costituzione di alcune criticità, come lo sfioramento della spesa farmaceutica, il governo delle liste di attesa e la mobilità interregionale, che pur affrontate non hanno ancora prodotto i risultati sperati.

La costruzione del modello sanitario regionale, dalle Asl introdotte dalla legge 833/78, alle quali si affiancano nel corso del tempo una compagine di strutture articolate che ad oggi includono, oltre alle Aziende Ospedaliere, gli operatori privati del sistema sanitario, gli Istituti di Ricerca e di Cura a Carattere Scientifico, tutte caratterizzate dall'introduzione di logiche e strumenti tipici della gestione aziendale, è avvenuta dal punto di vista degli assetti istituzionali, con i primi atti programmatici, espressione di una specifica politica della salute. Con il decreto legislativo 112/98, si attua il decentramento regionale delle funzioni pubbliche e con la successiva riforma costituzionale del 2001, si assiste alla creazione, da parte della Regione Marche, di un proprio modello sanitario, fissando regole per gli attori, adottando strumenti di indirizzo e di controllo, assumendo un ruolo di governo. Se ad oggi il percorso completo relativo al processo di regionalizzazione non può dirsi perfettamente compiuto, anche a causa della non completa maturazione del federalismo fiscale, il livello di sviluppo è comunque tale da aver condotto la Regione Marche a costruire il proprio sistema sanitario secondo precise impostazioni di politica sanitaria.

La Regione Marche ha compiuto, all'interno del sistema sanitario regionale, azioni che, nel rispetto del quadro istituzionale definito dalla riforma del Titolo V della Costituzione, hanno garantito una maggiore efficacia nel perseguimento degli obiettivi di salute, bilanciando l'accentramento di alcune attività di orientamento e di controllo e distribuendo autonomia a livello locale per le attività di programmazione, gestione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari nel rispettivo ambito territoriale. Ad oggi, il modello sanitario della Regione Marche, come delineato dalla L.R. 13/03 con tutte le successive modifiche, risulta essere unico nel panorama nazionale.

Il primo passaggio significativo per la definizione della struttura istituzionale è avvenuto con la legge regionale n. 22 del 1994 e con la DGR n. 3959 del 1996 che ha riordinato il SSR in funzione dei principi contenuti nel decreto legislativo 502/92. In seguito, anche l'apparato amministrativo regionale si è rinnovato, prima con la legge n. 30 del 1990 istituendo il servizio sanità e successivamente con la legge regionale n. 26 del 1996 che ha rafforzato il governo regionale con la costituzione di un primo organo specializzato, l'ARS, l'Agenzia Regionale Sanitaria.

L'evoluzione del sistema sanitario regionale è poi proseguita con la costituzione dei dipartimenti. Con l'istituzione del dipartimento dei servizi alla persona e alla comunità (DSPC), si realizza un'integrazione tra le funzioni regionali dell'ambito sanitario e sociale, anche a seguito della legge nazionale n. 328 del 2000 che prevedeva la redistribuzione delle funzioni in materia di servizi sociali.

A seguito dell'accentramento di alcune attività fondamentali di orientamento e di controllo, la costituzione del DSPC ha comportato, inoltre, una ulteriore razionalizzazione strutturale del sistema finalizzata al monitoraggio più stretto delle spese evitando di comprimere la qualità ed il livello dei servizi offerti, così come individuato dalla DGR n. 1093 del 2002.

Il modello di unicità del sistema sanitario si rileva, ancora, con la citata legge regionale n. 13 del 2003, con la quale le 13 esistenti ASL vengono accorpate in un'unica azienda sanitaria, l'ASUR.

L'unificazione delle ASL in un'unica entità rappresenta un'innovazione istituzionale rilevante. Infatti, l'ASUR è un'azienda sanitaria del tutto atipica, basti pensare alle dimensioni della popolazione di riferimento che coincide appunto con l'intero territorio della Regione Marche. In considerazione di tale atipicità, la legge regola dettagliatamente gli assetti organizzativi interni dell'azienda, che si ispirano ad uno schema di composizione che tiene conto sia della

dimensione geografica che di quella dipartimentale e dall'altro della relazione tra ASUR e governo regionale.

Il modello organizzativo è stato poi recentemente rivisto al fine di semplificare l'apparato amministrativo dell'ASUR. La legge regionale n. 17 del 2010 tenendo conto dell'esperienza positiva della sperimentazione amministrativa delle aree vaste, ha introdotto, con l'intento di eliminare le criticità emerse nell'implementazione dell'assetto ASUR, il livello sovranazionale di area vasta.

La Regione Marche conserva le Zone territoriali come riferimento operativo sia per le funzioni sanitarie che per quelle tecnico-amministrative, disciplinando come novità la funzione di coordinamento dell'area vasta che riguarda le zone limitrofe. In questo modo l'area vasta diviene uno strumento per l'ottimizzazione dei servizi mediante la programmazione integrata e il superamento delle frammentazioni gestionali. Con la legge regionale n. 17 del 2011, le zone territoriali passano da 13 a 5 coincidendo con le aree vaste, ciascuna delimitata dai confini delle cinque province marchigiane. Con questa norma viene ulteriormente ridefinito il ruolo dei distretti e ridotto il loro numero in modo da consentire la coincidenza con gli ambiti territoriali, le articolazioni sul territorio per la programmazione delle politiche sociali.

Attualmente, nello scenario del SSR, operano soggetti che hanno un ruolo politico ed altri che hanno un ruolo strettamente gestionale-operativo.

Il ruolo politico, al fine di rendere concreto il potere legislativo della Regione in tema di tutela della salute, come previsto dall'art. 117 della Costituzione e dall'art. 1 della legge regionale 13 del 2003, viene individuato nel Consiglio regionale, successivamente denominato Assemblea legislativa, organo legislativo regionale. A questo si affianca la Giunta che nel rispetto del piano socio-sanitario regionale, come previsto all'art. 3 della medesima legge, esercita le funzioni di indirizzo e di controllo in materia di sanità e di integrazione socio-sanitaria. I poteri della Giunta vanno dall'adozione di atti di definizione degli

obiettivi specifici per gli enti del SSR, alla determinazione dei criteri e delle modalità per l'autorizzazione, dalla vigilanza e l'accreditamento delle strutture pubbliche e private alla nomina e revoca dei direttori generali degli enti del SSR.

Il ruolo gestionale-operativo è invece affidato agli enti del SSR indicati nell'art.2 della legge regionale 13 del 2003, come l'ASUR e le Aziende Ospedaliere. L'ASUR, nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla giunta regionale, esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di Area Vasta. Le attività dell'ASUR sono organizzate secondo il modello dipartimentale, definito in modo complementare con le linee strategiche definite dalla regione, ad esempio con le DGR nn. 54 del 2004, 132 del 2004, 747 del 2004, delimitando così la competenza territoriale dei dipartimenti. Le stesse aree vaste sono articolazioni dell'ASUR aventi il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei LEA e l'equo accesso ai servizi di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria organizzata sul territorio.

Un ruolo di supporto è svolto dall'ARS, Agenzia Sanitaria Regionale, dotata di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile. L'ARS fornisce il supporto tecnico per l'esercizio delle funzioni in materia di programmazione sanitaria, di controllo di gestione, di verifica della qualità e della quantità delle prestazioni e degli indirizzi di politica sanitaria.

In definitiva, il sistema sanitario marchigiano, presenta il suo carattere di unicità nel panorama nazionale, principalmente per l'esistenza di un modello organizzativo unitario che definisce l'organizzazione in modo da assicurare l'esercizio organico delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali presenti nelle singole aree con quelle dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati. Questo ha costituito "il modello a rete" che contraddistingue la regione Marche dalle altre regioni. Tale modello ha permesso alla regione Marche di rispondere alle diverse declinazioni del diritto alla salute, libertà di cura, scelta

del medico di base, assistenza domiciliare, in quanto solo un sistema reticolare e policentrico riesce bene a garantire le cure in tutte le sue forme sia la promozione della salute. Il modello ad elevata integrazione, sul quale si è basato il sistema sanitario marchigiano, sembra ad oggi essere stata una strada giusta da intraprendere, vista la sua inclusione, nell'ultimo decennio, nel gruppo delle regioni virtuose e da una serie di dati positivi come evidenziati nei rapporti di valutazione sui servizi.

### **3.2.1 La fase iniziale, ambiti territoriali e Unità sanitarie locali, dal 1978 al 1990**

Tra i principali modelli di governo consolidatisi a livello regionale in conseguenza dei processi di decentramento del Servizio sanitario nazionale, quello che si contraddistingue per una originalità di fondo delle scelte organizzative, è il modello sanitario marchigiano.

La Regione Marche ha attuato delle linee di intervento che si sono rivelate da un lato volte a perseguire una maggiore efficacia nel perseguire gli obiettivi di salute, puntando maggiormente l'attenzione su attività di controllo e di orientamento, configurandosi così una centralizzazione regionale, dall'altro lato ha cercato di distribuire autonomia a livello locale con le attività di programmazione, gestione e coordinamento nel settore sanitario e socio-sanitario a livello di distretto ed ambito territoriale.<sup>214</sup>

---

<sup>214</sup> Per un approfondimento dei modelli a rete si veda D. MASCIA, *Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis*, (a cura di) M. BIOCCA, R. GRILLI, B. RIBOLDI, in *La Governance nelle organizzazioni sanitarie*, Bologna, 2008.

Si deve alla legge regionale n. 21/78, in attuazione del DPR 616/77,<sup>215</sup> l'individuazione degli ambiti territoriali adeguati alla gestione sia dei servizi sociali che sanitari, e con la legge regionale n.10/80<sup>216</sup> la costituzione per ciascun ambito territoriale, di un'Associazione tra Comuni, al fine di consentire il funzionamento dell'Unità Sanitaria Locale come struttura operativa dei comuni singoli o associati e delle Comunità montane<sup>217</sup>.

---

<sup>215</sup> L'art. 17 del DPR 616/77 indicava le materie oggetto del trasferimento. *«Sono trasferite alle regioni le funzioni amministrative dello Stato e degli enti di cui all'art. 1 nelle materie «polizia locale urbana e rurale», «beneficenza pubblica», «assistenza sanitaria ed ospedaliera», «istruzione artigiana e professionale», «assistenza scolastica», «musei e biblioteche di enti locali», come attinenti ai servizi sociali della popolazione di ciascuna regione.»* Mentre l'art. 25 del DPR 616/77 prevedeva gli ambiti territoriali *«La regione determina con legge, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali, e, se necessario, promuovendo ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 117 della Costituzione forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi. Gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari. Allorché gli ambiti territoriali coincidono con quelli delle comunità montane le funzioni di cui al presente articolo sono assunte dalle comunità montane stesse».*

<sup>216</sup> Legge regionale 12 marzo 1980, n. 10, *«Istituzione delle associazioni dei comuni ai sensi dell'articolo 25 del D.P.R. 24.7.19 77, n. 616 e della legge 23.12.1978, n. 833».* Abrogata dall'art. 1, L.R. 18 aprile 2001, n. 10. Ai sensi del citato art. 1, L.R. 10/2001, le disposizioni abrogate continuano ad applicarsi ai rapporti sorti in base alle disposizioni medesime, nel periodo della loro vigenza, al fine della completa esecuzione dei procedimenti di entrata e di spesa. Ai sensi dell'art. 37, L.R. 17 luglio 1996, n. 26, le disposizioni contenute nella presente legge riguardanti l'organizzazione delle USL avevano, comunque, già cessato di essere applicate alla data di approvazione del regolamento di organizzazione di cui all'art. 13, comma 4, della predetta L.R. 26/1996.

<sup>217</sup> Come previsto dall'art.10 della legge 833/78 che prevedeva l'organizzazione territoriale *«Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali. L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge. Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane*

In questa fase iniziale la Regione Marche prevede che le Usl siano articolate in distretti sanitari di base costituite come strutture tecnico funzionali volte all'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Il loro funzionamento viene invece previsto con la legge regionale 24/80.<sup>218</sup> Gli ambiti territoriali delle Usl, nel numero di 24, vengono definiti facendo riferimento alla norma che prevede gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sociali e sanitari, la legge regionale 21/78.<sup>219</sup>

In riferimento alla normativa statale nel 1977, con la legge n. 349, lo Stato procede a trasferire alle Regioni le funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e

---

*articolarono le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”.*

<sup>218</sup> La L.R. 24/80, "Organizzazione delle unità sanitarie locali" che all'art. 9 individua: *l'Organizzazione territoriale dell'unità sanitaria locale. L'unità sanitaria locale comprende: 1) i servizi sanitari di base; 2) i servizi integrativi intermedi; 3) i servizi integrativi Distretti sanitari di base* e all'art. 10 *Il distretto sanitario di base, di cui all'articolo 16 della legge regionale 12.3.1980, n. 10, è la struttura tecnico - funzionale che garantisce, in maniera sistematica e continuativa e con intervento a carattere polivalente, l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione a favore dei soggetti di ogni fascia d'età.* Abrogata dall'art. 1, L.R. 18 aprile 2001, n. 10. Ai sensi del citato art. 1, L.R. 10/2001, le disposizioni abrogate continuano ad applicarsi ai rapporti sorti in base alle disposizioni medesime, nel periodo della loro vigenza, al fine della completa esecuzione dei procedimenti di entrata e di spesa. Ai sensi dell'art. 37, L.R. 17 luglio 1996, n. 26, le disposizioni contenute nella presente legge riguardanti l'organizzazione delle USL avevano, comunque, già cessato di essere applicate alla data di approvazione del regolamento di organizzazione di cui all'art. 13, comma 4, della predetta L.R. 26/1996.

<sup>219</sup> Legge regionale 3 novembre 1978, n. 21 *“Delimitazione degli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sociali e sanitari”*, Legge abrogata dall'art. 9 della L.R. 22/1994. All'art 1 prevedeva *“La Regione, in attuazione del secondo comma dell'art. 25 del D.P.R. 27.7.1977, n. 616, determina gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari. Gli ambiti territoriali di cui al comma precedente concernono contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari.*

per la stipulazione delle convenzioni uniche del personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria<sup>220</sup>

Nel 1978 con la legge 180 del 13 maggio recante ad oggetto “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori”, si prevede il trasferimento alle Regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica.

L'anno successivo, con il DPR 761 del 20 dicembre, i ruoli del personale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle Unità sanitarie locali sono inquadrati in ruoli nominativi regionali, istituiti e gestiti dalla Regione e distinti in ruolo sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

Si perviene, quindi, ad una articolazione territoriale dell'unità sanitaria locale, come previsto dall'art. 9 della L.R. 24/80 che comprende: i servizi sanitari di base, i servizi integrativi intermedi, i servizi integrativi zonali o multizonali, l'ufficio di direzione.<sup>221</sup>

---

<sup>220</sup> Legge 349/77, art.1, comma 1, “A far tempo dal 1 luglio 1977, le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria già proprie degli enti, casse servizi e gestioni autonome, estinti e posti in liquidazione, individuati ai sensi dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n.386, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano. Sino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, le regioni si attengono, nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite, alle norme della presente legge e alla normativa contenuta negli ordinamenti degli enti anzidetti in forza di disposizioni di legge o statutarie, nonché alle linee di indirizzo e coordinamento all'uopo emanate dal Governo”.

<sup>221</sup> Il distretto sanitario di base, previsto dall'art. 10 della L.R. 24/80, Legge abrogata dall'art.1 della L.R. 10/2001, assicurava gli interventi di profilassi contro le malattie infettive e diffuse, la vigilanza igienico - sanitaria e vigilanza sugli alimenti e bevande, l'attività consultoriale per la tutela della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, nonché attività consultoriale per la tutela della salute mentale e per l'assistenza agli anziani, l'attività promozionale e di educazione sanitaria per la conservazione e tutela della salute individuale e collettiva, il servizio veterinario e, in particolare, l'attività di polizia e profilassi veterinaria nonché l'assistenza veterinaria, il servizio farmaceutico mediante distribuzione dei farmaci, la consulenza farmacologica e l'attività di educazione sanitaria per il corretto uso dei farmaci.

Per completare il quadro relativo all'organizzazione del servizio sanitario regionale, in questo primo arco temporale, risulta interessante menzionare i Servizi integrativi intermedi, rappresentati dai poliambulatori strutturati ad integrazione dei servizi sanitari di base, con la finalità di garantire l'assistenza medico specialistica nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione, mediante un'aggregazione di prestazioni specialistiche.

L'istituzione del Servizio integrativo zonale coincide con l'ospedale che provvede a svolgere funzioni di medicina preventiva, curativa e riabilitativa che non possono essere garantite dai servizi di base e da quelli integrativi intermedi, occupandosi di una quota di popolazione variabile in base ai criteri fissati dal piano sanitario regionale<sup>222</sup>.

La legge regionale 10/80 prevede che le Associazioni dei Comuni esercitino le funzioni attribuite ai Comuni dalla legge 833/78 in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera "*mediante strutture operative denominate Unità Sanitarie Locali USL*",<sup>223</sup> mentre la legge regionale n. 6 del 1981,<sup>224</sup> assicura la formazione di elenchi nominativi relativi al personale di ruolo dipendente da enti ospedalieri, IPAB, Consorzi di enti locali, Province, Comuni limitatamente agli uffici di competenza.

---

<sup>222</sup> I piani sanitari regionali sono previsti dall'art. 55 della legge 833/78 "*Le regioni provvedono all'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale in base ai piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del Piano Sanitario Nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale*".

<sup>223</sup> Legge regionale 12 marzo 1980 n. 10 "Istituzione delle Associazioni dei Comuni ai sensi dell'art. 25 del DPR 24 luglio 1977 n. 616 e della legge 833/78.

<sup>224</sup> Legge regionale 10 marzo 1981, n. 6 "*Istituzione dei ruoli nominativi della Regione Marche del personale del servizio sanitario regionale*", con la quale vengono istituiti i ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario regionale in conformità a quanto previsto dalla legge 833/78 e dal DPR n. 761/1979. Norma abrogata dall'art. 18, L.R. 2 agosto 2004, n. 17.

Nell'anno 1981, la legge regionale n.23<sup>225</sup>, in attuazione della legge 243/1980, prevede i corsi di riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici e la legge regionale n.31<sup>226</sup> disciplina l'ordinamento contabile delle Unità Sanitarie Locali, con i necessari collegamenti alla programmazione nazionale e alla programmazione regionale, assicurando la rilevazione e la gestione delle informazioni nonché le modalità di adozione del bilancio pluriennale, annuale e di previsione. Nello stesso anno, in attuazione degli articoli 16 e 32 della legge 833/78, la Regione Marche con la legge n.41<sup>227</sup> organizza il servizio veterinario nell'ambito di ciascuna Unità Sanitaria Locale, al fine di garantire l'erogazione delle relative prestazioni di base nei singoli Distretti previsti dalla L.R. 24/1980.

Sempre in attuazione dell'articolo 32 della legge 833/78, con la L.R. 7/1982,<sup>228</sup> la Regione provvede a disciplinare l'attribuzione e l'esercizio delle funzioni

---

<sup>225</sup> La Regione Marche con la legge regionale del 7 agosto 1981, n. 23 *"Norme per la riqualificazione professionale degli infermieri generici e psichiatrici"*, nell'esercizio delle proprie funzioni in materia di istruzione professionale aveva previsto corsi *"rivolti al conseguimento, previo esame di Stato, del Diploma di Infermiere Professionale"*. Successivamente tale norma è stata abrogata dalla L.R. 18 aprile 2001, n. 10.

<sup>226</sup> Legge regionale 24 ottobre 1981 n. 31 *"Norme per la disciplina della contabilità, l'utilizzazione e la gestione del patrimonio delle Unità Sanitarie Locali"*. Abrogata dalla L.R. n. 47/1996 *"Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende sanitarie"*.

<sup>227</sup> Legge regionale 18 dicembre 1981, n. 41 *"Riordino del servizio veterinario e norme per l'esercizio delle funzioni amministrative in materia veterinaria nelle Unità Sanitarie Locali ai sensi degli artt. 16 e 32 della legge 23 dicembre 1978 n. 833"*, al cui art. 3, comma 1, prevede: *In attuazione degli artt. 16 e 18 della legge 23.12.1978, n. 833, al fine di assicurare livelli omogenei di prestazioni tecniche e/o specialistiche idonee a soddisfare particolari eventuali esigenze nell'ambito del territorio di più unità sanitarie locali, il piano sanitario regionale individua i presidi e i servizi veterinari multizonali e le relative attività.* Norma in vigore.

<sup>228</sup> Legge Regionale 3 marzo 1982, n.7 *"Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e vigilanza sulle farmacie ai sensi dell'art. 32 della L. 23 dicembre 1978, n. 833"*, all'art. 1, 1 comma, viene previsto che *"Le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, non*

amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e le attribuzioni dell'Unità Sanitaria Locale.

La Regione Marche, in attuazione della legge 685/75 relativa l'attribuzione di competenze alle Regioni in materia di sostanze stupefacenti e relativa cura, con la legge regionale 30/1982 assicura l'esercizio delle funzioni in materia di prevenzione e di intervento contro le tossicodipendenze al fine di assicurare la diagnosi e la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone interessate<sup>229</sup>.

Con la legge n. 37 del 1982, la Regione Marche adotta il Piano socio sanitario 1982-1985, individuando le modalità di erogazione dei servizi e delle attività, sul proprio territorio, al fine della realizzazione ed attuazione di quanto previsto dal Servizio sanitario Nazionale.<sup>230</sup>

---

*espressamente riservate allo Stato e alla Regione, ivi comprese le funzioni già demandate all'ufficio del medico provinciale e agli ufficiali sanitari, sono attribuite ai comuni che le esercitano attraverso le unità sanitarie locali, a norma della legge regionale 24.4.1980, n. 24 e della presente legge, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.*" Norma in vigore. Modificata ed integrata successivamente con la Legge regionale del 21 gennaio 1986, n. 2, Modifiche ed integrazioni della L.R. 3 marzo 1982, n. 7 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e vigilanza sulle farmacie ai sensi dell'articolo 32 della L. 23 dicembre 1978, n. 833". Abrogato TITOLO II Servizio e assistenza farmaceutica, con L.R. 16 febbraio 2015, n. 4.

<sup>229</sup> La legge del 22 dicembre 1975, n. 685, "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", attribuiva le competenze in tale materia alle Regioni, prevedendo un "Comitato, anche con l'eventuale apporto di esperti, formula proposte al Governo per l'esercizio della funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative di competenza delle Regioni nel settore". La legge regionale n. 30 del 6 agosto 1982 "Provvedimenti per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e delle altre forme di intossicazioni voluttuarie" è stata abrogata dalla legge regionale del 20 ottobre 1998, n. 34, "Piano Sanitario Regionale 1998/2000".

<sup>230</sup> Legge regionale del 5 novembre 1982, n. 37 "Piano socio-sanitario della Regione Marche per il triennio ottobre 1982 - settembre 1985" abrogata dalla legge regionale del 20 ottobre 1998, n. 34

Il Piano socio sanitario 1982-1985 avvia la fase irreversibile del nuovo sistema sanitario. La parte prima del Piano dal titolo "Orientamenti Generali", contiene *i principi* (programmazione come metodo ordinario di governo, raccordo della programmazione sanitaria con quella economica); *gli obiettivi* (tutela della salute in termini di intervento unitario e globale, aumento della produttività della spesa sanitaria, superamento degli squilibri territoriali); *le condizioni* (assetto istituzionale, partecipazione democratica delle istituzioni, dei cittadini e degli operatori socio-sanitari). La parte seconda dal titolo "Ordinamento dei Servizi" tratta dei *servizi di base* (prestazioni nel distretto, definizione e ruolo dei servizi di base), dei *servizi integrativi intermedi* (poliambulatorio, servizi residenziali per l'assistenza), dei *servizi integrativi zonali* (servizio di igiene e sanità pubblica, educazione sanitaria della popolazione, servizio di pronto soccorso, servizio di trasporto infermi, servizio trasfusionale, servizio ospedaliero); dei *servizi integrativi a valenza multizonale* (laboratorio di sanità pubblica, servizi di medicina legale). La terza parte concerne il "Funzionamento dei Servizi", *Iniziative qualificanti, Politica e Formazione del personale e Gestione degli strumenti operativi* e la quarta parte, "Fondo Sanitario Regionale", determina le risorse a disposizione per il triennio sia per gli investimenti che per le spese correnti.

Successivamente, la legge regionale n. 23/1984, in attuazione di quanto disposto dalla legge 833/1978, determina l'organizzazione ed il funzionamento delle istituzioni e dei presidi di carattere privato, aperti al pubblico e comunque non pubblici, per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria<sup>231</sup>.

---

*"Piano Sanitario Regionale 1998/2000"*. Merita ricordare che questo è l'unico Piano "Socio-Sanitario" della Regione Marche tutti gli altri, a seguire, saranno Piani "Sanitari".

<sup>231</sup> La legge regionale n. 23 del 20 agosto 1984, *"Disciplina dell'autorizzazione e della vigilanza sulle istituzioni e sui presidi sanitari di carattere privato"*, indicava le istituzioni private aperte al pubblico in base alle funzioni da loro svolte: ricovero e cura dei cittadini italiani e stranieri; prelievo o ricezione di materiali organici umani; effettuazione di indagini di diagnostica strumentale; cure fisiche riabilitative, cure termali. Norma abrogata dall'art. 29, legge regionale 16 marzo 2000, n. 20, *"Disciplina in materia*

In esecuzione dell'art. 22 della legge 833/1978 e dell'art. 13 della legge regionale 24/1980, la Regione Marche con la legge 9/1985 predispone l'organizzazione dei servizi multizonali di sanità pubblica, compiendo scelte relative alla localizzazione degli ambiti territoriali, delegando la gestione dei servizi multizonali all'unità sanitaria locale nel cui ambito territoriale si viene a collocare il servizio<sup>232</sup>.

La Regione Marche disciplina gli interventi per la tutela della salute mentale con la legge regionale n. 27/1985, in base a quanto previsto dalla legge 833/1978, istituendo in ogni unità sanitaria locale un servizio di salute mentale a struttura dipartimentale nell'ambito del servizio sanitario regionale.<sup>233</sup>

Si conclude il primo periodo qui considerato, 1978-1990, rilevando come la riforma sanitaria nazionale, introdotta con la norma 833/1978, ha nel tempo delineato l'esigenza di nuovi assetti e procedure organizzative. A livello regionale queste si sono concretizzate in apposite norme che hanno condotto ad una riforma nella riforma. E' questo lo scenario che si prospetta in quella che possiamo definire la fase intermedia del processo evolutivo dell'ordinamento sanitario della Regione Marche.

---

*di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".*

<sup>232</sup> Legge regionale 20 marzo 1985, n. 9 "Organizzazione dei servizi multizonali di sanità pubblica" Norma abrogata dall'art. 25, L.R. del 2 settembre 1997, n. 60 "Istituzione dell'agenzia regionale per la protezione ambientale delle Marche (ARPAM)". Ai sensi dell'art. 25, L.R. 60/1997, i Servizi Multizonali di Sanità Pubblica hanno continuato ad esercitare le loro funzioni sulla base degli indirizzi amministrativi delle Province fino alla data di costituzione dell'ARPAM. Dalla stessa data tali funzioni furono trasferite all'ARPAM e ai Dipartimenti di prevenzione delle AUSL secondo il riparto di competenze di cui all'allegato 1 della medesima L.R. 60/1997.

<sup>233</sup> Legge regionale del 3 maggio 1985, n. 27 "Istituzione del servizio per la tutela della salute mentale a struttura dipartimentale". Norma abrogata dalla legge regionale n.10 del 17 maggio 1999 "Riordino delle funzioni amministrative della Regione e degli Enti locali nei settori dello sviluppo economico ed attività produttive, del territorio, ambiente e infrastrutture, dei servizi alla persona e alla comunità, nonché dell'ordinamento ed organizzazione amministrativa".

### **3.2.2 La fase intermedia, riduzione delle Unità Sanitarie Locali ed istituzione dell'ARS, dal 1990 al 2000**

Nel decennio compreso tra il 1990 e il 2000, gli atti statali che hanno maggiormente inciso sulla normativa regionale sono i decreti legislativi 502/92 e 517/1993.

In base a questi decreti alle regioni spettano le funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi, la definizione dei criteri di finanziamento delle USL e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto alle USL e AO anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate. Le regioni sono investite della piena responsabilità finanziaria delle risorse assegnate: eventuali deficit devono essere ripianati attraverso la mobilitazione di fondi regionali o l'imposizione di tributi regionali. Le USL si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione si rendono autonomi dalle USL e si costituiscono in Aziende Ospedaliere.

In questo scenario si sviluppa la normativa regionale al fine di recepire quanto previsto a livello centrale.

#### **Ridefinizione dei ambiti territoriali e nuovo assetto delle USL**

Con la legge 22/1994<sup>234</sup>, la Regione Marche definisce gli ambiti territoriali al fine di migliorare l'organizzazione e la razionalizzazione dei servizi sanitari. All'art. 2

---

<sup>234</sup> La legge regionale 22/1994, "*Ridelimitazione degli ambiti territoriali e norme per la gestione transitoria delle Unità Sanitarie Locali*", vigente, in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

della legge 22/1994 prevede che in ciascuno degli ambiti territoriali individuati dalla legge, sia istituita una USL, sotto forma di azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Si avvia, così, il processo di aziendalizzazione delle unità sanitarie a livello regionale, come previsto dalla normativa nazionale<sup>235</sup>, con l'individuazione, in capo ad un direttore generale, del soggetto responsabile dell'azienda stessa che ne deve garantire il regolare funzionamento con riferimento specifico all'erogazione delle prestazioni sanitarie assicurando il mantenimento dei livelli assistenziali previsti.

Con la legge 22/94 le 24 USL previste precedentemente sono soppresse, prevedendo la concentrazione degli ambiti territoriali in 13 USL, conseguendo la razionalizzazione ed una migliore organizzazione dei servizi sanitari.

Il distretto di base, dotato di autonomia organizzativa, è l'articolazione territoriale e funzionale delle USL per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria<sup>236</sup>.

---

<sup>235</sup> La nomina del Direttore generale viene prevista dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421”* e successive modificazioni. La ricognizione delle piante organiche del personale vengono effettuate dal Direttore generale con riferimento agli adempimenti di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 *“Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*.

<sup>236</sup> L'ambito territoriale di ciascun distretto di norma, deve coincidere con uno o più comuni, ovvero con una o più circoscrizioni in cui il territorio del comune sia suddiviso, comprendere una popolazione non inferiore a 15 mila abitanti. I distretti che insistono su aree montane e nelle aree interne svantaggiate, possono comprendere una popolazione anche inferiore a 15 mila abitanti. Rimane comunque inteso che il distretto promuove l'effettiva attuazione del diritto di accesso del cittadino, al complesso dei servizi della USL, anche tramite forme di partecipazione ed attiva un

Per quanto attiene alle Prestazioni specialistiche, comprese, quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, è assicurata anche da servizi integrativi intermedi, i poliambulatori, che servono, di norma, una popolazione di 20 mila abitanti.

Gli ospedali che non siano costituiti in Azienda ospedaliera conservano la natura di Presidi ospedalieri dell'Azienda USL mediante i quali vengono esercitate le funzioni di assistenza ospedaliera proprie dell'Azienda USL secondo le prescrizioni del Piano sanitario regionale.

Nelle Aziende USL, dove sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali in uno o più Presidi, a cui provvede il Direttore generale in attuazione delle determinazioni contenute nel Piano sanitario regionale o in altri provvedimenti di carattere programmatico.

Dopo neanche un anno, dalla legge regionale 22/94 che aveva ridefinito l'articolazione degli ambiti territoriali, interviene la legge regionale 31/95<sup>237</sup> ad integrarla fornendo un'articolazione più rispondente alle esigenze del territorio in relazione all'erogazione dei servizi sanitari.

#### L'istituzione e la relativa costituzione delle Aziende ospedaliere

L'art. 2, comma 3, della legge regionale 22/94 prevede l'istituzione dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Salvatore" di Pesaro, nell'ambito territoriale n. 1, dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale dei Bambini G. Salesi" e dell'Istituto Cardioreumatologico "G.M. Lancisi", nell'ambito territoriale n. 7.

---

efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogabili dal servizio sanitario nazionale e sulle eventuali relative tariffe.

<sup>237</sup> Legge regionale 7 aprile 1995, n. 31 Modifiche alla tabella degli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali allegata alla L.R. 28 giugno 1994, n. 22. Vigente.

Solo più tardi con l'art.6, comma 2, della legge regionale 26/96<sup>238</sup>, l'Ospedale di Torrette - Umberto I di Ancona si costituisce in Azienda ospedaliera quale Presidio in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Ancona. Come ospedale destinato a Centro di coordinamento regionale e di riferimento della rete dei servizi di emergenza, viene dotato di elisoccorso.

Con delibera di Giunta, la Regione ha poi provveduto a costituire le aziende ospedaliere, con la nomina dei rispettivi Direttori Generali<sup>239</sup>.

L'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi"<sup>240</sup> nasce dalla fusione per incorporazione nell'Azienda ospedaliera "Umberto I" delle Aziende ospedaliere "G.M. Lancisi" e "G. Salesi". Queste ultime assumono con la fusione la natura di presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera. L'Istituzione degli Ospedali Riuniti è stata poi attuata con la delibera di Giunta n.1880 del 31 dicembre 2003.

---

<sup>238</sup> Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 *"Riordino del servizio sanitario regionale"*. Vigente Ai sensi dell'art. 5, l.r. 24 settembre 2012, n. 28, nella normativa regionale ovunque ricorra l'espressione "piano sanitario" questa è sostituita con l'espressione "piano socio-sanitario regionale".

<sup>239</sup> L'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Salvatore" di Pesaro con DGR n. 119 del 20 gennaio 1995; l'Azienda Ospedaliera "Ospedale dei Bambini G. Salesi" con DGR n. 117 del 20 gennaio 1995; l'Azienda ospedaliera "G.M. Lancisi", con DGR n. 118 del 20 gennaio 1995; l'Azienda Ospedale di Torrette "Umberto I", con DGR n.3959 del 27 dicembre 1996.

<sup>240</sup> Art. 2, comma 6, della Legge regionale 20 giugno 2003, n. 13, *"Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale"*, vigente.

L'Azienda ospedaliera "Ospedale San Salvatore" è riorganizzata in base alla legge regionale 21/2009<sup>241</sup>, che prevede l'istituzione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", nell'ambito del servizio sanitario regionale, con incorporazione dell'Azienda ospedaliera San Salvatore di Pesaro e la struttura ospedaliera S. Croce di Fano del presidio ospedaliero dell'ASUR - Zona territoriale n.3.

A seguito del decreto legislativo 502/92 e sue successive modifiche, prevedendo la riorganizzazione della rete dei servizi sanitari a livello regionale, con il conseguente riordino del sistema delle Aziende, la Regione Marche ha proceduto alla istituzione ed alla costituzione di aziende ospedaliere e di presidi. La complessità dei rapporti, in tale riorganizzazione del sistema sanitario regionale, è emersa anche in riferimento alla scorporazione delle Aziende ospedaliere dalle Aziende territoriali, basti pensare a titolo di esempio, a quanto previsto per regolamentare i rapporti tra Azienda ospedaliera "Torrette Umberto I" e l'Azienda USL 7 di Ancona.

Successivamente con la legge regionale 33/1994 si disciplina l'esercizio delle funzioni attribuite, dall'art. 14 della legge 833/1978, alle Unità sanitarie Locali in materia di medicina dello sport e di tutela delle attività sportive, nell'ambito delle competenze loro attribuite e nell'ambito della programmazione sanitaria<sup>242</sup>,

---

<sup>241</sup> Legge Regionale 22 settembre 2009, n. 21 Istituzione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" Vigente. L'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", è costituita ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421". L'atto aziendale ne disciplina, ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 20 giugno 2003, n.13 "Riorganizzazione del servizio sanitario regionale", l'organizzazione e il funzionamento assicurando in particolare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali delle Zone di riferimento con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.

<sup>242</sup> Legge regionale 12 agosto 1994, n. 33 "*Medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive.*" Norma in vigore

mentre con la legge regionale 50/94 si prevede che le unità sanitarie locali assicurino ai cittadini iscritti nei loro elenchi, le prestazioni di ricovero ospedaliero<sup>243</sup>.

Il riordino del Servizio sanitario regionale sulla base del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, avviene con la legge regionale 17 luglio 1996, n. 26.

Con questa norma si attua una profonda riorganizzazione del sistema sanitario regionale, viene così modificato l'assetto istituzionale, l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende USL ed ospedaliere.

Un strumento fondamentale di programmazione viene poi previsto con l'adozione del Piano sanitario regionale, da parte del Consiglio regionale, su proposta della Giunta<sup>244</sup>.

---

<sup>243</sup> Art. 2, 1 comma, Legge regionale 27 dicembre 1994, n. 50 *Disciplina dell'assistenza sanitaria in forma indiretta*. Le prestazioni di ricovero ospedaliero sono anche in regime diurno, in forma indiretta, nel caso in cui le strutture pubbliche o convenzionate non siano in grado di erogarle, in forma diretta con tempestività ed allorquando il periodo di attesa comprometterebbe lo stato di salute dell'assistito. Norma in vigore

<sup>244</sup> Con la legge 20 ottobre 1998 n. 34 la Regione Marche ha adottato il Piano Sanitario Regionale 1998-2000. Il Piano sanitario regionale definisce, coerentemente con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, gli obiettivi del processo di programmazione regionale, i modelli organizzativi e gli standards dei servizi garantendo omogeneità di trattamento dei cittadini su tutto il territorio regionale. Il Piano sanitario regionale in particolare: a) assicura la piena valorizzazione e utilizzazione delle strutture pubbliche nel rispetto dei principi di una gestione qualitativamente e quantitativamente efficace ed efficiente delle stesse; b) determina i criteri, i vincoli e le modalità con cui le Aziende sanitarie possono avvalersi delle strutture private per assicurare ai cittadini, nel rispetto della loro libertà di scelta, i livelli uniformi di assistenza; c) riconsidera le Aziende USL e ospedaliere esistenti in relazione alle reali capacità di dare risposte qualificate alle esigenze di tutto il territorio e alla possibilità di mantenere una adeguata autonomia economica; d) definisce i criteri generali per il finanziamento dei servizi e degli investimenti; e) definisce i criteri generali ai quali le strutture sanitarie pubbliche devono attenersi per la determinazione dei rispettivi assetti, funzioni e dimensioni organizzative; f) individua gli ospedali da costituire in Azienda ospedaliera; g) determina le modalità di

Nel Piano vengono rappresentati gli obiettivi strategici che si intendono raggiungere mediante la definizione dei modelli organizzativi dei servizi sanitari, i criteri per la distribuzione delle risorse tra le singole Aziende, le modalità per l'attuazione dei controlli sui livelli di efficacia e di efficienza conseguiti dalle singole Aziende e dall'intero sistema regionale, i criteri e le modalità di partecipazione alle spese sanitarie da parte degli assistiti. Inoltre, con una funzione consultiva della Giunta regionale, viene istituito con sede presso il servizio sanità della Regione, il Consiglio sanitario regionale, proprio con la finalità di svolgere una funzione di ausilio alla programmazione sanitaria regionale.

Viene istituita, come previsto dall'art 4 della legge regionale 26/96, l'Agenzia Regionale Sanitaria, ARS. Tale Agenzia dotata di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile, fornisce il supporto tecnico per l'esercizio da parte della Regione delle funzioni in materia di programmazione sanitaria, di controllo di gestione, di verifica della qualità e della quantità delle prestazioni e degli indirizzi di politica sanitaria<sup>245</sup>.

---

integrazione tra le attività sanitarie e quelle sociali ai fini della erogazione di efficaci prestazioni socio-sanitarie; h) determina i criteri per l'approvazione da parte della Giunta regionale di progetti obiettivo ed azioni programmate per particolari aree di intervento.

<sup>245</sup> Come previsto dal comma 2, dell'art 24 della L.R. 26/96, i compiti e le funzioni dell'Agenzia in particolare, sono: a) effettua l'analisi epidemiologica dei bisogni e della domanda relativa ai servizi sanitari; b) fornisce la necessaria assistenza alle Aziende sanitarie ed all'INRCA nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione; c) elabora proposte tecniche per la definizione dei parametri di finanziamento delle Aziende sanitarie, dell'INRCA e delle strutture private accreditate e, in particolare, riferisce circa il livello dei costi e delle entrate nonché sul raggiungimento dell'equilibrio economico in ciascuna azienda; d) elabora gli elementi che servono alla Giunta regionale per stabilire, anche attraverso accordi di durata pluriennale, le prestazioni in termini quantitativi e qualitativi, che le Aziende devono assicurare con le risorse a disposizione; e) verifica sistematicamente i risultati di gestione delle Aziende sanitarie e dell'INRCA nonché i requisiti delle istituzioni e strutture sanitarie pubbliche e private al fine del loro accreditamento; f) verifica e

All'art.5, della legge regionale 26/96, viene prevista la figura dell'Azienda USL, che dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica svolge i compiti di attuazione della programmazione sanitaria regionale e di gestione dei servizi<sup>246</sup>.

Le Aziende e i Presidi ospedalieri vengono previsti all'art.6, con il quale si individuano gli ospedali costituiti in Aziende ospedaliere che provvedono all'erogazione delle prestazioni di cura e riabilitazione assicurando gli obiettivi definiti in materia dai Piani sanitari nazionale e regionale e gli ospedali che non siano costituiti in Azienda ospedaliera conservano la natura di Presidi ospedalieri dell'Azienda USL.

Nell'articolazione del servizio sanitario regionale, viene tra l'altro prevista la concorrenza della Provincia nell'ambito della programmazione regionale dei servizi sanitari esprimendo i pareri previsti dalla normativa statale e regionale, e

---

revisiona, quale organo tecnico, la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 502/92, sia riguardo agli Enti pubblici che per quanto riguarda le Istituzioni sanitarie private accreditate che forniscono prestazioni al Servizio sanitario regionale; g) presenta annualmente alla Giunta regionale una relazione sull'andamento della gestione delle Aziende sanitarie e dell'INRCA e sui risultati conseguiti da tutte le Istituzioni sanitarie pubbliche e private accreditate, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione sanitaria; h) elabora programmi per l'aggiornamento del personale delle Aziende sanitarie e ne verifica i risultati.

<sup>246</sup> Con l'Azienda USL si assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni contemplate dai livelli uniformi di assistenza stabiliti dal Piano sanitario nazionale e dal Piano sanitario regionale, avvalendosi delle proprie strutture, L'Azienda USL si articola in: a) distretti; b) uno o più Presidi ospedalieri; c) un Dipartimento di prevenzione. Le Aziende USL, nel rispetto delle vigenti norme, procedono alla negoziazione dei servizi e delle prestazioni con le altre Aziende USL ed ospedaliere, con istituzioni sanitarie private accreditate e con professionisti sulla base di tariffe e corrispettivi definiti dalla Giunta regionale.

degli organi rappresentativi dei Comuni<sup>247</sup> dell'ambito territoriale di ciascuna Azienda USL.

La norma di riordino del servizio sanitario regionale, si preoccupa inoltre, di definire i rapporti con le Università e l'INRCA, dove le Università<sup>248</sup> contribuiscono per quanto di competenza all'elaborazione del Piano sanitario regionale e l'INRCA, alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale sviluppando ambiti comuni di ricerca e di integrazione per il miglioramento del servizio sanitario con particolare riferimento all'assistenza agli anziani. Inoltre, viene prevista la stipulazione di uno specifico protocollo di intesa, previo accordo con la Regione Umbria, in conformità alle determinazioni del Piano sanitario regionale con l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche.

All'art. 15, viene prevista la figura del Direttore generale<sup>249</sup> delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere, alla quale sono riservati tutti i poteri di gestione delle

---

<sup>247</sup> Gli organi rappresentativi dei Comuni esprimono i bisogni sanitari delle rispettive comunità locali e provvedono a proporre linee di indirizzo nell'ambito della programmazione regionale e ad esercitare le funzioni di verifica dell'attività dell'Azienda USL per il tramite della Conferenza dei Sindaci secondo quanto disposto dal decreto legislativo di riordino e dall'articolo 6 della l.r. 28 giugno 1994, n. 22.

<sup>248</sup> Nell'ambito della programmazione regionale la Regione e l'Università di Ancona, stipulano specifici protocolli d'intesa per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale della Facoltà di medicina nel rispetto delle loro finalità istituzionali. Il Piano sanitario regionale determina i criteri e i contenuti dei protocolli di intesa che devono regolare i rapporti fra la Regione e le Università marchigiane, tenendo conto della esigenza della valorizzazione delle rispettive potenzialità e nel rispetto dei fini istituzionali della Regione e delle Università stesse.

<sup>249</sup> Il Direttore generale assicura le funzioni di direzione dell'Azienda e in particolare: a) elabora le strategie aziendali e la loro specificazione attraverso gli strumenti di programmazione e di controllo della gestione, al fine della migliore tutela della salute della popolazione nel territorio; b) persegue il raggiungimento e il costante miglioramento di condizioni gestionali, tali da garantire la uniforme ed efficace tutela della salute; c) assicura l'efficiente impiego delle risorse e il perseguimento dell'equilibrio economico dell'Azienda attraverso l'utilizzo di budget assegnati; d) gestisce e valorizza il patrimonio dell'Azienda; e) adotta tutti i provvedimenti che si rendono necessari per la conduzione unitaria dell'Azienda; f) approva il piano triennale del Dipartimento di prevenzione; g) individua i

stesse e la rappresentanza legale, con la responsabilità di raggiungere gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e della corretta ed ottimale gestione delle risorse a disposizione dell'azienda.

L'architettura del sistema regionale, con il riordino previsto dalla legge regionale. 26/96, viene poi a compimento con l'individuazione dei Distretti sanitari<sup>250</sup>, dei

---

Dipartimenti e nomina i responsabili degli stessi: h) nomina il responsabile del Distretto sanitario i) assicura la migliore attuazione collaborativa con l'agenzia sanitaria regionale.

<sup>250</sup> Il Distretto sanitario ha i seguenti compiti: a) gestisce e coordina i servizi ubicati nel territorio di competenza e destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello; b) organizza l'accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi; c) assicura anche attraverso i medici e i pediatri di medicina territoriale un efficace filtro della domanda socio sanitaria e promuove la continuità terapeutica tra i diversi luoghi di trattamento; d) indirizza e coordina il ricorso all'assistenza ospedaliera, all'assistenza sanitaria residenziale anche presso le RSA, all'assistenza specialistica e all'assistenza protesica e termale; e) funge da centro regolatore per le prestazioni erogate dalle proprie unità operative residenti ed itineranti nonché dalle strutture della altre Aziende sanitarie, delle istituzioni sanitarie pubbliche, delle istituzioni sanitarie private accreditate, dei professionisti accreditati o convenzionati.

Presidi ospedalieri, dei Dipartimenti ospedalieri<sup>251</sup> e nell'ambito di ogni Azienda USL del Dipartimento di prevenzione<sup>252</sup>.

Il Distretto sanitario è individuato come una struttura dell'Azienda USL finalizzata a realizzare nel territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, con lo scopo di consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione. Nell'ambito del Distretto si realizza l'integrazione delle attività socio-assistenziali e sanitarie con la compresenza dei tre momenti specifici di

---

<sup>251</sup> Il Dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur conservando un'autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza professionale. Le unità operative costituenti il Dipartimento, sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico. Spetta al Dipartimento ospedaliero: a) la gestione in comune del personale non medico; b) l'utilizzo in comune degli spazi e delle attrezzature; c) la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività delle strutture del Dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto; d) il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni; e) il miglioramento del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del Dipartimento; f) il coordinamento con le attività extraospedaliere connesse alle funzioni del Dipartimento; g) la gestione delle risorse finanziarie assegnate al Dipartimento.

<sup>252</sup> Il Dipartimento di prevenzione prevede: a) la pianificazione, gestione e valutazione dei sistemi informativi pertinenti lo stato di salute della popolazione; b) l'elaborazione del piano triennale degli interventi di prevenzione e controllo. Il piano, approvato dal Direttore generale ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera f), è predisposto al Comitato direttivo di cui al comma 10; c) l'informazione ai fini della prevenzione dei rischi ai cittadini, ai lavoratori e loro Organizzazioni sindacali, alle imprese e loro Associazioni, alle Associazioni di tutela dei consumatori, alle Associazioni ambientaliste, alle varie strutture del servizio sanitario nazionale e agli Enti locali; d) l'educazione della popolazione alla tutela della salute e della sicurezza; e) l'istruttoria tecnico-sanitaria per le funzioni amministrative di competenza degli Enti locali; f) la vigilanza e la prevenzione nei settori di competenza.

intervento: sanitario, socio-sanitario integrato ed assistenziale. Il Presidio ospedaliero dell'Azienda USL, espleta le funzioni igienico organizzative, con autonomia economico-finanziaria e contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda USL. Mediante i Dipartimenti ospedalieri, comprendenti più unità operative, viene organizzato l'ospedale. Il Dipartimento di prevenzione è la struttura dell'Azienda USL preposta all'organizzazione e alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia, in particolare quelle diffuse di più rilevante tendenza epidemiologica in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è sottoposta a rischio.

Per quanto attiene alla Programmazione, vengono individuati gli strumenti del Piano sanitario regionale, i programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed i piani settoriali. Per la sostenibilità di tale organizzazione sanitaria vengono previste le modalità di finanziamento del servizio sanitario regionale<sup>253</sup> e di finanziamento delle Aziende USL ed ospedaliere<sup>254</sup>.

---

<sup>253</sup> L'Art 33 della L.R. 26/96 prevede il finanziamento del servizio sanitario regionale, distinto in parte corrente e in conto capitale, è assicurato da: a) i contributi di malattia attribuiti direttamente alla Regione ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo di riordino; b) la quota del fondo sanitario regionale integrativo assegnata alla Regione ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 502/92; c) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale; d) le quote di partecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni, nonché le altre entrate dirette delle Aziende USL ed ospedaliere, compresi i redditi da patrimonio; e) gli apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale diretti ad assicurare il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza stabiliti dalla Regione; f) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale, nonché gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale o derivanti da alienazioni patrimoniali delle Aziende USL ed ospedaliere.

<sup>254</sup> L'Art 34 della L.R. 26/96 prevede il finanziamento delle Aziende USL ed ospedaliere mediante: a) quote provenienti dalla ripartizione delle risorse regionali, tenuto conto, nel caso delle Aziende USL, della compensazione della mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni; b) contributi e trasferimenti da Amministrazioni statali, dalla Regione, dalle Province, dai Comuni, da altri Enti pubblici; c) le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute alle Aziende USL ed ospedaliere, da parte dei cittadini; d) i ricavi derivanti dall'esercizio di attività libero professionali; e) i ricavi derivanti dalla

Con la legge regionale n. 33/96, in attesa della istituzione del sistema regionale di emergenza sanitaria, si disciplina l'organizzazione del trasporto sanitario degli infermi che prevede che sia gratuito per i cittadini iscritti e assistibili dal Servizio Sanitario Nazionale nonché per gli assistiti di istituzioni sanitarie estere temporaneamente in Italia.<sup>255</sup>

In materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende Sanitarie la legge regionale n. 47/1996 precisa che gli strumenti della programmazione di tali Aziende sono il piano strategico aziendale, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio preventivo economico annuale e gli eventuali piani di intervento e piani settoriali in esecuzione di disposizioni regionali<sup>256</sup>.

La legge regionale n. 61/97 individua le azioni da predisporre nella lotta contro le neoplasie e la disciplina del funzionamento delle unità operative di oncologia e radioterapia del servizio sanitario regionale. Vengono assegnate alle Aziende USL le attività di prevenzione primaria al fine di individuare e ridurre i fattori che determinano e favoriscono l'insorgenza di tumori e le attività di prevenzione

---

cessione di prestazioni e di servizi integrativi a pagamento, valorizzati sulla base dei tariffari vigenti; f) proventi derivanti da contratti e convenzioni; g) sopravvenienze connesse a lasciti e donazioni, nonché i redditi da patrimonio; h) i ricavi derivanti dall'alienazione del patrimonio dell'Azienda; i) ogni altra disponibilità acquisita dall'Azienda a qualsiasi titolo. Le aziende USL ed ospedaliere, inoltre, possono, previa autorizzazione della Giunta regionale, contrarre mutui o accedere ad altre forme di credito ai sensi di quanto previsto dalla lettera f), comma 5 dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino.

<sup>255</sup> Legge regionale del 29 luglio 1996, n. 33 *"Disciplina del trasporto infermi"*. Abrogata dall'art. 34, legge regionale 30 ottobre 1998, n. 36. *"Sistema di emergenza sanitaria"*. Norma in vigore

<sup>256</sup> Legge regionale 19 novembre 1996, n. 47 *"Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende sanitarie"*, al cui art. 1, 1 comma, recita *"La presente legge in applicazione del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 di seguito denominato decreto legislativo di riordino, detta norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di seguito denominate Aziende sanitarie"*. Norma in vigore

secondaria al fine di consentire una diagnosi tempestiva di situazioni precancerose e cancerose.<sup>257</sup>

La Regione Marche, con la legge regionale n.22/98, prevede una apposita normativa al fine di favorire il benessere psicofisico della donna e del nascituro durante la gravidanza, il parto e il puerperio, promuovendo l'informazione e la conoscenza sulle modalità di assistenza al parto e sulle pratiche sanitarie in uso presso le strutture del servizio sanitario regionale ed assicurando la libertà di scelta circa i luoghi dove partorire, ferme restando le esigenze primarie della sicurezza.<sup>258</sup>

### **3.2.3 Dal 2000 ad oggi, modifiche all'impianto di base del sistema sanitario regionale**

Nell'arco temporale che parte dall'anno 2000, si susseguono, a breve distanza di tempo dall'approvazione del d.lgs. 229/99, tre decreti legislativi che ne recano integrazioni e correzioni, il d.lgs. 42/2000, il d.lgs.168/2000 e il d.lgs.254/2000<sup>259</sup>.

La normativa nazionale degli anni 2000 incide a livello regionale sia in relazione alla disciplina delle autorizzazioni sanitarie, approvando i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi, stabilendo cosa si deve intendere per

---

<sup>257</sup> Legge regionale del 2 settembre 1997, n. 61 "*Lotta alle neoplasie nella Regione Marche*". Norma in vigore

<sup>258</sup> Legge regionale 27 luglio 1998, n. 22 "*Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino speditizzato*". Norma vigente. Tale norma prevede, inoltre, all'art. 5, l'istituzione delle case di Maternità che vengono definite come una struttura di accoglienza che le Aziende unità sanitarie locali o le Aziende ospedaliere possono istituire al fine di ricostruire un habitat il più possibile familiare, dove la donna viva il parto come un fatto naturale.

<sup>259</sup> Tali decreti legislativi introducono un ruolo unico di dirigente sanitario con diversi profili professionali, distinguendo due tipi di strutture, quella semplice e quella complessa, valorizzando il ruolo di tutti i dirigenti medici e riconoscendo loro piena autonomia sul piano dell'attività diagnostica e terapeutica, determinando un riassetto organizzativo anche a livello regionale.

assistenza socio-sanitaria, sia in relazione al contenimento della spesa nel settore sanitario<sup>260</sup>.

## ARS

L'Agenzia Sanitaria Regionale vede la sua istituzione con la legge regionale 26/96, ma ben presto la stessa Agenzia viene ad essere oggetto di ridefinizione delle sue competenze ampliandole e strutturando meglio l'erogazione dei propri servizi. In particolare l'art. 4, della sopra citata legge, dispone che l'ARS è uno strumento operativo per la gestione delle funzioni del Servizio Sanità e del Servizio Politiche Sociali. Coordina il raccordo degli enti del servizio sanitario regionale con particolare riferimento all'assistenza sanitaria territoriale, all'assistenza ospedaliera, all'assistenza farmaceutica, alla promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, all'integrazione socio-sanitaria, agli investimenti sanitarie e alla sanità veterinaria.

Inoltre, nell'ambito della programmazione regionale in materia di sanità, vengono previste in capo all'ARS le funzioni di supporto.

Si deve attendere il Decreto del Dirigente del Dipartimento Salute n. 2 del 13/01/2004, successivamente riconfermato dalla DGR n.129 del 1 febbraio 2005,

---

<sup>260</sup> Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 recante ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" si stabilisce che "l'Assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale...le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati". Con il Decreto Legge n. 347 del 18 settembre 2001 recante ad oggetto "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", vengono dettate disposizioni finalizzate al contenimento della spesa sanitaria con particolare riferimento all'equilibrio dei presidi ospedalieri, all'accertamento e copertura dei disavanzi, prevedendo sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguano a tali direttive.

per vedere riassegnate all'Agenzia Regionale Sanitaria, fra le sue diverse funzioni, quelle relative alla materia della Formazione Continua<sup>261</sup>.

E' con la legge regionale 35/2005<sup>262</sup> che vengono individuate le aree funzionali per il riordino dell'Ars con la previsione della Posizione di funzione Sistema di governo del Servizio sanitario regionale, la Posizione di funzione Assistenza ospedaliera. emergenza-urgenza ricerca e formazione, la Posizione di funzione Affari generali, tecnologie sanitarie e trasporto sanitario, la Posizione di funzione Assistenza territoriale, la Posizione di funzione Assistenza farmaceutica, la Posizione di funzione Edilizia sanitaria ed ospedaliera, la Posizione di funzione Prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, la Posizione di funzione Veterinaria e sicurezza alimentare, Osservatorio Diseguaglianze nella

---

<sup>261</sup> Le funzioni dell'ARS individuate in relazione alla Formazione Continua sono: coordinamento dell'analisi del fabbisogno formativo di interesse regionale; programmazione della formazione di carattere regionale Piano di Formazione Regionale; gestione del sistema di accreditamento ECM regionale (accreditamento degli eventi formativi e accreditamento dei provider; anagrafe crediti formativi; monitoraggio e valutazione della formazione svolta nelle diverse Zone/Aziende sanitarie regionali; supporto e/o conduzione di progetti regionali, nazionali, internazionali in materia di Formazione-ECM; gestione dei rapporti in materia con il Ministero della Salute, la Commissione Nazionale ECM e la conferenza Stato-Regioni.

<sup>262</sup> Legge Regionale del 16 dicembre 2005, n. 35 *"Riordino o soppressione di Enti e Agenzie operanti in materia di competenza regionale"*. Vigente. La presente legge detta norme per il riordino dell'Agenzia regionale sanitaria (ARS), di cui alla l.r. 17 luglio 1996, n. 26 *"Riordino del servizio sanitario regionale"*.

Salute Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER)<sup>263</sup> l'Osservatorio socio-sanitario e servizio civile volontario, il Registro Tumori Regionale<sup>264</sup>

Bisogna attendere quasi dieci anni per una completa ridefinizione dell'assetto organizzativo dell'ARS. Con la DGR 398/2014 sono ridefinite, nell'ambito dell'Agenzia, l'assetto delle strutture dirigenziali e le relative competenze, e con la DGR 570/2014 le competenze della Posizione di funzione di assistenza farmaceutica.

Infine, con la DGR 642/2016, al fine di migliorare l'integrazione funzionale tra l'ARS e il Servizio Sanità, sono individuate le competenze delle materie riservate al direttore dell'ARS, nonché delle competenze della Posizione di funzione Edilizia sanitaria ed ospedaliera<sup>265</sup>.

---

<sup>263</sup> Per completezza si riporta la normativa di riferimento dell'OER, Osservatorio Epidemiologico Regionale istituito, presso l'Agenzia regionale sanitaria (ARS) con compiti di coordinamento dell'attività di rilevazione epidemiologica svolta dagli enti del servizio sanitario regionale, con la Legge Regionale del 10 aprile 2012, n. 6 "Osservatorio Epidemiologico Regionale. Registri regionali delle cause di morte e di patologia".

<sup>264</sup> Normativa di riferimento dei Registri la DGR n.148 del 9/03/2015 Regolamento regionale di competenza della Giunta regionale concernente "Trattamento dei dati inseriti nel registro tumori di cui alla legge regionale 10 aprile 2012. N. 6 (Osservatorio epidemiologico regionale. Registri regionali delle cause di morte e di patologia)"; la D.G.R. n.1317 del 24/11/2014 Richiesta di parere al Garante per la protezione di dati personale ai sensi degli articoli 20 e 154 del decreto legislativo 30 giugno 2003. n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), sullo schema di deliberazione avente oggetto "Regolamento regionale di competenza della Giunta regionale concernente "Trattamento dei dati inseriti nel registro tumori di cui alla legge regionale 10 aprile 2012. N. 6 (Osservatorio epidemiologico regionale. Registri regionali delle cause di morte e di patologia)"; la D.G.R. n.1629 del 2/12/2013 Costituzione del Registro Tumori Regionale.

<sup>265</sup> Con la DGR 642 del 20 giugno 2016 "*L.R. n. 26/96 Disposizioni concernenti la riorganizzazione dell'Agenzia regionale sanitaria (ARS)*" si è incluso nelle competenze dell'ARS lo sviluppo e l'attuazione tecnica delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche e private ospedaliere, residenziali sanitarie e socio-sanitarie, ambulatoriali e termali, quale supporto alla

## ASUR

La riduzione e il contenimento della spesa sanitaria della Regione Marche, eliminando inefficienze, rafforzando il controllo della spesa sanitaria, e garantendo al contempo la qualità dei servizi sanitari, avviene con la Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale".<sup>266</sup>

L'assetto organizzativo delineato da questa norma vede l'accorpamento nell'Azienda USL 7 delle altre 12 USL, costituendo un unico soggetto giuridico denominato ASUR<sup>267</sup>.

---

funzione di rilascio della concessione dell'autorizzazione e/o accreditamento finale e degli accordi contrattuali, funzioni proprie del Servizio Sanità.

<sup>266</sup> Con la legge regionale 13/2003 la Regione Marche in attuazione degli articoli 32 e 117 della Costituzione ha fissato alcuni principi fondamentali per il riordino del servizio sanitario regionale. La stessa legge regionale afferma che il d.lgs. 229/1999 costituisce il punto di riferimento fondamentale per la definizione dell'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale individuando gli obiettivi prioritari della programmazione e consolidando a livello di zone territoriali, gli aspetti relativi alla gestione e ai rapporti con l'utenza. La L.R. 13/2003 è poi stata successivamente modificata dalla legge regionale 22 novembre 2010, n. 17 "Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale" e dalla legge regionale del 1 agosto 2011, n. 17 "Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17.

<sup>267</sup> La L.R. del 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e s.m.i. che disciplina l'assetto organizzativo del servizio sanitario regionale stabilisce, all'art. 2 che gli enti del servizio sanitario regionale sono l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), con sede in Ancona e articolata in aree vaste territoriali e in distretti; l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA) di Ancona; le due Aziende ospedaliere: l'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" con sede in Ancona e l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" con sede a Pesaro. L'art. 3 bis della l.r. n. 13/2013 stabilisce, inoltre, che "2. Il servizio sanità assicura l'esercizio organico e integrato delle funzioni degli enti del servizio sanitario regionale. 3. Presso il servizio sanità è costituito il coordinamento degli enti del servizio sanitario regionale, di seguito denominato "coordinamento". 4. Il coordinamento è composto dal dirigente del

Con l'obiettivo primario di realizzare una integrazione di massimo livello tra le funzioni regionali dell'ambito sanitario e sociale, si è istituita un'unica azienda sanitaria, l'ASUR con sede nel capoluogo regionale del tutto atipica<sup>268</sup> soprattutto per le dimensioni della popolazione di riferimento con un bacino di utenza che coincide con quello della popolazione della regione, di circa un milione e mezzo di abitanti. Con la copertura di tutto il territorio marchigiano l'ASUR ha il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei LEA e l'equo accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, esercitando a livello centralizzato le funzioni di indirizzo e controllo delle Aree Vaste.

Le Aree Vaste, intese come entità di riferimento, rappresentano l'ambito necessario e fondamentale per lo sviluppo e la realizzazione degli interventi che permettono il raggiungimento di elevati livelli di efficacia ed efficienza della gestione per l'ottimizzazione dei servizi, la programmazione delle attività su territori confinanti, la gestione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari.<sup>269</sup> Nella

---

*servizio sanità, dal dirigente del servizio politiche sociali e dai direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale o da loro delegati"*

<sup>268</sup> Si rileva però come altre Regioni stiano seguendo un percorso analogo a quello seguito dalla Regione Marche, di accentramento delle Aziende, basti pensare alla Regione Toscana che con la legge n.84 del 28 dicembre 2015 vede il suo Servizio sanitario interessato da una profonda riorganizzazione. Dal 1° gennaio 2016 sono infatti costituite tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna Area vasta, che accorpano le 12 precedenti.

<sup>269</sup> Gli organi dell'ASUR sono rappresentati dal direttore generale e dal collegio sindacale, mentre sono organi delle aziende ospedaliere, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*, il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il Direttore è responsabile della gestione aziendale ed è coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, e dal responsabile dei servizi di integrazione socio-sanitaria. Tra le funzioni importanti che si assumono in suo capo vi è il coordinamento delle attività realizzate dai Direttori di Area Vasta, la definizione dei programmi di sviluppo delle risorse umane e delle azioni organizzative necessarie per l'attuazione delle strategie aziendali, inclusi i processi di mobilità del personale conseguenti alla riorganizzazione, nonché la consistenza e le variazioni delle dotazioni organiche delle strutture operanti nei diversi ambiti, con la conseguente valutazione del

consapevolezza che tale cambiamento avrebbe comportato una complessità sia gestionale che organizzativa il legislatore regionale, ha articolato seppur in un'ottica di coordinamento aziendale complessivo, l'ASUR in 13 Zone territoriali che in sostanza coincidevano con le preesistenti USL.

Le 13 zone territoriali a loro volta suddivise in distretti comprendono i presidi ospedalieri. Ogni zona territoriale, relativamente alle attività e funzioni stabilite dall'atto aziendale, gestisce direttamente i relativi rapporti procedendo all'utilizzazione autonoma dei fattori produttivi e delle risorse assegnate<sup>270</sup>. In particolare l'Atto aziendale definisce l'assetto organizzativo dell'ASUR e delle Aziende ospedaliere in modo da esercitare in modo unitario le funzioni di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione. Inoltre, stabilisce le modalità di coordinamento ed integrazione delle attività dei servizi territoriali presenti nelle

---

raggiungimento degli obiettivi aziendali. Si rileva che il Direttore generale dell'ASUR qualora ricorrano le circostanze di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992, propone alla Giunta regionale la risoluzione del contratto con i direttori di area vasta. L'art. 4 della L.R. 13/03 recita che gli organi delle aziende ospedaliere, le relative funzioni e le modalità di nomina sono quelli stabiliti dal d.lgs. n. 502/1992, nonché, per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi, dal d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 Disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419 e dalla normativa regionale vigente. Per l'effettuazione delle nomine di propria competenza, la Giunta regionale istituisce un elenco al quale vengono iscritti i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3-bis del d.lgs. n. 502/1992.

<sup>270</sup> L'art.3, comma 1, del d.lgs. 229/99 e l'art.1 del d.lgs. 168/2000 che modificano ed integrano il testo del d.lgs. 502/92 stabiliscono *“in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica”*.

singole zone con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.

Il ruolo dell'ASUR nell'attuazione dei piani regionali si caratterizza sia per una funzione di erogazione dei servizi, sia per lo sviluppo della funzione di tutela sanitaria della popolazione, indipendentemente dal fatto che la risposta ai bisogni individuati venga fornita da strutture della Azienda stessa o da terzi soggetti erogatori con cui l'ASUR instaura rapporti di committenza.

Con la legge 13/2003 la Regione Marche individua le aziende del servizio sanitario regionale: l'Azienda sanitaria Unica Regionale, le Aziende Ospedaliere "Ospedali riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi di Ancona e l'Ospedale San Salvatore di Pesaro. Tali Aziende sono dotate di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale così come previsto dall'art.3, comma 1 bis, del d.lgs.502/92<sup>271</sup>.

Dall'entrata in vigore della legge regionale 13/03 fino al 2010 non si evidenziano rilevanti modifiche nell'assetto organizzativo dell'ASUR, anche se nel corso del tempo si è avvertita la necessità di aumentare gli ambiti di programmazione, anche al fine di migliorare il coordinamento con le Zone Territoriali confinanti. Le zone territoriali sono intese come articolazioni dell'ASUR con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel rispettivo ambito territoriale, dotate di autonomia gestionale ed operativa aventi il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei LEA e l'equo

---

<sup>271</sup> Si veda la DGR 1117 del 01/10/04 "Art.5 c.2 L.R. 13/03 - Linee guida per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'art.3 comma 1 bis d.lgs 502/92 e s.m.i.". Considerato che l'atto aziendale definisce tutto l'assetto organizzativo dell'ASUR e delle Aziende ospedaliere in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con tale delibera la Giunta Regionale ha adottato i criteri generali per l'elaborazione degli atti aziendali da parte delle aziende sanitarie regionali, così come previsto dal d.lgs 502/92 e s.m.i. art. 3, comma 1 bis, dal d.lgs 168/2000 art.1 e dalla L.R. 13 del 20/06/2003 art.5.

accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio zonale o aziendale.

Nell'organizzazione territoriale regionale i distretti invece sono articolazioni territoriali delle zone coincidenti con gli ambiti territoriali sociali e costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali<sup>272</sup>. Sempre in riferimento all'organizzazione territoriale del servizio sanitario regionale, il Presidio Ospedaliero viene inteso come l'articolazione organizzativa della Zona territoriale dotata di autonomia gestionale che aggrega funzionalmente tutti gli stabilimenti ospedalieri aventi sede nella medesima Zona, con esclusione di quelli facenti parte delle Aziende ospedaliere<sup>273</sup>.

Nel periodo considerato, vengono approvate leggi regionali in materia sanitaria come la legge regionale n. 21 del 21 dicembre 2006 relativamente alle disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'istituto Ricovero e Cura a Carattere scientifico (INRCA) di Ancona. Questa legge segna un momento importante in riferimento al percorso, durato all'incirca 15 anni, di commissariamento dell'Istituto.<sup>274</sup>

---

<sup>272</sup> I Distretti sono previsti dalla L.R. 13/2003, all'art.13, così modificato dall'art. 12, l.r. 22 novembre 2010, n. 17, e dall'art. 15, l.r. 1 agosto 2011, n. 17, che al comma 1 bis recita *“L'attività distrettuale è svolta sulla base del programma delle attività distrettuali approvato, nel rispetto degli indirizzi contenuti nel piano di area vasta, secondo criteri e modalità stabiliti dal piano socio-sanitario regionale”*

<sup>273</sup> Il Presidio ospedaliero è previsto dalla L.R. 13/2003, all'art.15, così modificato dall'art. 17, l.r. 1 agosto 2011, n. 17, e dall'art. 3, l.r. 24 settembre 2012, n. 28.

<sup>274</sup> A seguito del Decreto del Ministero della Salute in data 30.12.1993 viene sciolto con decorrenza immediata il Consiglio di Amministrazione segnando l'inizio di una complessa vicenda giuridica. Dal 1993 al 2007 vi è stato il lungo periodo di commissariamento dell'Istituto, stretto non solo tra problemi di confine di competenze fra Stato e Regioni tra ricerca scientifica ed assistenza sanitaria, tra pubblico e privato, ma anche trattandosi di un IRCCS con sedi in più regioni, quelli relativi ai limiti

Con questa legge la regione Marche individua l'INRCA *“quale momento significativo dell'offerta prestazionale alla popolazione anziana e non solo in riferimento a meri fatti assistenziali”*<sup>275</sup>

### La SUAM

Nell'ottica di razionalizzazione delle risorse e del contenimento delle spese, la Regione Marche ha provveduto ad organizzarsi, con l'istituzione, della Stazione unica appaltante Marche, al fine di rendere trasparenti e più efficienti gli acquisti di beni e servizi, che rivestono una quota rilevante della spesa sanitaria regionale.

La SUAM ha avuto dal momento della sua istituzione una sua prima fase di sperimentazione, demandando ad una fase successiva l'ampliamento degli ambiti della sua operatività.<sup>276</sup>

Questo perché essa si veniva ad inserire in una materia e in un settore, come quello sanitario, dove si rendeva necessaria una gradualità nell'introduzione di nuove procedure per l'acquisto di beni e servizi, anche per non creare ritardi nell'erogazione delle prestazioni creando disagi agli utenti.

---

territoriali delle rispettive competenze legislative ed amministrative. L'INRCA ha sedi operative in 5 regioni: Marche (Ancona, Fermo, Appignano), Lazio (Roma), Lombardia (Casatenovo), Calabria (Cosenza), Sardegna (Cagliari).

<sup>275</sup> Così si era espresso il Piano Sanitario Regionale 2003-2006, valorizzando l'INRCA sia sul piano dell'assistenza che della ricerca. Attenendosi a quanto previsto dal d.lgs. n. 288/03, la Giunta Regionale con deliberazione n.482 del 30 marzo 2005, dopo aver acquisito il parere favorevole della competente Commissione Consiliare, riconosceva all'INRCA la natura di Istituto a carattere scientifico non trasformato, provvedendo successivamente al suo assetto organizzativo.

<sup>276</sup> La SUAM è stata istituita con legge regionale n. 12 del 14/05/2012 in conformità al DPCM 30/06/2011 attuativo dell'articolo 13 della legge n. 136/2010 – piano straordinario contro le Mafie, nonché delega al Governo in materia normativa antimafia. All'interno della regione Marche, sono tenuti ad avvalersi della SUAM, per le procedure contrattuali, per la realizzazione di lavori pubblici e l'acquisizione di beni e servizi, le strutture organizzative della Giunta regionale, l'Agenzia regionale sanitaria, le società a totale partecipazione regionale.

L'acquisizione delle competenze e la messa a regime delle procedure nelle forniture sanitarie, ha dato la possibilità alla Regione Marche di attuare le disposizioni normative nazionali che regolamentano la trasparenza nelle attività delle pubbliche amministrazioni.<sup>277</sup>

L'individuazione della centrale regionale di committenza di riferimento coincide con il Soggetto Aggregatore individuato dalla Regione, ed in particolare la stessa ANAC ricorda che il DPCM del 30 giugno 2011, all'art. 2, comma 2, ha espressamente riconosciuto alla SUAM la natura di centrale di committenza. Ne discende che la SUAM ed i soggetti aggregatori sono centrali di committenza, con l'unica differenza che il soggetto aggregatore è una centrale di committenza qualificata ed abilitata all'approvvigionamento di lavori, beni e servizi per conto dei soggetti che se ne avvalgono<sup>278</sup>.

Il risultato è che le pubbliche amministrazioni devono obbligatoriamente ricorrere ai soggetti aggregatori per l'acquisizione dei beni e dei servizi che rientrino nelle categorie previste dal DPCM del 30 giugno 2011.<sup>279</sup>

---

<sup>277</sup> Si vedano le recenti disposizioni normative inserite nel testo della Legge di stabilità 2016, Legge n. 208/2015 art.1, commi da 548 a 550, che prevedono che gli enti del Servizio Sanitario Nazionale *“sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, avvalendosi in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip SPA.*

<sup>278</sup> L'articolo 28 della legge regionale 33/2014 ha modificato l'art.1 della L.R. 12/2012 istitutiva della SUAM aggiungendo il comma 1 bis in forza del quale, ai fini del contenimento e della razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, la SUAM è costituita quale centrale di acquisto in attuazione dell'art.1, comma 455 della L. 298/2006 (legge finanziaria dello Stato 2007).

<sup>279</sup> I principi in materia di centralizzazione degli acquisti sono rafforzati dal decreto legislativo n. 50 del 18/04/2016, in attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE, 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei servizi dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, pubblicato in GU serie generale n.91 del 19/04/2016 Supplemento Ordinario n. 10.

Si rileva, quindi, che, dalla prima istituzione della SUAM nell'anno 2012, il quadro normativo risulta ampiamente modificato, tanto da indurre la Regione a pianificare meglio le procedure contrattuali, stante proprio la complessità e soprattutto l'entità in termini di valore delle stesse<sup>280</sup>.

La SUAM come soggetto aggregatore e gli enti del SSR devono quindi rivedere le logiche che hanno ispirato la prima fase di programmazione, che non risultano coincidenti con quelle già evidenziate nell'elenco delle iniziative di acquisto relative al biennio 2016/2017.<sup>281</sup>

Con la stipula della convenzione tra la SUAM e il Servizio sanitario regionale, si individuano le competenze per individuare i profili e le esigenze tecniche da acquisire sul mercato<sup>282</sup>. Si delineano, così, le procedure da seguire per l'acquisto di beni e servizi facilmente standardizzabili, con costi parametrici di riferimento dalla quale risulta maggiore la convenienza economica.<sup>283</sup>

---

<sup>280</sup> Con DGR 1461 del 22/12/2014 la SUAM è stata individuata anche come soggetto aggregatore di cui all'art.9 della decreto legge 68/2014 convertito nella Legge 89/2014.

<sup>281</sup> In conseguenza di tale nuova programmazione sono state revocate le delibere n. 649 del 6 maggio 2013 e n. 1752 del 27 dicembre 2013.

<sup>282</sup> La convenzione tra SUAM ed enti del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione della DGR n. 1468/2013, prevede la scadenza della stessa il 9 dicembre 2016 con possibilità di rinnovo per un periodo identico a quello iniziale, tre anni dalla data di sottoscrizione.

<sup>283</sup> In particolare, con decreto n.48 del 22/07/2016, il Dirigente del Servizio Sanità ai sensi della DGR 468/2016, ha costituito i gruppi tecnici per le categorie merceologiche le cui procedure di gara saranno condotte dalla SUAM per gli enti del SSR in qualità di soggetto aggregatore.

Il passaggio successivo si ha con la DGR 468 del 9 maggio 2016, con il quale si approva il Piano biennale 2016/2017 per l'acquisto di beni e servizi sanitari gestito, in modo centralizzato, dalla SUAM.<sup>284</sup>

Oltre agli acquisti di materiali di consumo per gli enti del servizio sanitario regionale come la cancelleria e i supporti meccanografici, vengono demandati alla SUAM la gestione degli appalti per il Centro di prenotazione unico regionale e per il servizio regionale di elisoccorso. Quello che si può rilevare rispetto alla precedente programmazione, è che per il biennio la SUAM curerà anche gli acquisti di presidi antidecubito, il servizio di lavorazione del plasma e la fornitura di sistemi diagnostici per il Dipartimento regionale Interaziendale di Medicina trasfusionale.

Il piano biennale, come previsto dalla DGR 468/16, comprende, anche le forniture che la SUAM dovrà curare sulla base delle disposizioni nazionali<sup>285</sup>. La Corte dei Conti in relazione al controllo delle procedure di spesa della Regione Marche ha sollecitato una piena operatività della SUAM al fine di un'adeguata razionalizzazione delle spese per consumi intermedi, procedendo ad una verifica

---

<sup>284</sup> Tale delibera è successiva alla delibera n. 1752/2013 con la quale la Giunta regionale aveva ridefinito le date del piano triennale limitatamente ad alcune procedure programmate nell'anno 2014 sostituendo il piano allegato alla DGR 649/2013.

<sup>285</sup> Nella Gazzetta ufficiale n. 32 del 9 febbraio 2016 è stato pubblicato il DPCM 24 dicembre 2015, attuativo dell'art.9 del decreto legge n. 66/2014, che comporta l'operatività immediata per la SUAM quale soggetto aggregatore ex art. 9 del decreto legge n.66/2014, per gli acquisti della regione, degli enti regionali, e degli enti del Servizio sanitario. Per il biennio 2016/2017 si prevedono beni come: farmaci, vaccini, protesi d'anca, ausili per l'incontinenza, medicazioni generali, defibrillatori, pace-maker, aghi e siringhe; servizi specifici in area sanità come: apparecchiature elettromedicali, ristorazione sanitaria, smaltimento rifiuti sanitari, servizi pulizia e lavanderia; servizi di uso comune come: vigilanza armata, manutenzione immobili e impianti.

sull'evoluzione della spesa. Con la delibera recentemente adottata la Regione si è quindi posta in linea con le raccomandazioni della Corte.<sup>286</sup>

Per completare il quadro relativo alla governance della Regione Marche, rimane di rilevare come sia un elemento di valore la valutazione delle performance del sistema sanitario che conduce a parametri di misurazione della qualità del sistema sanitario regionale<sup>287</sup>.

La Regione Marche, con il suo Piano della Performance 2016-2018, avente natura di documento programmatico triennale, ha delineato gli obiettivi da raggiungere, sia in accordo a quanto previsto dal DEFR 2016/2018<sup>288</sup> che al Piano di Prevenzione della corruzione e del Programma per la trasparenza e l'integrità per il triennio 2016/2018<sup>289</sup> al fine perfezionare in modo ottimale il processo di riorganizzazione delle strutture regionali.

La Giunta Regionale ha quindi dato alla SUAM un'importanza primaria e strategica per il raggiungimento degli obiettivi di razionalizzazione ed efficientamento della spesa pubblica<sup>290</sup>.

---

<sup>286</sup> Deliberazione n.34/2015/FRG della Corte dei Conti reperibile in [http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/\\_documenti/controllo/marche/2015/delibera\\_34\\_2015.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/marche/2015/delibera_34_2015.pdf)

<sup>287</sup> La Regione Marche con la Legge regionale n.22/2010 ha previsto che sia la Giunta Regionale ad adottare con apposita deliberazione, su proposta del segretario generale, sentito il Comitato di direzione, il Piano delle Performance, in attuazione di quanto previsto all'art.10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

<sup>288</sup> DEFR della Regione Marche approvato con la Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 14 del 15/12/2015 strutturato per missioni e programmi come prescritto dal D. lgs 118/2011.

<sup>289</sup> Il Piano è reperibile in <http://www.regione.marche.it/Amministrazione-Trasparente>

<sup>290</sup> Con deliberazione del 9 maggio 2016 n. 468, la Giunta regionale ha approvato il piano biennale degli acquisti dei beni e dei servizi per gli enti del servizio sanitario regionale mediante procedure

### 3.3 L'assetto attuale

L'organizzazione sanitaria marchigiana ha delle caratteristiche tali da rappresentare un modello unico ed originale nel suo genere, dalla L.R. 13/03 e s.m.i. che ne hanno posto le fondamenta, l'architettura è stata poi definita e sostenuta con una serie di Delibere di Giunta che hanno reso operativo l'assetto organizzativo previsto a livello normativo, definendo il c.d. modello sanitario marchigiano a hub spoke.<sup>291</sup>

La Regione Marche avvia così un percorso di razionalizzazione delle risorse al fine di garantire comunque la sostenibilità del suo sistema sanitario regionale.

Il Processo di razionalizzazione intrapreso dalla Regione Marche vede la riduzione della frammentazione dell'offerta, la riconversione delle piccole strutture ospedaliere a favore di strutture territoriali carenti come le RSA, le lungodegenze, le equipe territoriali H24, cercando di contenere la spesa farmaceutica, migliorando la qualificazione del ruolo degli erogatori privati. Il percorso intrapreso, che ha condotto la Regione ad essere inserita nell'elenco delle Regioni virtuose, deve però tener presente la sua peculiarità territoriale e le esigenze degli utenti, in particolare della sfida che il Servizio sanitario regionale

---

contrattuali gestite dalla SUAM, costituito tra gli altri dall'elenco delle iniziative di acquisto relative al biennio 2016/2017 programmate dalla SUAM quale soggetto aggregatore. Con la stessa delibera è stato dato mandato al Dirigente del Servizio Sanità di individuare formalmente su indicazione dei direttori generali degli enti del SSR, il personale tecnico preposto sia alla definizione delle caratteristiche tecniche omogenee e dei relativi costi parametrici di tutti i beni e servizi oggetto delle procedure costituenti il piano, sia alla redazione della progettazione tecnica ed estimativa da porre a base delle relative procedure assegnando tempi e modalità di svolgimento d entrambi gli incarichi.

<sup>291</sup> Per un approfondimento del modello sanitario hub spoke D. FARINELLA, P. SAITTA, G. SIGNORINO, *Senza welfare? Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo* Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010 *Regionalizzazione dei sistemi sanitari e nuovi modelli di governance dell'assistenza, il caso della rete stroke*.

dovrà sostenere nei prossimi anni rappresentata dalla risposta alla cronicità, derivato primario del progressivo invecchiamento della popolazione.<sup>292</sup>

La Regione Marche, in risposta ai dettami legislativi del decreto legislativo 229/99 e della legge 328/00<sup>293</sup> che prevedono come indicazione strategica ed operativa, nell'affrontare bisogni complessi che richiedono unitarietà di intervento, l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, ha istituito con la DGR 110/2015 l'Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.Ses)<sup>294</sup>.

L'integrazione sociale e sanitaria assume una sua visibilità e fisionomia sia a livello regionale con le funzioni di raccordo svolte dall'Agenzia Regionale

---

<sup>292</sup> La Regione Marche che oggi è al vertice nelle proiezioni sull'attesa di vita alla nascita ha caratterizzato il suo impegno istituzionale su questo versante, anche e soprattutto nella convinzione acclarata che la terza età sia in effetti il volano per lo sviluppo di una "terza economia" che produce valore nella misura in cui genera nuovi servizi e posti di lavoro.

<sup>293</sup> Il decreto legislativo 229/99 si riferisce alle "prestazioni sociosanitarie intese come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche sul lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e di riabilitazione", la legge 328/00 "sul metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni prevedendo il coordinamento ed integrazione degli interventi sociali con gli interventi sanitari facendo esplicito riferimento alle aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio Sanitario Nazionale".

<sup>294</sup> Per un approfondimento su tale tematica si veda, *L'integrazione sociosanitaria nelle Marche: l'U.O. SeS - SlideShare*, reperibile in:

<https://www.slideshare.net/.../integrazione-sociosanitaria-nelle-marche-luo-se>

Sanitaria che locale con l'ASUR, sia Direzione generale che Aree Vaste, e soprattutto a livello di Distretto sanitario Ambito territoriale.<sup>295</sup>

La particolarità di tale Unità Operativa è quella di realizzare una rete integrata di servizi socio-sanitari, di attività, di prestazioni, alle quali concorrono sia soggetti pubblici che privati, e anche di volontariato, offrendo al territorio risposte adeguate al sistema salute.<sup>296</sup>

La Regione Marche è una delle sette regioni italiane in cui il Distretto sanitario coincide con l'Ambito territoriale sociale.

Il Distretto sanitario,<sup>297</sup> rappresenta una realtà consolidata nella regione Marche che attraverso un'evoluzione delle forme organizzative ed una costante attenzione degli organi di programmazione regionale garantisce funzioni di tutela e garanzia sulla corretta erogazione ed esigibilità dei Lea nel macrolivello territorio.

Uno dei punti di forza che ha contribuito alla storicizzazione nella regione di questo ruolo centrale del Distretto va sicuramente individuato nella scelta di

---

<sup>295</sup> Si veda come esempio uno degli atti compiuti a tale proposito ad esempio la determina n. 164/AV1 del 26/02/2016 che recepisce la Convenzione per la realizzazione dell'Unità Operativa funzionale "sociale e Sanitaria" U.O.SeS finalizzata al coordinamento, alla progettazione, all'organizzazione e alla gestione dell'integrazione socio-sanitaria nel territorio del Distretto Sanitario di Pesaro e dell'Ambito Territoriale di Pesaro)

<sup>296</sup> Il privato accreditato costituisce una risorsa importante inserita a tutti gli effetti nella pianificazione e programmazione dell'offerta sanitaria della Regione Marche; l'offerta delle strutture private deve garantire uno stretto rapporto di integrazione e continuità con l'offerta delle strutture a gestione diretta, privilegiando quelle attività che presentano al momento maggiori problemi di lista di attesa e di mobilità passiva

<sup>297</sup> I Distretti sanitari vedono la loro istituzione, con l'art.20 della legge regionale n. 26 del 17 luglio 1996, di riordino del servizio sanitario regionale, e individuati ai sensi dell'art.30, comma 2, della DGR n.17 del 01/08/2011. L'indicazione dei Distretti e della relativa Area Vasta di appartenenza si ha con la DGR 1403 del 1/10/2012

operare una coincidenza assoluta tra il territorio di competenza della struttura sanitaria e l'ambito territoriale sociale.

La legge regionale 17 del 22 novembre 2010, intervenendo in modifica della legge regionale 13/03 ha codificato l'Area Vasta quale articolazione organizzativa dell'ASUR, ricomprendendo sostanzialmente le Zone Territoriali di ambito provinciale, e subentrando nelle medesime funzioni di programmazione. Come conseguenza le Zone Territoriali sono state svuotate delle competenze di programmazione, rimanendo come ambito gestionale e di coordinamento nell'erogazione dei servizi sanitari.<sup>298</sup>

Tale processo si è poi concluso con la 17 del 1 agosto 2011, che ha apportato ulteriori modifiche alla legge regionale 13/03, con la soppressione delle Zone Territoriali e la definitiva declinazione delle competenze alle Aree Vaste, con l'istituzione del Direttore di Area Vasta quale responsabile dell'esplicitazione delle competenze medesime, che dei Distretti.<sup>299</sup>

---

<sup>298</sup> La scelta di un approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute, di benessere e di protezione sociale, sottolineata dalla Legge regionale n. 13/2003 di riordino del servizio sanitario delle Marche, è stata confermata da una serie di atti normativi regionali successivi e dall'operatività concreta a livello regionale e locale. Il centro della relazione tra sociale e sanitario è il rapporto tra Ambito Territoriale Sociale, con il suo Coordinatore d'Ambito, ed il Distretto sanitario, con il Direttore di Distretto: due entità distinte, ma fortemente legate. Quindi mantenere la coincidenza tra Distretto sanitario e Ambito territoriale sociale è il prerequisito fondamentale per la corretta gestione integrata e unitaria delle competenze sociali e sanitarie. Il modello marchigiano di integrazione socio-sanitaria rafforza la dimensione unitaria del Distretto sanitario/Ambito territoriale sociale come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale, sia come interfaccia istituzionale principale della rete di servizi integrati sociali).

<sup>299</sup> Con la creazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, la Regione cerca di rispondere alla necessità di mantenere i conti sanitari sotto controllo, eliminando le parcellizzazioni esistenti sul territorio, garantendo al contempo una assistenza di qualità. L'ASUR Marche, con un'unica personalità giuridica, scaturisce dalla fusione per incorporazione di 13 ex Aziende Sanitarie che, nel 2003, assumono la denominazione di Zone Territoriali. La Legge regionale 17/2011 assegna all'ASUR una fisionomia più omogenea, attraverso l'eliminazione delle Zone Territoriali e l'istituzione

Al fine di effettuare la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali finalizzata ad assicurare il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, il distretto quindi viene ad essere individuato con i bacini territoriali delle ex Zone Territoriali garantendo le procedure organizzative e una funzionalità operativa che esse avevano sul territorio.

E' quindi una caratteristica del sistema sanitario marchigiano il Distretto che ambisce a definire un modello operativo peculiare, proprio della nostra Regione, che rifugge dalla dicotomia committenza/produzione, esaltando invece la coesistenza delle due funzioni, capace di raccogliere gli input del territorio e di mediare la sostenibilità del sistema in ottica di co-programmazione, pianificazione strategica e controllo degli output.<sup>300</sup> Il centro della relazione tra sociale e sanitario è, quindi, il rapporto tra il Coordinamento dell'ambito sociale ed il Direttore del Distretto.

---

delle seguenti 5 Aree Vaste: n. 1: Fano -Sede Amministrativa-, Pesaro, Urbino; n. 2: Fabriano -Sede Amministrativa-, Ancona, Jesi, Senigallia; n. 3: Macerata -Sede Amministrativa-, Camerino, Civitanova Marche; n. 4: Fermo -Sede Amministrativa-; n. 5: Ascoli Piceno -Sede Amministrativa-, San Benedetto del Tronto

<sup>300</sup> Relativamente alla "presa in carico delle persone con bisogni sociosanitari complessi" la Regione, con Decreto del dirigente del servizio salute n. 19/S04 del 17 marzo 2009, ha emanato le Linee Guida per la omogenea valutazione medico-legale della disabilità delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e per la semplificazione all'accesso per la valutazione da parte delle commissioni medico legali preposte all'accertamento unificato degli stati di invalidità civile e di handicap e la Deliberazione di Giunta regionale n. 1514 del 28 settembre 2009, inerente alle Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica. Sempre in tema di gestione della cronicità è in atto in 4 zone territoriali la sperimentazione del percorso formativo "Family Learning sociale-sanitario per la gestione della cronicità: il caso della BPCO" su progetto e in collaborazione con il CRISS – Centro Interdipartimentale per la Ricerca sull'Integrazione socio-sanitaria del Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università Politecnica delle Marche. Tra i programmi di prevenzione che hanno visto coinvolto in un ruolo di primo piano il Distretto, un rilievo particolare ha avuto nel 2010 il completamento, con risultati significativamente positivi, del "Progetto Raffaello", sperimentazione di un modello di care management nella prevenzione e nella gestione delle patologie cardiovascolari.

Tale legame, oggi funzionale all'erogazione dei servizi in modo ottimale, dovrà prevedere in futuro ulteriori e significative forme di cogestione al fine di privilegiare l'obbligatorietà di programmazione sincrona e congiunta nel campo dell'integrazione socio-sanitaria.<sup>301</sup>

La funzione sanitaria di indirizzo e di assistenza al paziente o utente, nella regione Marche, vede la sua esplicazione relativamente alla continuità assistenziale svolta all'interno della rete curante che insiste sul suo territorio e nell'intero sistema sanitario regionale.<sup>302</sup>

Gli obiettivi sanitari da perseguire, da parte di tutti gli Enti del Servizio sanitario regionale, sono quindi definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e sulla base delle attività programmatiche di rilievo per la sanità regionale. A tali azioni prioritarie si riconducono degli indicatori per effettuare il costante monitoraggio coerentemente con quanto stabilito dalle disposizioni del MEF, dal Ministero della Salute e dalla Regione stessa.<sup>303</sup>

Il costante equilibrio, o meglio il continuo tentativo di coniugare la razionalizzazione delle risorse e il contenimento della spesa, perseguendo la massima appropriatezza delle prestazioni, è in definitiva quello che la Regione

---

<sup>301</sup> Il quadro dell'assetto territoriale è completato da un lato dal livello politico: strutturato con la Conferenza dei Sindaci, di livello zonale, per la sanità e con il Comitato dei Sindaci, a livello di Ambito territoriale, per il sociale; dall'altro dal livello della partecipazione della cittadinanza: i tre "pilastri" del terzo settore, organismi del volontariato, la cooperazione sociale e l'associazionismo di promozione sociale, le altre formazioni sociali sindacati, fondazioni, e i cittadini in forma più o meno organizzata.

<sup>302</sup> Nella definizione e nell'articolazione dei percorsi e dei processi di presa in carico e continuità dell'assistenza la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria è essenziale per il modello sanitario marchigiano che ne ha fatto di questo una propria specificità.

<sup>303</sup> Il mancato rispetto degli adempimenti come previsto a livello centrale comporterebbe una decurtazione della quota di riparto del FSN fino al 3% dell'importo spettante alla Regione, con la conseguente minore disponibilità di risorse per l'intero sistema sanitario.

cerca costantemente di realizzare ottemperando ai vincoli imposti dalle normative nazionali e dagli Accordi Stato Regioni.<sup>304</sup>

La programmazione regionale, dove sono previsti gli obiettivi sanitari e socio-sanitari da soddisfare e la definizione delle linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, fissando un percorso attuativo per procedere alla sua implementazione nell'ambito delle diverse aree del territorio regionale, è prevista ed esplicitata nel "Piano socio-sanitario regionale 2012/2014, Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo".<sup>305</sup>

---

<sup>304</sup> Basti vedere l'intesa Governo Regioni rep. 113/CSR del 2/7/2015 che ha rideterminato in riduzione il livello di finanziamento SSN 2015, di cui al Patto per la Salute 2014-2016, dell'importo di 2.352 milioni di euro. Di conseguenza le risorse disponibili per il SSN per l'anno 2015 sono state pari a 109.715 miliardi di euro, in riduzione rispetto al finanziamento 2014 di 213 milioni di euro. Questo ha comportato che la Regione Marche con la DGR 346/2015 ha autorizzato la gestione provvisoria dei Bilanci dei suoi Enti del SSR per la realizzazione di investimenti mediante l'impiego di risorse correnti in conto esercizio a valere sul Fondo Sanitario Indistinto, secondo quanto previsto dall'art.29 del d.lgs.118/2011, per dare modo di avviare tempestivamente gli interventi e proseguire l'ampio e articolato progetto di rinnovamento tecnologico e strutturale della Sanità marchigiana che prevede il contenimento dei tempi di attesa, la riqualificazione delle rete ospedaliera, l'ammodernamento tecnologico, il completamento delle rete territoriale.

<sup>305</sup> Il Piano è stato adottato con la deliberazione n. 38 dell'Assemblea Legislativa nella seduta del 16 dicembre 2011, n. 63 e recepito DGR 1137/2012. Il Piano così individuato prevede: la razionalizzazione delle risorse economiche e finanziarie per garantire il mantenimento dell'equilibrio economico; la semplificazione ed il rafforzamento dell'assetto istituzionale, per favorire l'azione di governance a tutti i livelli; l'orientamento alla ricerca e all'innovazione; lo sviluppo dei sistemi di rete per la riqualificazione dell'offerta assistenziale attraverso l'integrazione e la diversificazione delle attività: l'innovazione tecnologica; la riqualificazione e

Il Piano socio-sanitario 2012/2014 non è stato seguito da un Piano successivo, come doveva essere, visto che l'annualità a cui faceva riferimento è oramai passata, e su questo si evidenzia il ritardo nella programmazione del Piano da parte della Regione.

Vi è comunque da rilevare che attualmente le linee programmatiche sanitarie e socio-sanitarie della Regione Marche sono individuate all'interno del Piano socio-sanitario regionale 2012/2014 che è rimasto in vigore, dalla DGR 1696/2012<sup>306</sup> e dalla DGR 551/2013<sup>307</sup> che la integra<sup>308</sup>

---

l'adeguamento strutturale, per consentire attraverso l'utilizzo di criteri progettuali innovativi e nuovi modelli organizzativi, una gestione più efficace del paziente; la valorizzazione delle professionalità.

<sup>306</sup> La DGR 1696 del 3/12/2012, *“Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini”*, prevede una serie di interventi per la razionalizzazione e per il recupero di efficienza nell'erogazione di servizi del sistema sanitario. Vengono date puntuali e stringenti indicazioni relativamente al contenimento della spesa del personale, al governo della spesa farmaceutica, alla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, alla riorganizzazione dei processi sanitari con particolare attenzione all'assistenza ospedaliera, alla revisione delle condizioni di partecipazione degli erogatori privati. Tale norma è in linea con le linee strategiche già adottate con la DGR 1137 del 23 luglio 2012 e la correlata DGR 1174 del 1 agosto 2012, mediante la quale si danno direttive vincolanti ai Direttori delle Aziende ed Enti del SSR al fine di realizzare disposizioni contenute nella DGR 1137/2012.

<sup>307</sup> DGR 551 del 17/04/2013, *“Articolo 12, lettera B) Patto per la Salute 2010-2012. Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del servizio Sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 1696/2012”*.

<sup>308</sup> Giova ricordare che già con le DGR 1537/2012 e DGR 1590/2012 erano state assegnate ai Direttori Generali del SSR le direttive vincolanti per l'attuazione del D.L. 95/2012, convertito in legge n. 135 del 7 Agosto 2012 c.d. Decreto sulla Spending Review Nazionale, avente ad oggetto le disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini. Tali atti deliberativi regionali hanno definito in dettaglio le azioni di intervento sui fattori produttivi e sui processi sanitari che consentono di garantire la sostenibilità economica alla luce delle norme

La Regione Marche, sempre proseguendo nell'applicazione del vigente Piano socio-sanitario regionale 2012-2014, con l'adozione della DGR 808 del 29/09/2015,<sup>309</sup> pone in essere specifiche azioni volte alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e al contempo impegna gli Enti del SSR ad implementare delle azioni, portando a regime ed attuando attività di monitoraggio dei processi attuativi.

Nello specifico la DGR 808/15 individua le azioni che gli Enti del SSR devono mettere in campo per garantire la presa in carico da parte dei Medici Specialisti Ospedalieri di pazienti affetti da patologie croniche, come pazienti cardiopatici, oncologici, diabetici, nefropatici e per quanto riguarda l'INRCA, dei pazienti cronici con patologie neurologiche.<sup>310</sup>

Il Piano sanitario regionale tiene conto anche delle norme nazionali inerenti il federalismo fiscale, legge 42/09, che per il comparto sanitario comporta la determinazione del costo e del fabbisogno standard quali indicatori di

---

restrittive nel frattempo intervenute. Si adegua il sistema sanitario regionale, fermo restando il sistema a rete, basato sull'integrazione tra strutture con differenziazione dell'assistenza in rapporto alla complessità organizzativa ed all'intensità di cura, che caratterizza il SSR.

<sup>309</sup> DGR 808/2015 Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa-PRGLA per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa-PNGLA per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016.

<sup>310</sup> La metodologia implementata dalla Regione vede l'ASUR attivare, in tutti gli stabilimenti ospedalieri nelle 5 Aree Vaste, i percorsi atti a garantire ai pazienti affetti da una malattia cronica la prescrizione e la prenotazione sia della visita specialistica successiva sia delle indagini previste, che si rendono necessarie per il controllo della malattia. In particolare per la branca dell'oncologia, la Regione rende disponibili appuntamenti riservati per le visite di controllo e per indagini diagnostiche in ogni Area Vasta.

comparazione e valutazione delle azioni dei diversi sistemi regionali anche per il finanziamento dei LEA.<sup>311</sup>

Dato che l'attenzione verso il recupero dell'efficienza non deve pregiudicare le prestazioni erogate, la Regione Marche ha continuato a definire le sue attività di programmazione ed organizzazione flessibile, anche e soprattutto tenendo conto delle indicazioni risultanti dal DM 70/2015<sup>312</sup> che ha recepito con la DGR 541/2015, stabilendo che l'adeguamento agli standard deve essere completato entro la fine del 2015.

Si è provveduto così ad una riorganizzazione del sistema sanitario regionale per far fronte ai limiti imposti dalla legge nazionale 135/2012 c.d. "Spending review".<sup>313</sup> In tale contesto la regione Marche ha delineato un percorso coerente con la quale integrare la programmazione regionale che ha avuto il suo percorso logico con le DGR 528/2012, DGR 1137/2012 e DGR 1174/2012, con le quali ha raggiunto i risultati auspicati a livello centrale. Nel percorso di allineamento alle direttive nazionali le DGR citate hanno costituito un momento di consolidamento degli importanti risultati conseguiti dalla sanità marchigiana, sia in termini di efficienza nell'uso delle risorse che di efficacia nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni

---

<sup>311</sup> Con l'introduzione del federalismo fiscale che comporta l'adozione di costi e fabbisogni standard ai fini del riparto del FSN, la Regione Marche ha impostato le modalità di valutazione economica delle attività di settore secondo logiche efficientistiche e di rispetto dei vincoli di finanza pubblica, che prevede l'applicazione a tutte le realtà regionali dei valori di costo rilevati tra le realtà di riferimento.

<sup>312</sup> Il DM 70/2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Tale decreto ha revisionato e decretato il cosiddetto "Regolamento Balduzzi".

<sup>313</sup> La legge 135/2012 ha introdotto nuovi parametri per la determinazione dei posti letto, indicando anche la modalità con la quale devono essere raggiunti tali valori. Il tasso di posti letto passa così da 4 per mille come previsto all'art. 4 del Nuovo Patto per la Salute 2010-2012 al 3,7 per mille abitanti.

La Regione Marche ha proceduto con la DGR 735 del 20 maggio 2013 alla riduzione della frammentazione della rete ospedaliera e alla riorganizzazione della rete territoriale della emergenza urgenza in attuazione della DGR 1696/2012 che proseguiva quando già delineato dal Piano di sviluppo 2012/2014. Con tale delibera la Regione Marche ha approvato la Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera<sup>314</sup> ed ha scelto di ridurre di 790 unità, il numero di posti letto per acuti della regione, trasformando 13 strutture ospedaliere in Case della Salute, portando l'ASUR Marche, dal 1 gennaio 2016, ad attuare le misure di "riorganizzazione" dei servizi ospedalieri e dei servizi di emergenza-urgenza.<sup>315</sup>

---

<sup>314</sup> La Regione Marche ha quindi costruito, mediante la riduzione della frammentazione della rete ospedaliera, una articolazione strutturata del sistema, individuando l'area dell'alta specialità concentrata quasi esclusivamente nell'Azienda ospedaliera di Torrette e per alcune peculiarità nelle sedi dell'INRCA e di Marche Nord. Per l'area che viene definita il 'core' dell'attività ospedaliera caratterizzata dalla media complessità e diffusa sul territorio, negli ospedali che costituiscono il network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, integrata a livello locale e regionale. Il network territoriale socio-sanitario per le post acuzie, sub acuzie e fragilità, viene assicurata nelle piccole strutture integrate in una rete che fa capo all'INRCA. La delimitazione di questo modello di offerta ha imposto quindi un'analisi dei territori non più basata su confini istituzionali o amministrativi, ma su aree geografiche omogenee per motivi orografici e o socio economici. L'identificazione di questi cluster ha condotto all'individuazione di reti omogenee. Una rete omogenea è quella di Marche Nord, costituita dall'Azienda ospedaliera di Marche Nord e l'Ospedale di Urbino. Un'altra rete omogenea è quella dell'area metropolitana, caratterizzata dallo spostamento delle prestazioni di media complessità dall'Azienda ospedaliero-universitaria, alla quale sono richieste prestazioni di alta specialità, la rete omogenea INRCA Osimo, la rete omogenea del polo tecnologico che collega le strutture di Fabriano Camerino e San Severino, la rete del Centro Marche incentrata sugli ospedali di Macerata, Fermo e Civitanova, la rete Marche sud che integra gli ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto.

<sup>315</sup> L'ASUR Marche ha attuato le misure di "riorganizzazione" dei servizi ospedalieri e dei servizi di emergenza-urgenza, in applicazione dei seguenti provvedimenti: Determina D.G. ASUR 914 del 24/12/2015 - Attuazione DGR 735/2013 e s.m.i.- DGR 541/2015. Attivazione Ospedale di Comunità; Determina D.G. ASUR 915 del 24/12/2015 - Attuazione DGR 735/2013 e s.m.i. - DGR 541/2015. Attivazione Rete Emergenza-Urgenza; Determina D.G. ASUR 916 del 24/12/2015 - Attuazione DGR

Al contempo la Regione ha proseguito il percorso per la riorganizzazione territoriale del sistema di allarme sanitario adottando la DGR 1200 del 2 agosto 2013<sup>316</sup> completando così il quadro già delineato dalla DGR 735/13<sup>317</sup>.

---

1345/2013; DGR 1219/2014; DGR 665/2015; DGR 666/2015; DGR 541/2015; Reti cliniche: attivazione.

<sup>316</sup> La DGR 1200 del 02/08/2013, "Art. 3 L.R. n. 20/2001, artt. 5, 2° comma, 1° periodo e 6, comma 3, L.R. 36/1998, art. 6, comma 2, L.R. 13/2003 – Disposizioni per la riorganizzazione territoriale del sistema di allarme sanitario". A decorrere dall'entrata in vigore della L.R. 17/2013 le centrali operative sono unità operative complesse dell'organizzazione dipartimentale dell'ASUR. La funzionalità del sistema di riorganizzazione della rete territoriale di soccorso è assicurata essenzialmente dall'istituzione di un modello organizzativo unitario su tutto il territorio regionale, facente capo all'ASUR, nonché dalla definizione di procedure omogenee tra le diverse Centrali operative territoriali 118. Per la realizzazione degli obiettivi fondamentali della riorganizzazione della rete territoriale di soccorso, funzionalmente e strategicamente collegata al processo di riconversione dei piccoli ospedali in case salute avviato con la DGR 735/13, vengono dettate precise disposizioni di avvio finalizzate ad assicurare in capo all'ASUR la direzione e la gestione effettiva della quattro Centrali operative territoriali.

<sup>317</sup> Per quanto attiene al trasporto sanitario la delibera 735 del 20/05/2013, "*Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012*", prevede la riclassificazione dei mezzi di soccorso nelle seguenti tre tipologie: MSA mezzo di soccorso avanzato, il cui equipaggio è costituito dal medico dell'emergenza territoriale, infermiere ed autista soccorritore, tale mezzo può operare come ambulanza medicalizzata o come automedica; MSI mezzo di soccorso infermieristico, il cui equipaggio è costituito da infermiere ed autista soccorritore; MSB mezzo di soccorso di base, il cui equipaggio è costituito da Soccorritore ed autista soccorritore adeguatamente formato. Il personale medico del 118 diviene più strategico, in particolare presso le nuove case della salute, ove si richiede una flessibilità di utilizzo, dovendo il medico del 118 garantire il supporto all'assistenza dei pazienti ricoverati, ove presenti e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per patologie minori nella fascia diurna, durante lo stand by. Con la DGR 735/2013 la regione Marche si pone l'obiettivo dell'adozione di un modello uniforme su scala regionale che superi l'attuale configurazione ancora troppo legata alla diffusione di "POTES medicalizzate" a favore di un maggior utilizzo di automediche in posizione di hub rispetto ai territori, con MSI (mezzi infermieristici) e MSB (mezzi di base) in funzione di spoke. Ciò presuppone, oltre al potenziamento numerico dei MSI, una valorizzazione degli equipaggi infermieristici, cui vanno affidate responsabilità, secondo protocolli condivisi. A tal fine l'Asur si impegna a riconoscere i protocolli

### 3.3.1 Prospettive future

Dopo aver analizzato la governance del Sistema sanitario della regione Marche e dopo averne esaminato alcune delle principali peculiarità del suo assetto, si cerca ora di delineare quelle che possono essere le prospettive di medio-lungo periodo della Sanità nelle Marche.

Una modalità per comprendere il tipo di evoluzione che le istituzioni sanitarie marchigiane si troveranno a dover affrontare nei prossimi anni è, probabilmente, quello di interpellare in modo diretto chi all'interno di quelle istituzioni, sia politiche che amministrative, opera quotidianamente.

Per questo motivo, collocata nell'appendice, nella parte conclusiva di questo elaborato, si è previsto di entrare in contatto con alcune tra le figure di riferimento del settore sanitario nelle Marche sottoponendo loro un breve questionario, in forma scritta, in cui sono state poste delle domande ritenute coerenti con il tema e le finalità di questa trattazione.

In questo lavoro si è cercato di evidenziare gli elementi che caratterizzano il sistema sanitario della regione Marche, per poi valutare quali risultati, abbiano prodotto le interrelazioni tra i diversi fattori che entrano in gioco nell'implementazione e nella concreta realizzazione delle politiche sanitarie a livello regionale.

La Regione Marche è stata chiamata a recepire, così come le altre Regioni, le novità normative e organizzative introdotte dal combinato disposto delle Riforme organiche degli anni '90, la riforma costituzionale del 2001, ed in particolare il DM 70/2015.

#### *Il processo di adeguamento al DM 70/2015*

Il processo di adeguamento dell'organizzazione del sistema sanitario della regione Marche agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015, recepito con la DGR n. 159/2016, vede fornire impulso e specifiche indicazioni a tale processo, in particolare per ciò che attiene la dotazione totale dei posti letto e la verifica della coerenza delle reti

---

infermieristici salvavita (PIST), che gli equipaggi dei MSI sono autorizzati ad effettuare negli interventi di emergenza sul territorio.

ospedaliera con le soglie minime di volumi di attività e di rischio di esito, come previsto dall'art. 1, comma 541, della legge n. 208/2015.

Sono stati previsti provvedimenti di attuazione del DM 70/2015 concernenti la riduzione dei posti letto e l'articolazione della rete ospedaliera, portando il Sistema sanitario della regione ad un progressivo allineamento con le indicazioni ministeriali con particolare riferimento alla razionalizzazione dei posti letto, attraverso la ridefinizione del modello infrastrutturale della rete ospedaliera regionale secondo una logica "Hub & Spoke".

L'individuazione dei Presidi Unici di Area Vasta (AV) al servizio di più distretti e l'attribuzione di nuove codifiche delle strutture ospedaliere, in coerenza con gli obblighi ministeriali, sono stati recepiti con apposite Delibere di Giunta regionale<sup>318</sup>.

Per quanto attiene alla riduzione della frammentazione ospedaliera, invece, questa è stata prevista mediante la riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Ospedali di Comunità, con la riorganizzazione del sistema dell'emergenza urgenza e la riduzione delle strutture complesse e semplici.<sup>319</sup>

Con riferimento alla verifica e all'adeguamento delle reti cliniche regionali delle strutture di degenza e dei servizi agli standard ministeriali il percorso è stato disegnato a partire dall'anno 2013.<sup>320</sup>

Per quanto attiene alla riorganizzazione dell'offerta ospedaliera delle strutture private accreditate, sia con azioni di aggregazione in rete d'impresa delle stesse, sia con la riconversione in strutture residenziali e di post acuzi, con le Case di Cura con numero di posti letto per acuti inferiori a 40, ai sensi del DM n. 70/2015, il processo di riforma è stato delineato fin dal 2015<sup>321</sup>.

---

<sup>318</sup> DGR n. 1537/2012, n. 1590/2012, n. 1696/2012, n. 478/2013, n. 276/2014, n. 185/2017

<sup>319</sup> DGR n. 735/2013, n. 1476/2013, n. 920/2013, n. 551/2013, n. 139/2016.

<sup>320</sup> DGR n. 1345/2013, n. 1219/2014, n. 159/2016.

<sup>321</sup> DGR n. 559/2015, n. 1071/2016.

La predisposizione di PDTA per il governo delle reti (trauma, ictus, oncologia) per la garanzia dell'efficacia ed efficienza della presa in carico multidisciplinare ha invece visto delinearsi un percorso che ha preso avvio dall'anno 2016.<sup>322</sup>

Con riferimento alla classificazione delle strutture ospedaliere al termine del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, tenuto conto delle caratteristiche oro-geografiche del territorio regionale e del preesistente assetto strutturale, sono stati riclassificati cinque Presidi Unici di Area Vasta e due Aziende Ospedaliere, oltre al Polo Ospedaliero INRCA-IRCCS ad orientamento geriatrico. Al contempo è stato concluso il percorso di riconversione di 13 piccoli stabilimenti ospedalieri in Ospedali di Comunità rendendo disponibili, sul territorio regionale, posti letto di Cure Intermedie.<sup>323</sup>

### Le reti Cliniche

L'iter di riorganizzazione delle reti cliniche regionali, iniziato prima dell'emanazione del DM 70/2015, ha preso come riferimento gli standard dell'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (Age.Na.S.) e quelli contenuti nel cosiddetto "Regolamento Balduzzi", affiancati ai risultati dell'analisi dei volumi/esiti contenuti nel PNE 2011.

Successivamente con la DGR n. 159/2016, gli Enti sono stati chiamati a dare pieno rispetto alle indicazioni previste in coerenza con il DM 70/2015.

#### *a) Dimensionamento coerente delle reti cliniche per disciplina*

Dalla ricognizione eseguita a livello regionale, dai dati forniti dal Servizio Sanità della Regione Marche, emerge che le seguenti reti per disciplina/specialità clinica risultano coerenti, al 31/12/2016, con le disposizioni contenute nel DM 70/2015 in termini di bacino di utenza: Cardiocirurgia; Chirurgia maxillo-facciale; Chirurgia pediatrica; Chirurgia plastica; Chirurgia toracica; Chirurgia vascolare; Ematologia; Fisiopatologia della riproduzione umana; Medicina Nucleare; Neurochirurgia; Neurochirurgia

---

<sup>322</sup> DGR n. 459/2016, n. 987/2016, n. 988/2016, n. 14/2017.

<sup>323</sup> DGR n. 960/2014, n. 139/2016, n. 746/2016.

pediatrica; Neurologia; Onco-ematologia pediatrica, Reumatologia; Terapia del dolore; Terapia intensiva neonatale; Neuroriabilitazione; Anatomia e istologia patologica; Immunologia e centro trapianti; Neuroradiologia; Fisica sanitaria; Microbiologia e virologia; Medicina del lavoro; Farmacia ospedaliera; Laboratorio analisi; Direzione sanitaria di presidio; Dietetica e dietologia; Servizio trasfusionale; Terapia del dolore; Lungodegenza; Radiologia; Radioterapia oncologica.

*b) Dimensionamento non coerente delle reti cliniche per disciplina*

Sempre facendo riferimento alla ricognizione effettuata dal Servizio Sanità della Regione Marche sono state identificate le reti per disciplina che ad oggi non risultano coerenti con il DM 70/2015 e che sono attualmente oggetto di revisione.

Di seguito il cronoprogramma previsto dal Servizio Sanità per l'allineamento alle indicazioni ministeriali, come concordato con gli Enti del SSR:

Reti per disciplina	Entro il 31/12/2017	Entro il 31/12/2018	Note
Emodinamica		X	
Nefrologia abilitato al trapianto rene		X	
Oculistica		X	
Odontostomatologia		X	
Ortopedia e traumatologia		X	
Otorinolaringoiatria		X	
Allergologia		X	
Geriatrics		X	
Medicina generale		X	
Psichiatria		X	
Urologia		X	
Cardiologia / UTIC		X	
Chirurgia Generale	X		Richiesta deroga per esclusione <i>Breast Unit</i> <sup>324</sup>
Dermatologia		X	
Gastroenterologia		X	
Malattie endocrine, nutrizione e ricambio		X	
Malattie infettive e tropicali		X	
Nefrologia / Emodialisi	X		Iter modifica L.R. n. 33/1989 entro il 2017
Neonatalogia		X	
Neuropsichiatria infantile		X	
Oncologia		X	
Ostetricia e ginecologia		X	
Pediatria		X	
Pneumologia		X	

*Dimensionamento delle reti cliniche per disciplina, gli accordi interregionali*

Insistono nel territorio regionale reti cliniche il cui il bacino minimo per il dimensionamento della rete è superiore alla popolazione marchigiana, come: Nefrologia pediatrica (struttura presente nel SSR); Tossicologia (struttura presente nel SSR); Cardiochirurgia infantile (struttura presente nel SSR); Grandi ustionati

---

<sup>324</sup> Rete senologica, la rete delle *breast unit*, non indicata nel DM 70/2015 ma prevista dall'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014 e formalizzata con normativa regionale *DGR 459/2016*, possiede specifiche peculiarità per la presa in carico della paziente con carcinoma mammario e pertanto rappresenta una rete indipendente rispetto a quella delle chirurgie generali.

(struttura non presente nel SSR); Urologia pediatrica (struttura non presente nel SSR); Genetica medica (struttura non presente nel SSR).

A tale proposito la Regione Marche, allo scopo di dar corso a quanto previsto nel DM 70/2015, ha avviato azioni per la sottoscrizione di nuovi Accordi di Confine<sup>325</sup>.

*c) Dimensionamento delle reti cliniche per disciplina con bacino di utenza non indicato*

La mancanza di specifici riferimenti circa i bacini di utenza non consente la valutazione della coerenza col DM 70/2015 delle seguenti reti presenti nel territorio regionale: Farmacologica clinica; Day Hospital; Angiologia; Medicina sportiva; Medicina legale; Unità spinale; Medicina termale; Recupero e riabilitazione funzionale; Pensionati; Detenuti; Day Surgery.

### Rete emergenza-urgenza

I recenti avvenimenti sismici, che hanno colpito la regione Marche, hanno messo a dura prova le risposte sanitarie ai bisogni emergenti della popolazione, sia nelle città direttamente coinvolte sia in quelle che hanno accolto i cittadini evacuati, rendendo

---

<sup>325</sup> Da alcuni anni le Regioni si stanno impegnando a darsi strumenti per il governo della mobilità sanitaria interregionale, tra cui accordi specifici di fornitura tra Regioni confinanti (accordi di confine). I principali riferimenti normativi ed istituzionali su cui si basano tali accordi sono i seguenti: il D. Lgs. 502/1992 art. 8 sexies, comma 8, che prevede *“Il Ministro della Sanità d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell’assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell’ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l’autosufficienza di ciascuna regione, nonché l’impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale”*; l’Accordo Stato – Regioni del 22.11.2001 sui *“Livelli essenziali di assistenza sanitaria”* al punto 10 stabilisce che: *“Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all’interno dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l’addebitamento delle stesse in mobilità sanitaria deve avvenire sulla base di: un accordo quadro interregionale che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità; eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate”*.

difficile attuare una completa riorganizzazione, in particolare relativamente a quelle reti direttamente connesse all'erogazione di prestazioni in condizioni di emergenza-urgenza quali la Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e la Terapia intensiva.

La riconversione di 13 piccole strutture ospedaliere, dotate di Punti di Primo Intervento (PPI), in Ospedali di Comunità, con DGR n. 139/2016, ha imposto, per non creare drammatiche carenze nella risposta ai bisogni nell'ambito dell'emergenza-urgenza, una dotazione di mezzi di soccorso superiore a quanto disposto con DM 70/2015, da rivedere eventualmente sulla base dei volumi di attività e nel rispetto degli ulteriori standard indicati in sede di Conferenza Stato-Regioni.

La necessità di soddisfare i bisogni emergenti, in seguito agli eventi sismici occorsi nel territorio marchigiano, ha richiesto il temporaneo mantenimento di alcuni dei PPI territoriali, afferenti agli istituendi Ospedali di Comunità, in particolare di quelli che insistono nelle aree sismiche e/o che registrano un numero di accessi superiore alle 6.000 unità annue.

Analoghe difficoltà, per lo scenario che si è verificato a seguito dei succitati eventi, sono state esperite per la riclassificazione delle strutture ospedaliere in 3 livelli gerarchici di complessità, come da DM 70/2015, fermo restando la presenza, sul territorio regionale, di un unico Presidio Ospedaliero con DEA di II livello.

Sempre per i gravi motivi suesposti, la Regione Marche ha ritenuto opportuno, in via temporanea, mantenere attive le 4 Centrali Operative 118 esistenti sul territorio regionale, in numero superiore a quanto definito nel DM 70/2015. Le stesse coordinano l'attività di trasporto urgente di sangue e le operazioni di trasporto connesse all'attività relativa ai trapianti e ai prelievi di organi, i trasporti sanitari ordinari e la continuità assistenziale oltre a partecipare attivamente alle attività di trasferimento/ricollocazione delle persone che sono state coinvolte nel sisma. In ogni

caso, la regione Marche, nell'ambito delle attività programmatiche, ha dato avvio ad una analisi la fattibilità di una riduzione numerica delle Centrali Operative<sup>326</sup>.

### Reti cliniche a specifica vocazione

La presenza di reti cliniche che insistono in strutture ospedaliere con specifica vocazione, ad esempio pediatrica o geriatrica, richiede la necessità di considerare alcune discipline, non previste nel DM 70/2015, attive in Poli Ospedalieri di riferimento, in maniera indipendente dalle reti per acuti.

Il Polo Ospedaliero "Salesi" dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona a vocazione pediatrica rappresenta da anni un polo di attrazione regionale ed extraregionale per il quale sono state messe in campo risorse organizzative e strutturali finalizzate a garantire ed ampliare l'eccellenza raggiunta nell'ambito di specifiche discipline, come quelle di otorinolaringoiatria pediatrica e ortopedia pediatrica.

Infatti, la caratterizzazione in ambito pediatrico va considerata in maniera indipendente rispetto alle reti assistenziali dell'adulto, valorizzandone la specificità come reti dedicate all'infanzia, in sinergia a quelle già comprese nel DM 70/2015, come ad esempio la neurochirurgia pediatrica, nefrologia pediatrica, cardiocirurgia infantile, urologia pediatrica, onco-ematologia pediatrica e terapia intensiva neonatale.

Il Polo Ospedaliero "INRCA- IRCCS", Istituto di Ricovero e cura dell'anziano e sede di IRCCS, rappresenta una peculiarità insita nel territorio regionale marchigiano con una vocazione di rete per gli anziani in ambito sovraregionale. Attualmente in fase di realizzazione, con investimenti dedicati, anche attraverso il progetto di integrazione con e il Polo Ospedaliero di Osimo, è finalizzato alla creazione di una nuova struttura ospedaliera che sia in grado di offrire un panel di specialità precipuamente orientate al paziente geriatrico come il pronto soccorso geriatrico e l'urologia geriatrica.

---

<sup>326</sup> Si sta provvedendo a sviluppare idonee azioni per garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini colpiti dai tragici eventi, sulla base della ricognizione delle strutture ancora agibili e delle modifiche dei bacini di utenza peraltro in continua evoluzione

### 3.3.2 Criticità

In questo quadro di azioni, in risposta a direttive nazionali, la regione Marche si è mossa scegliendo processi di razionalizzazione e semplificazione, questo da un lato l'ha condotta all'interno delle regioni virtuose, dall'altro però le sue scelte non sono state esenti da critiche. Ad esempio, per quanto attiene alla riorganizzazione del sistema sanitario così come delineato dalle recenti delibere, in quanto vi è stato chi ha sollevato delle perplessità relativamente alla possibilità che si possa recare un grave pregiudizio per l'incolumità e per la salute dei cittadini a causa di tale processo organizzativo.<sup>327</sup>

Un altro fattore di criticità per la Regione Marche è il tema della gestione diretta nella rete domiciliare e residenziale del servizio socio-sanitario che vede un intervento di committenza verso le reti cliniche ospedaliere, i cui dipartimenti dovranno, in ragione appunto della progressiva cronicizzazione dei pazienti, assumere un ruolo specifico con il territorio, al fine della garanzia di una corretta presa in carico e di un'ottimizzazione della continuità dell'assistenza.

Per perseguire una corretta integrazione nella presa in carico e continuità dell'assistenza è necessario superare, da un lato gli ostacoli interni all'organizzazione e, dall'altro, una consolidata autoreferenzialità dei gruppi professionali che tendono a riconoscersi nella loro identità professionale più che nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali.

È necessario, quindi, ritornare a modalità partecipate di programmazione strategica ove la funzione di direzione definisca linee entro cui la pianificazione

---

<sup>327</sup> Le difficoltà, ad esempio, vengono rilevate nei confronti di chi si dovesse trovare a ricevere assistenza in orario notturno in quanto le strutture potrebbero rimanere non adeguatamente presidiate in tale orario, in violazione anche delle misure prescritte dell'Art. 8 bis, comma 5 della L.R. Marche 36/1998

venga portata a termine con la piena collaborazione e condivisione degli operatori che devono condividere e conoscere le strategie e gli obiettivi a questi sottesi, attraverso una lettura non solo economicistica ma anche prestazionale del setting assistenziale.

Va, quindi, valorizzato il ruolo del Direttore di Distretto, che a prescindere dall'organizzazione della struttura diretta, diviene il garante dell'intervento territoriale, delle sinergie operative e della validità dei percorsi e a cui va riconosciuto comunque il coordinamento funzionale della struttura, ancorché aggregata in diverse Unità operative anche complesse. La valorizzazione economica dei percorsi consolidati, la loro comparazione e la loro reingegnerizzazione, promuoverà l'adozione delle migliori pratiche e determinerà un trend verso cui assestare la produzione in una proiezione che coniughi qualità ed efficienza.

Per quanto attiene alle criticità che permangono nel sistema sanitario regionale si rilevano utili, in materia di controlli sulla gestione del Servizio sanitario regionale, le segnalazioni della Corte dei Conti effettuate con la deliberazione n. 77/2016/FRG<sup>328</sup>

In particolare la Corte dei Conti segnala il permanere di gravi problematiche relative alla incompleta regolamentazione della disciplina sugli agenti contabili delle aziende sanitarie<sup>329</sup>, la mancata previsione della copertura dei costi della intramoenia, con riferimento all'indennità di esclusività medica per la quota parte riconducibile all'attività stessa.

---

<sup>328</sup> Deliberazione n. 77/2016/FRG nell'adunanza del 25 marzo 2016 reperibile [http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/marche/2016/delibera\\_77\\_2016\\_frg.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/marche/2016/delibera_77_2016_frg.pdf)

<sup>329</sup> In particolare la Corte dei Conti rileva ritardi al rispetto di quanto previsto dall'art. 1, comma 4, l. n. 120/2007

Richiama l'attenzione della Regione Marche sulla problematica dell'INRCA, relativamente all'opportunità di implementare un sistema di coordinamento e controllo di tutti i presidi territoriali dell'INRCA, vista la complessa articolazione territoriale dell'istituto, provvedendo all'approvazione del bilancio nel suo complesso, essendo ancora oggi limitata al solo sezionale.

Riguardo al rispetto dei limiti di spesa di personale a tempo determinato<sup>330</sup> raccomanda un'attenta attività di vigilanza affinché l'utilizzo di unità di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibile avvenga nella misura strettamente necessaria ad assicurare le attività di emergenza e urgenza o il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

E' indubbio del resto che il quadro del bilancio regionale si è trasformato e non solo per le norme introdotte dai decreti nazionali come evidenziato. Prioritario sembra rilevare che le trasformazioni introdotte nel sistema sanitario regionale oltre a ridimensionare il disavanzo hanno inciso sull'offerta delle prestazioni da parte dello stesso.

Una delle criticità alle quali sta cercando di rispondere la Regione è in riferimento al sistema informativo organizzato ed integrato a livello regionale, al fine di monitorare costantemente e puntualmente l'andamento del sistema sanitario regionale tenendo sotto controllo le variabili economiche correlate agli adeguati livelli di attività (SIA). E' per questo che nel 2013 la Regione Marche ha indetto una procedura aperta per la costituzione del Sistema Informativo Sanitario e Socio-Sanitario il cui obiettivo è quello di implementare un'infrastruttura tecnologica e applicativa a sostegno di un servizio sanitario regionale unico<sup>331</sup>.

---

<sup>330</sup> Art. 9, comma 28, d.l. n. 78/2010 e l'art. 27, l.r. n. 33/2014.

<sup>331</sup> Tra gli obiettivi principali del sistema informativo vi è quello di favorire uno sviluppo equilibrato e territorialmente omogeneo, in grado di garantire ai cittadini e al servizio sanitario le ampie possibilità di accesso che un'economia digitale offre. La prima sperimentazione a livello territoriale ha visto la costituzione di un progetto per implementare l'infrastruttura dei sistemi applicativi necessari

Si tratta di integrare e realizzare la continuità della cura fornendo ai diversi professionisti socio-sanitari una visione unitaria e integrata del quadro e della storia clinica del paziente<sup>332</sup>.

Soprattutto per affrontare la problematica relativa all'inappropriatezza di ricoveri e di accertamenti diagnostici, la Regione Marche prevede i PDTA, ossia percorsi

---

a realizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico dei cittadini residenti, con particolare attenzione al rispetto dei requisiti di interoperabilità previsti a livello nazionale. Il Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE si cala nella realtà regionale quale punto di contatto e di integrazione tra gli attori coinvolti nella presa in carico e cura dello stato di salute del paziente ed ha come obiettivi principali: offrire al paziente la possibilità di consultare i propri documenti attraverso il "portale del cittadino"; recepire l'attività dei medici di medicina generale (MMG e PLS), con l'acquisizione delle prescrizioni elettroniche e del "patient summary"; gestire la pubblicazione della documentazione clinica prodotta in sede ospedaliera e dipartimentale, principalmente referti di laboratorio analisi e referti di radiologia, ma anche referti di prestazioni specialistiche, nonché verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione e altra documentazione prevista dalla normativa sul FSE. A tale proposito è stato progettato il Sistema Informativo Rete del Territorio (SIRTE) che include: cartella clinica, cartella web dei medici di medicina generale, servizi territoriali, ad esempio l'ADI, l'RSA, i consultori, il sistema dei trasporti programmati, i PDTI Percorsi Diagnostico Terapeutici Integrati. Il disegno finale della Regione prevede l'integrazione tra il SIRTE, le diverse cartelle specialistiche distribuite sul territorio ed il Fascicolo Sanitario Elettronico).

<sup>332</sup> Il primo rilascio dell'intera infrastruttura ha consentito la sperimentazione dei servizi di memorizzazione e consultazione dei referti di laboratorio in un'area vasta della Regione Marche. Con i rilasci successivi la sperimentazione sarà estesa a tutto il territorio regionale e ad altre tipologie di referti e documenti clinici. La Regione prevede che il progetto del Fascicolo Sanitario Elettronico potrebbe andare potenzialmente a servire un bacino di utenza di 1,5 milioni di assistiti, 1.500 medici di base/pediatri e 2.000 medici specialisti della continuità assistenziale dell'ASUR. Inoltre, il progetto affiancherà gli operatori del settore socio-sanitario nell'erogazione delle prestazioni contribuendo all'informatizzazione di una quota di tale comparto. Per l'anno 2015 la Regione si è posta l'obiettivo di avviare il Fascicolo Sanitario Elettronico con la registrazione di almeno 100 consensi e l'archiviazione di almeno 100 referti di laboratorio. Per l'anno 2016, il Fascicolo Sanitario Elettronico sarà progressivamente evoluto ed integrato con gli ulteriori sistemi di laboratorio, con i sistemi di radiologia, con i sistemi di cartella dei MMG per arrivare a gestire, a fine progetto, l'intera operatività aziendale e della medicina convenzionata, stimata annualmente in: 2.000.000 prescrizioni, 2,5 milioni di referti di laboratori, 2 milioni di referti di radiologia.

diagnostici, terapeutici e assistenziali condivisi da medici e professionisti sanitari e reti cliniche, intesi come metà ospedali e metà Asl, dove i medici, gli infermieri e i servizi prendono in carico il malato al di là dei confini dell'azienda sanitaria o ospedaliera dove materialmente è in cura o ricoverato<sup>333</sup>.

Le liste di attesa rimangono una criticità per il sistema sanitario regionale. E' evidente che il modello adottato dalla Regione sulle liste di attesa è ancora un percorso in via di definizione, si presentano ancora situazioni di disomogeneità applicativa, ad esempio nei casi presi in carico prima della messa a regime della DGR 808/15 oppure perché i casi non rientrano nelle specialistiche previste sempre dalla stessa DGR.

Infine, la spesa farmaceutica rimane uno degli aspetti di criticità del sistema regionale sia perché rappresenta una delle voci di costo più ingenti del budget sanitario sia perché le misure finora messe in campo non hanno condotto a risultati positivi, o almeno tali da soddisfare le aspettative<sup>334</sup>.

Con la DGR n.974/2014 la Regione ha cercato di razionalizzare la spesa farmaceutica, sia per rispettare i vincoli della normativa nazionale<sup>335</sup>, sia per

---

<sup>333</sup> Recentemente la Regione ha previsto il PDTA per le Demenze con la DGR 107 del 23/02/2015, ed ha previsto il PDTA per la patologia del Diabete con la legge regionale n. 9 del 4 marzo 2015. Questo strumento di governo clinico viene quindi introdotto al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e la sostenibilità del sistema.

<sup>334</sup> Nella regione la spesa farmaceutica nell'anno 2015 è aumentata rispetto al 2014 del 7,35%, non riuscendo a rispettare i tetti di spesa previsti dall'adempimento dei LEA, rischiando una penalizzazione

<sup>335</sup> L'attuale sistema di governo della spesa farmaceutica sostanzialmente è fondato sulla legge 405/2001 Tale norma prevede la cosiddetta distribuzione diretta e distribuzione per conto delle *categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente* nonché il rimborso dei medicinali "copia" da parte del SSN, fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente farmaco disponibile nel normale ciclo distributivo. La legge 222/2007 s.m.i Tale norma stabilisce i tetti di spesa a livello nazionale per l'assistenza farmaceutica e dispone altresì l'attribuzione da parte

fronteggiare i costi crescenti relativi all'invecchiamento della popolazione, all'innalzamento dell'età e della qualità della vita e all'immissione di farmaci innovativi sul mercato<sup>336</sup>.

Le prospettive che si delineano per fronteggiare tale problematica, ad oggi di non facile soluzione, sono rivolte a migliorare il rapporto con e tra le istituzioni e ad incrementare la distribuzione diretta del farmaco post-ricovero e post-visita specialistica.

### Risultati

In questo specifico approfondimento, relativo alla sanità nella regione Marche, si è cercato di evidenziare gli elementi che caratterizzano oggi il sistema sanitario regionale marchigiano partendo da lontano e cioè dalla sua prima implementazione, per poi valutare quali risultati abbiano prodotto le interrelazioni tra i diversi fattori che sono entrati, ed entrano in gioco, nella concreta realizzazione delle politiche sanitarie a livello regionale, come le istituzioni politiche e le strutture sanitarie, pubbliche e private.

La Regione Marche chiamata a recepire, così come le altre regioni, le novità normative nazionali e organizzative, dal punto di vista della governance sanitaria, ha sviluppato un modello di centralità delle ASL, un sistema istituzionale in cui le Aziende sanitarie locali, che progressivamente sono state ridotte, svolgono sia la funzione di erogazione diretta delle prestazioni sanitarie, attraverso l'attività dei Presidi Ospedalieri che operano sotto il controllo delle stesse, e di committente

---

dell'AIFA, a ciascuna Azienda titolare di autorizzazioni all'immissione in commercio di un *budget* annuale. La legge 135/2012 la quale, fra l'altro, definisce che il superamento del tetto della farmaceutica ospedaliera, così come definito dalla legge 222/2007 e s.m.i è posto, per il 50 % a carico delle aziende farmaceutiche

<sup>336</sup> L'art.1 comma 174 della legge 311/2004, fissa rigide regole da rispettare volte al perseguimento dell'equilibrio di bilancio da parte del sistema sanitario regionale, sulla base del monitoraggio trimestrale.

acquirente di prestazioni a tariffa da produttori di servizi sanitari quali le Aziende ospedaliere o le strutture private accreditate.

Tra le scelte strategiche che più rilevano nell'ambito dell'assistenza sanitaria vi rientra il rapporto tra il settore pubblico e il settore privato nella fase di erogazione dei servizi sanitari.

La Regione Marche ha sviluppato un modello a prevalenza pubblica anche se riserva uno spazio importante all'attività degli operatori accreditati. Tuttavia, il modello marchigiano è da considerare come un sistema integrato che riconosce un ruolo decisivo agli attori privati, in particolare riservandogli importanti funzioni operative da ritenere complementari, e non in concorrenza, rispetto all'azione della sfera pubblica, in particolare nell'alveo dell'assistenza residenziale territoriale.

E' importante rilevare la necessità di rivedere le politiche sanitarie regionali, soprattutto per affrontare alcune possibili problematiche future inerenti all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche, le quali potrebbero, ad esempio, dover richiedere un maggiore organico personale e/o lo sviluppo di nuove competenze professionali. La valutazione della performance del Servizio sanitario marchigiano mostra dei risultati complessivamente buoni anche in una prospettiva di comparazione regionale.

Il sistema sanitario della regione Marche rientra, tra quelli che il Ministero della Salute qualifica come "adempienti" nell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza, rappresentando una delle finalità di ogni Servizio sanitario regionale.

La programmazione sanitaria degli ultimi anni si è focalizzata soprattutto sullo sviluppo dell'integrazione sanitaria regionale, che si concretizza attraverso una maggiore integrazione tra le cure territoriali e le cure in ambito ospedaliero e un incremento della continuità assistenziale. Infatti, tra il 2006 e il 2015 sono state emanate numerose Direttive da parte della Regione con la finalità di promuovere la costruzione di modelli organizzativi sovraziendali per la gestione di servizi integrati di livello Provinciale e di Area Vasta.

Il processo di integrazione sanitaria ha presentato aspetti positivi avviando un graduale abbandono di una visione centrata sull'assistenza ospedaliera, dimostrato anche dalla ripartizione del finanziamento sanitario per le macro-aree dei Livelli essenziali di assistenza, la quale ha visto un ridimensionamento della spesa ospedaliera, in favore di un aumento della spesa per l'assistenza distrettuale.

Al contempo, si rileva la predominanza delle cure domiciliari, che avranno un peso sempre maggiore, in quanto fondamentali per le attività di assistenza agli anziani, e alla gestione delle patologie croniche.

La regione Marche raggiunge buoni livelli di performance all'interno della dimensione economico-finanziaria<sup>337</sup>, presentando stabilità economica, mostrando risultati di esercizio positivi, rappresentando tra i punti di forza del Sistema sanitario marchigiano, il suo inserimento tra le Regioni benchmark per la determinazione dei costi standard e del fabbisogno sanitario standard regionale.

D'altro canto si evidenziano degli interventi che sono considerati prioritari, nel lungo periodo, in ambito economico, in relazione alla sostenibilità dell'assistenza sanitaria. Tra questi si individuano le azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza, al fine di perseguire un uso più efficiente delle risorse a disposizione e le politiche di investimento nelle nuove tecnologie e il contenimento della spesa farmaceutica.

In definitiva si può concludere che il sistema sanitario della regione Marche, rappresenta, nel panorama italiano, un modello di riferimento, capace di combinare l'equilibrio economico con il progressivo miglioramento dei servizi erogati.

---

<sup>337</sup> In sede di Conferenza delle Regioni, la Regione Marche ha ottenuto, nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2017, dieci milioni di euro in più rispetto alla quota assegnata nell'anno precedente. La maggior quota assegnata deriva dalla considerazione di un insieme di criteri che, condivisi tra le regioni, tengono conto di numerosi aspetti demografici, assistenziali ed economici. In particolare, nel caso della Regione Marche ha influito in particolare la "premierità" che le è stata riconosciuta in ragione dei risultati conseguiti sia per il quadro economico, in termini di equilibrio di bilancio, sia rispetto alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza che complessivamente hanno determinato l'individuazione della Regione Marche al primo posto tra le regioni benchmark in sanità.

Se si considerano le politiche sanitarie come prioritarie per la vita e il benessere dei cittadini, e come queste sono prontamente influenzate dai rapidi cambiamenti sociali, demografici ed economici, è solo mediante l'attenzione dei decisori ed un costante monitoraggio che le istituzioni potranno fronteggiare le problematiche future, con la speranza di recuperare, la fiducia dei cittadini che nel tempo si è in parte persa.

## **Alcune riflessioni conclusive**

L'introduzione nell'ordinamento di nuovi criteri per la determinazione del fabbisogno finanziario, necessario per ciascuna Regione a sostenere la spesa sanitaria, e la conseguente allocazione delle risorse, così come il passaggio al parametro dei costi standard e il progressivo abbandono del criterio della spesa storica, segnano uno snodo fondamentale per la Sanità.

L'intenzione del legislatore, come visto, è quella di garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario che nel tempo era andata perduta.

Come esplicitato nell'oggetto del presente lavoro, ci si chiede se tale impostazione, corretta dal punto di vista strettamente finanziario e adeguata sul piano giuridico, avendo come finalità la responsabilizzazione delle Regioni in relazione alle proprie spese, assicuri l'equità di accesso e l'uniformità di prestazioni che lo Stato dovrebbe comunque garantire.

Si rileva il diritto alla salute come uno dei diritti fondamentali garantiti dalla Costituzione, in nome del quale i livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi devono essere erogati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, rimanendo altrimenti irrimediabilmente compromessa la sfera giuridica soggettiva che il disposto costituzionale ha voluto tutelare.

L'ambito della tutela della salute rappresenta un settore fortemente complesso, nel quale il principio della garanzia uniforme dei livelli essenziali di assistenza deve essere attuato nel rispetto delle esigenze di equilibrio finanziario.

Viene concentrata l'attenzione sugli aspetti finanziari delle relazioni fra Stato e Regioni, subordinando a questo fine le politiche di organizzazione dei servizi e di contrasto delle diseguaglianze a livello nazionale.

Il riparto di competenze legislative ed amministrative tra Stato e Regioni, delineato dalla riforma del 2001, evidenzia come l'attuale regionalismo italiano si basi sui principi di uguaglianza e differenziazione applicati alla luce del principio della ragionevolezza e prevede, pertanto, la differenziazione delle discipline e della relativa attività amministrativa in ambito regionale solo dove ciò non comporti una lesione del principio di uguaglianza in senso sostanziale.

La tutela di questo principio ha determinato per lo Stato la conservazione di una posizione privilegiata rispetto alle Regioni, che si manifesta nell'ambito della funzione legislativa, con la competenza a legiferare su materie atte ad invadere le competenze regionali.

L'esercizio della competenza statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni per la tutela della salute rappresenta, dunque, l'esempio più significativo in cui questa impostazione ha trovato concreta e coerente attuazione, quale tentativo teso a prevenire disuguaglianze sul territorio.

L'impossibilità di differenziare fortemente le prestazioni sanitarie sul territorio e la contemporanea necessità di non svilire i poteri decisionali propri delle Regioni, sono state conciliate con l'imposizione di uno strumento collaborativo per la loro determinazione. Le relazioni intergovernative sono state affidate al sistema delle Conferenze al fine di adeguarsi alle nuove funzioni richieste dall'evoluzione delle relazioni fra Stato e Regioni.

Il sistema di accordi Stato–Regioni e il ruolo crescente assunto negli ultimi anni dal Tavolo tecnico istituito presso il Ministero dell'Economia, per monitorare e verificare le azioni poste in essere dalle regioni in disavanzo, hanno fortemente inciso sulla logica tradizionale e i meccanismi della programmazione in ambito sanitario.

Le condizioni poste dal Governo per il ripiano dei disavanzi sanitari e la rigidità delle procedure imposte per la loro verifica ha progressivamente conferito agli accordi una natura rigidamente condizionale, estesa a tutte le Regioni, culminata proprio con la sottoscrizione, da parte di singole Regioni dichiarate in difficoltà, dei Piani triennali di rientro dai disavanzi.

Infatti, i Piani di rientro hanno costituito un ulteriore e significativo cambiamento di strategia nelle relazioni fra Stato e Regioni, rappresentando il prodotto di negoziazioni bilaterali fra lo Stato e singole Regioni dichiarate in difficoltà finanziaria, in base a valutazioni contingenti delle perdite di esercizio e/o dei disavanzi rilevati in un determinato arco di tempo.

La sottoposizione ai Piani di rientro sanitari e il commissariamento che spesso ne consegue, rappresentano una forte costrizione dell'autonomia delle Regioni.

In concreto, la Regione poco virtuosa viene chiamata ad adottare tutte le misure necessarie per ripianare il debito contratto, sottoscrivendo, nei casi più gravi, il Piano di rientro. Questo comporta per la Regione deficitaria l'innalzamento delle aliquote dei tributi spettanti, o ad introdurre di nuovi, fermo restando il divieto di doppia imposizione, oppure ad utilizzare altre risorse del proprio budget per rientrare del disavanzo contratto nel settore sanitario.

Il che può condurre alla creazione, o all'aumento, delle diseguaglianze già oggi sussistenti tra Regione e Regione, nella qualità delle prestazioni sanitarie erogate.

E' ragionevole ritenere che le Regioni benchmark e, dunque, soggetti di riferimento nella misurazione dei costi standard, e già per questo riconosciute capaci di erogare prestazioni efficaci ed efficienti anche dal punto di vista più strettamente clinico, non avendo che da proseguire nell'erogazione del servizio erogato come in passato, non abbiano difficoltà a mantenere i costi all'interno dei nuovi parametri stabiliti a livello centrale, poiché i costi standard, volendo semplificare, non sarebbero altro che i costi già sopportati da quelle Regioni.

Diversa, invece, la situazione per le Regioni che devono affrontare la riduzione del debito pregresso e l'incremento degli standard delle prestazioni.

La procedura dell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011, in attuazione della legge n. 42/2009, delinea il processo di identificazione delle Regioni benchmark per il calcolo del fabbisogno sanitario nazionale secondo i costi standard, come strumento fondamentale per regolare la sostenibilità della spesa e per garantire la massima equità ed omogeneità a livello regionale.

Se le Regioni individuate come benchmark consentono di identificare l'offerta sanitaria sulla base delle migliori condizioni di efficienza ed efficacia, compatibilmente con il livello di risorse programmate e la funzione del sistema di governance, diventa essenziale sostenere le Regioni meno virtuose al rispetto del pareggio di bilancio e alla creazione delle condizioni per recuperare elementi di efficienza ed efficacia nella produzione ed erogazione dei servizi, al fine di non allargare il divario tra le stesse. Infatti, ad oggi, è ancora presente su molti aspetti

dell'assistenza sanitaria, un forte divario tra le Regioni centro settentrionali e quelle meridionali e, all'interno di queste ultime, persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili.

L'aumento dell'efficienza economica della gestione può condurre a un ridimensionamento della qualità del servizio e a un mancato soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza, i quali, pertanto, potrebbero finire con l'assumere una dimensione teorica, concretizzata soltanto in alcune regioni.

Inoltre, il legislatore statale, con i Piani di rientro, opera ulteriormente in materia di tutela della salute: oltre all'intervento nei suoi principi fondamentali ed alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, interviene in ambiti che le Regioni ritenevano invece di propria competenza. Lo Stato si appropria del coordinamento della finanza pubblica, anche se riferito ai Piani di rientro, che lo autorizzano a limitare l'autonomia delle Regioni.

Dall'analisi del finanziamento del sistema sanitario emerge come il disegno del legislatore avviato nel 2000 sia stato per buona parte abbandonato, ripristinandosi un sistema di finanziamento ancora fortemente incentrato sui trasferimenti statali, in virtù dell'esigenza di coprire i rilevanti deficit di bilancio di numerose Regioni. Tuttavia, alle stesse Regioni sono stati posti obblighi assai incisivi, limitando quasi del tutto ogni forma di autonomia regionale in ambito fiscale.

Pertanto, se da un lato i vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti hanno indotto a una riduzione delle inefficienze del sistema, dall'altro cominciano a manifestarsi tensioni sul fronte della qualità dei servizi e la parziale capacità di alcuni sistemi regionali di garantire interamente i livelli essenziali di assistenza delle cure. Un'impostazione eccessivamente concentrata sui risultati di esercizio ha, infatti, portato il legislatore a tralasciare altri aspetti, non meno rilevanti, come la sostenibilità finanziaria nel lungo termine e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio.

Si è trattato di un insieme di interventi del legislatore statale in contrasto con il disegno federalista dell'art. 119 della Costituzione. In sostanza, un ritorno alla finanza da trasferimento, che ha frenato quasi del tutto ogni forma di autonomia in ambito fiscale, ponendo alle Regioni obblighi stringenti.

La spesa sanitaria rappresenta la più importante delle voci di spesa regionale, ma dalla gestione inefficiente della stessa, ne consegue che dovrà essere monitorata attraverso interventi sempre più capillari, per comprendere meglio dove si annidano gli sprechi, le inefficienze e le aree di inappropriatazza.

L'obiettivo primario deve essere quello di intervenire sull'origine delle singole situazioni regionali di deficit, sulla riorganizzazione della tutela della salute e sulla predisposizione di strumenti e metodologie contabili funzionali ed uniformi al fine di ottenere una corretta rendicontazione dei debiti.

L'accertamento della qualità dei dati contabili, di struttura ed attività delle Aziende sanitarie e del settore sanitario regionale, diventa fondamentale per assicurare una maggiore solidità e credibilità del valore economico utilizzato per misurare le aree di inefficienza e di inappropriatazza e per verificare progressivamente gli sviluppi del sistema verso modelli organizzativi e gestionali maggiormente rispondenti al requisito di efficienza contabile.

Tale percorso è assolutamente necessario per garantire anche in futuro la sostenibilità del sistema e rispondere in modo sempre più efficiente ai bisogni di salute della popolazione.

A tal fine è opportuno, però, che le decisioni del legislatore statale continuino a basarsi su un dialogo effettivo con la Regione che, pur non avendo operato delle scelte giuste in ambito finanziario, può rivelarsi migliore conoscitore e interprete dei bisogni della sua collettività nel settore della tutela della salute più di quanto lo sia lo Stato.

Una risposta a tale situazione potrebbe essere il potenziamento dell'intervento statale di accompagnamento delle Regioni in difficoltà, orientato verso l'acquisizione della capacità politica ed amministrativa di governo dei processi, a livello regionale come a livello locale, nonché l'elaborazione di interventi normativi in stretto coordinamento interregionale, in modo tale da contribuire alla creazione di un unicum nazionale garante dei principi costituzionali che pretendono l'esigibilità dei livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese.

Sul piano della rappresentazione dei contenuti effettivi del diritto alla salute e dell'offerta di prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale particolare importanza merita la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

I nuovi Lea, come previsti recentemente, cercheranno di fornire una risposta coerente ai bisogni sanitari in un regime di risorse ridotte, senza ridurre le garanzie ma salvaguardando l'appropriatezza.

In presenza di un rallentamento della crescita, è indispensabile fare riferimento al criterio dell'appropriatezza, evitando che il contenimento della spesa comporti un venir meno della fiducia nella qualità dei servizi. In caso contrario la soddisfazione dei cittadini verrebbe meno, come accade in presenza delle lunghe liste d'attesa o di un'elevata compartecipazione alla spesa.

A tal fine è necessario identificare gli standard di appropriatezza professionale e organizzativa, nonché passare da un monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza di tipo formale ad uno sostanziale con maggiore conoscenza dei risultati delle strutture sanitarie e dei comportamenti dei professionisti.

Gli obiettivi specifici diventano, quindi, l'implementazione e il consolidamento di un nuovo sistema di indicatori per il monitoraggio dei livelli essenziali che rispondano ai criteri di integrazione, qualità, appropriatezza e accessibilità e la costruzione di idonei sistemi informativi per monitorare le prestazioni erogate nell'ottica del paziente tenendo conto della continuità assistenziale, della presa in carico e dei percorsi clinico-terapeutici.

Questo patrimonio informativo consentirà l'applicazione di adeguati modelli di analisi dei costi e fabbisogni standard, così come previsto nel decreto n. 68/2011 sul federalismo fiscale, e permetterà di costruire adeguati e dinamici indicatori dell'effettivo bisogno di salute della popolazione, da utilizzare nella definizione dei criteri di riparto delle disponibilità finanziarie.

Il meccanismo dei costi standard ha trovato applicazione nella programmazione economico-finanziaria, ma tale meccanismo non ha cambiato in maniera sostanziale i risultati ottenuti con la previgente procedura di definizione dei fabbisogni sanitari regionali.

L'individuazione di nuovi e più adeguati meccanismi di finanziamento dei livelli essenziali di assistenza dovrà andare di pari passo con il miglioramento della capacità delle Regioni di amministrare le relative risorse e con il potenziamento dei sistemi informativi sanitari, i quali costituiscono un presupposto indispensabile per una corretta valutazione e controllo.

Gli indicatori di monitoraggio dei livelli di assistenza tra le Regioni manifestano, infatti, evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane e sottolineano costantemente l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali.

Le evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane, però, sono in contrasto con l'intero impianto posto a fondamento del Servizio Sanitario Nazionale, in cui, il diritto del singolo alla salute è diritto fondamentale e non può mai essere eccessivamente compromesso, come del resto ha riconosciuto, in più di una occasione, la Corte costituzionale.

Il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza e, dunque, del livello minimo di tutela del diritto alla salute richiesto dalla Carta fondamentale, uniforme su tutto il territorio nazionale, non passa affatto in secondo piano rispetto alle esigenze di bilancio, anzi a prevalere è la garanzia minima dei livelli essenziali. Come visto, la sostenibilità del servizio regionale basa il suo assetto con una governance sia a livello verticale con il MEF e a livello orizzontale, tra le Regioni, con i tavoli interregionali e le conferenze Stato Regioni.

La sfida di tipo organizzativo comporta per le Regioni un abbattimento dei costi cercando al contempo di aumentare le performance.

Del resto è indubbio che l'imperativo del risparmio e dei limiti di risorse senza una adeguata riorganizzazione amministrativa e gestionale può a lungo tradursi in una riduzione della qualità dei servizi sanitari.

I tagli al finanziamento nazionale in sanità comportano un effetto domino con una riduzione delle risorse per gli investimenti in tecnologie sanitarie, con la riduzione della dotazione qualitativa e quantitativa del personale sanitario, con la conseguente difficoltà ad investire in capitale umano<sup>338</sup>.

Si è rilevato come gli interventi finanziari abbiano condizionato la sanità sicuramente più attenta al rigore economico-finanziario, le cui opportunità sono riferibili alla razionalizzazione delle risorse anche se non sempre questo comporta una riduzione delle spese.

I tagli effettuati, il cui disegno complessivo spesso non rimane chiaro, sembrano frutto di decisioni di natura emergenziale piuttosto che di consapevole responsabilizzazione delle Regioni, depositarie della funzione di erogazione delle prestazioni per la salute.

Il sistema delineato dal decreto 229/99, in cui la programmazione procedeva dal livello nazionale a quello regionale, per tradursi in piani strategici delle singole aziende sanitarie, operanti in una logica di autonomia imprenditoriale, viene meno.

Il concetto di fabbisogno sanitario, come previsto dalla legge 833/78, in cui la spesa sanitaria dipendeva dai fabbisogni della popolazione, si trasforma individuando i Fondi a disposizione come vincolo per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che non sono più essenziali ma possibili.

Le Regioni si trovano così alla perenne ricerca di risorse per soddisfare i fabbisogni sanitari della loro popolazione, e al contempo le aziende sanitarie si muovono in un contesto dove le risorse sono date e non negoziate.

---

<sup>338</sup> Per un approfondimento delle relazioni tra pubblico e privato nel sistema sanitario a seguito della riduzione delle risorse disponibili si veda M.CONTICELLI, *Privato e Pubblico nel Servizio Sanitario*, 2012, p. 71 ss.

Ne deriva, da tutto ciò, la difficoltà di individuare il disegno complessivo che ha governato gli interventi in ambito sanitario negli ultimi anni, se non quello della riduzione dei costi e il contenimento dei disavanzi. Del resto occorre tempo per una concreta rivisitazione del sistema, per valutare e bilanciare tutti gli interessi coinvolti. Quanto fatto è stato in molti casi conseguenza e prodotto dell'urgenza di decisioni politiche contingenti e della crisi economica-finanziaria in atto.

Per avere un buon servizio sanitario, in una moderna società, non è sufficiente predisporre norme, pur se inserite in un contesto di riforma, ma è necessario che queste norme siano ben implementate con i tempi necessari.

Non è sufficiente il solo raggiungimento dell'equilibrio economico o del pareggio di bilancio, al fine di ottenere dei buoni risultati di salute. E' indubbio che vi sia la necessità di razionalizzare le spese nel nostro paese, ma che razionalizzazione, riforme e risparmio siano sinonimi non sembra essere una strada percorribile<sup>339</sup>. Rispetto alla sostenibilità finanziaria le possibili scelte alternative non sono moltissime e quelle fattibili sono piuttosto chiare: maggiori risorse, maggiore compartecipazione o aumento della produttività. Ma se le prime sono già praticate bisogna allora rivolgersi al miglioramento della produttività, non solo operando sul taglio degli sprechi, ma migliorando la ricerca e la tecnologia. Considerando lo scenario attuale, dove si registrano bassi introiti fiscali e dunque meno risorse, al fine di garantire le stesse prestazioni di servizi, bisogna riorganizzare il modo in cui queste vengono erogate.

Una forte azione del livello centrale del sistema sanitario può sortire effetti positivi ed è auspicabile per il sistema sanitario italiano.

---

<sup>339</sup> Per un approfondimento si veda, M. DE ANGELIS, *Crisi e sanità effetti su politiche e diritti. Il caso della Regione Marche*, in *Le Regioni*, n.2 aprile 2015, p. 357 ss.

Non si tratta di riportare la politica sanitaria a livello centrale, ma, all'interno di un quadro economico e finanziario critico come quello attuale, di trovare un equilibrio, evitando situazioni come quelle attuali<sup>340</sup>.

Ne risulta infine che il modello a cui tendere porta con sé più indicazioni relative alla qualità dei servizi, riformulando i LEA in modo chiaro e misurabile, introducendo anche standard relativi alla qualità e ai tempi massimi di attesa, valutando le performance non solo in termini di equilibrio economico-finanziario ma anche di soddisfacimento effettivo dei bisogni, compiendo azioni di monitoraggio e coinvolgendo direttamente i cittadini nei processi di valutazione dei servizi offerti.

---

<sup>340</sup> Sulla possibile ri-centralizzazione di alcune funzioni si veda, E.CANTU' C. JOMMI, *Analisi dei sistemi di finanziamento delle Aziende sanitarie in 5 regioni italiane*, in *Paper aicsweb*, 2009, p.16 ss.

## **APPENDICE**

### Premessa al questionario

Le domande del questionario sono state individuate in modo da determinare con l'ausilio delle risposte fornite dai soggetti qualificati individuati, quali sono le aree dell'assistenza sanitaria marchigiana che richiedono azioni di risposta da parte delle istituzioni, quali sono, dall'altra parte, le aree che registrano i migliori risultati e quali potrebbero essere le prospettive che attendono il Sistema sanitario marchigiano, soprattutto al fine di fronteggiare le sfide poste in essere dal mutamento della struttura demografica, la crescita di particolari tipologie di patologie croniche e il vincolo delle risorse a disposizione.

### **Questionario per l'intervista al Presidente Regione Marche, con delega all'Assessorato Sanità e Politiche Sociali.**

#### **1.1 Quali sono le priorità per la Sanità della Regione Marche?**

Le priorità per la Sanità della nostra regione vedono la predisposizione di azioni per la riduzione delle liste d'attesa, la revisione della disciplina dell'accreditamento, il rafforzamento del ruolo centrale della regione rispetto alla programmazione, al coordinamento, la gestione e il monitoraggio dell'integrazione sociale e sanitaria.

#### **1.2 Attraverso quali modalità si prevede di raggiungere gli obiettivi operativi della Sanità regionale?**

Con riferimento alla riduzione delle liste d'attesa viene implementato il monitoraggio mediante report quadrimestrali redatti in sede di GOR TDA sulle verifiche attuative sulle diverse azioni come previste dalla DGR 808/2015 con evidenze delle situazioni critiche e proposte per le azioni correttive.

Con riferimento alla revisione della disciplina dell'accreditamento e alla conseguente attività ispettiva si è attivato il supporto giuridico amministrativo nel processo di regolamentazione della legge in corso di approvazione per definire il nuovo sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

In relazione al rafforzamento del ruolo centrale della Regione rispetto alla programmazione, al coordinamento, gestione e monitoraggio dell'integrazione sociale e sanitaria si prevedono due modalità di azione. La prima è relativa all'attività di manutenzione dell'atto di fabbisogno come previsto dalla DGR 289/15 dopo il primo anno di applicazione, come appunto previsto dalla stessa delibera; la seconda è relativa all'attuazione della DGR 110/15 sull'unità sociale e sanitaria (U.O.SeS) e della DGR 111/15 sul governo della domanda socio-sanitaria.

**1.3 E' forte, a livello politico, l'integrazione socio-sanitaria in quanto lei, Presidente della Regione, ha trattenuto le deleghe all'assessorato alla sanità e alle politiche sociali. Come si esplica di fatto l'integrazione sociosanitaria nelle Marche?**

Il modello istituzionale dell'integrazione sociosanitaria scelto dalle Marche è quello dei "comuni e delle aziende sanitarie che gestiscono i servizi sociosanitari mediante accordi di coordinamento". Il livello tecnico-operativo è costituito da due Servizi, il servizio Sanità e il servizio Politiche Sociali e Sport, abbandonando la strategia della "Cabina di regia" non più esplicitamente richiamata nel PSSR. Nel PSSR vi sono previsti gli obiettivi strategici relativi all'integrazione socio-sanitaria come la previsione del Punto unico di accesso (PUA), dell'Unità valutativa integrata (UVI), la definizione del Piano assistenziale individuale (PAI), l'atto di fabbisogno per i servizi sociali e sociosanitari, la definizione del sistema tariffario della residenzialità e semi residenzialità (sociale, sanitario e sociosanitario) e della compartecipazione alla spesa dell'utente, l'incentivazione della gestione sociale associata (soprattutto mediante ASP) e di strumenti che favoriscano i processi di gestione mista pubblico/privato, il completamento del sistema informativo integrato sociale e sanitario, l'atto di indirizzo sulla programmazione integrata in AV e a livello di distretto/ambito, la definizione di Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per singole patologie e il Percorso formativo per l'implementazione della programmazione integrata. Rispetto al passato si è attuata un'integrazione a livello locale, passando da una coincidenza territoriale fra distretto sanitario e ambito territoriale sociale, ad una articolazione in 13 distretti sanitari e 23 ambiti sociali.

#### **1.4 Quali sono state le norme che hanno delineato il percorso di integrazione socio-sanitaria da quando lei detiene entrambe le deleghe di assessorato sanità e politiche sociali?**

Sotto la mia presidenza, le norme che hanno delineato il percorso di integrazione socio-sanitaria, sono state principalmente la D.G.R. 25/11/2014, n. 1331 “Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra regione Marche ed enti gestori – modifica della DGR 1011/2013”; la D.G.R. 23/2/2015, n. 110 “Piano regionale socio sanitario 2012-2014 – Istituzione e modalità operative dell’Unità operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U. O. SeS)”; la D.G.R. 23/2/2015, n. 111 “Piano regionale socio sanitario 2012-2014 – Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell’assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali”; la D.G.R. 9/4/2015, n. 289 “Piano regionale socio sanitario 2010-2014 – Fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extra ospedaliera, socio-sanitaria e sociale”.

#### **1.5 Quali sono gli aspetti di criticità relativi al modello di programmazione e di gestione dell’integrazione sociosanitaria delle Marche?**

Il modello di programmazione e di gestione dell’integrazione sociosanitaria proposti dalle Marche presentano aspetti innovativi a livello di distretto/ambito.

Tale innovatività però rischia di essere perseguibile con maggiore difficoltà in quei territori dove non c’è coincidenza distretto/ambito.

Inoltre, lo stato delle risorse economiche e finanziarie per il welfare, in continuo calo, impone una revisione complessiva del sistema che sappia porsi in maggiore equilibrio fra costi e benefici.

Quindi, il sistema dell’integrazione sociosanitaria evidenzia un quadro normativo quasi completo che ha di fronte a sé la grande sfida dell’attuazione di un modello con innovazioni importanti resa più difficile da ritardi accumulati in anni precedenti.

In ogni caso il processo di integrazione sociosanitaria è necessario in quanto offre risposte alla domanda sociale sempre più complessa, come l’aumento della fragilità dei nuclei, e l’aumento degli anziani soli assoluti non autosufficienti.

**1.6 Quali sono le azioni poste in essere dalla Regione per essere più vicini ai cittadini e garantire a tutti le stesse risposte ai bisogni e lo stesso livello qualitativo?**

La giunta regionale con la delibera 557 del 29/05/2017 ha proceduto alla revisione dell'Atto di fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale con la previsione del 19% in più dei posti contrattualizzabili per anziani, disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche, adulti, minorenni. L'arco temporale di riferimento per l'applicazione dell'atto è di tre anni, con un incremento dell'impatto economico complessivo stimato in circa 58 milioni di euro. L'obiettivo principale dell'atto di fabbisogno è il riequilibrio territoriale dei servizi rivolti alle categorie più fragili con un aumento della 'disponibilità' di ben 3.022 posti nella logica della continuità dell'intensità di assistenza. L'idea di fondo è stata quella di dare priorità ai territori e alle tipologie di strutture con i valori più bassi degli 'indici di dotazione' rispetto ai valori medi regionali. Infatti, è stata analizzata la prospettiva di espansione di un settore che è ritenuto strategico ed è emersa la necessità di incrementare l'investimento delle risorse in questi servizi sul territorio per essere più vicini ai cittadini e garantire a tutti le stesse risposte ai bisogni e lo stesso livello qualitativo. L'atto è stato adottato attraverso una rapporto costante con l'Asur e con gli Ambiti Sociali Territoriali. Il provvedimento inoltre, è stato pensato in modo 'elastico': prevede infatti la possibilità di essere ricalibrato in caso di progetti sperimentali, emergenze o nuove esigenze della comunità marchigiana. L'atto prevede opzioni strategiche di compensazione relative: ai Distretti Sanitari di "confine" con altre Regioni per il recupero della mobilità passiva; ai Distretti Sanitari interessati in maniera significativa dagli eventi sismici del 2016; al possibile adeguamento dell'organizzazione operativa, per la presenza di "strutture di confine" tra Distretti Sanitari confinanti. Nella revisione dell'"Atto di fabbisogno" si confermano i tre livelli individuati dalla D.G.R. n. 289/15: - Fabbisogno dei posti autorizzabili, in quanto è l'"autorizzazione" che consente la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali; - Fabbisogno dei posti accreditabili, con riferimento all'"accreditamento istituzionale" che riconosce alle strutture già autorizzate lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito del sistema pubblico; - Fabbisogno dei posti contrattualizzabili, nel limite delle

disponibilità economico/finanziarie, dove l'“accordo contrattuale” è l'atto che definisce tipologia e quantità delle prestazioni erogabili agli utenti remunerate a carico del servizio pubblico. Nella ridefinizione dei valori dei posti autorizzabili, accreditabili e contrattualizzabili sono stati considerati: - indicazioni da valutazioni e previsioni dei Servizi regionali competenti su modificazioni di assetti e riconversioni programmate ed imminenti collegate a normative nazionali in evoluzione e segnalazioni delle esigenze dai territori, sia dal versante sociale che da quello sanitario; - riferimenti alle disposizioni normative regionali, prevalentemente successive all'approvazione della DGR 289/15, intervenute, anche, sul fabbisogno a tendere; - indicazioni dell'ASUR su situazioni in cui acquisisce prestazioni diverse da quelle per cui i servizi sono autorizzati.

## **2. Il sistema informativo sanitario regionale**

### **2.1 Oltre ai flussi informativi sanitari ministeriali, esistono altri flussi informativi regionali? Se sì, quali?**

Il Sistema informativo-gestionale regionale vede la Regione verso un sistema integrato di flussi informativi sanitari e sociali in connessione tra il Nuovo Sistema Informativo Sanitario “NSIS” e il Sistema Informativo Regionale per le Politiche Sociali previsto dalla L.R. 32/14 *“Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia”*.

La specificità del sistema non è nella quantità dei dati che viene messa a disposizione dai professionisti, ma nel modo in cui questi vengono organizzati e resi disponibili.

Infatti, il sistema consente di ricomporre le informazioni di interesse socio-sanitario e gestionale a disposizione dell'intero sistema territoriale.

L'insieme dei processi che gestiscono le attività socio-sanitarie vengono ricondotte a “moduli” basati su: una nuova anagrafe assistito, un fascicolo salute e un fascicolo socio-sanitario.

## **Questionario per al Presidente della IV Commissione consiliare permanente - Sanità e Politiche Sociali**

---

## **1. Il sistema di Programmazione**

### **1.1 Il PSR attualmente in vigore “PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONE MARCHE 2012/2014” (deliberazione del Consiglio Regionale n.38/2011)**

#### Prevede tra i principali argomenti trattati:

nei processi di governo gli Obiettivi di piano e sostenibilità del sistema; la governance e l'appropriatezza organizzativa; l'innovazione e la creazione del valore; nei processi sanitari l'attenzione è posta sul Sistema epidemiologico, la rete della prevenzione e dell'assistenza collettiva e della sanità pubblica veterinaria, la rete dell'emergenza urgenza; la rete ospedaliera; le reti cliniche; la rete territoriale; nei processi socio-sanitari l'integrazione sociale e sanitaria; nei processi di supporto il Sistema qualità e lo sviluppo del governo clinico; il sistema infrastrutturale; il sistema di information communication technology; il sistema delle tecnologie e dei servizi; nei Fattori di produzione il Sistema delle risorse umane; il sistema farmaco e i dispositivi medici; il privato accreditato e i beni e servizi.

#### **In assenza del nuovo Piano Socio-Sanitario quali sono le principali indicazioni che si prospettano al fine di regolare il settore?**

Il Piano Piano Socio Sanitario vigente risulta certamente datato, ma in assenza del nuovo Piano stiamo lavorando con una serie di atti normativi e legislativi volti ad affrontare e a rispondere ai mutati scenari soprattutto in relazione alle indicazioni nazionali (come i nuovi Lea; le indicazioni del DM 70/2015; la legge del “dopo di noi”; il Decreto interministeriale del 16 marzo 2017, con i quali sono stati modificati alcuni criteri di accesso al SIA Sostegno per l'Inclusione Attiva, nell'ottica di estendere la platea dei beneficiari, in attesa che si completi il percorso attuativo della Legge delega per il contrasto alla povertà, che introduce il Reddito di inclusione REI)

## **2. I punti di forza e di debolezza del sistema sanitario regionale**

### **2.1 Con riguardo al Servizio sanitario regionale, quali ritiene che siano:**

#### i punti di forza

a) L'ASUR, Azienda Sanitaria Unica Regionale, perché garantisce omogeneità dei servizi su tutto il territorio regionale.

b) Le Aziende Ospedaliere, tra cui l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Torrette, in particolar modo per l'aspetto Pediatrico dove si garantiscono prestazioni di III livello come i trapianti e la cardiocirurgia.

c) L'equilibrio dei conti del servizio Sanitario Regionale, che ha portato la nostra regione anche quest'anno ad essere al primo posto tra le regioni benchmark in sanità i punti di debolezza, i maggiori problemi

d) I ritardi nell'attuazione della riforma sanitaria anche legati agli ultimi eventi sismici

e) L'informatizzazione del sistema sanitario, ad esempio basti pensare ai ritardi ancora presenti nell'implementazione corretta e definitiva del Fascicolo Sanitario.

f) Il ritardo nella piena operatività delle reti cliniche

**2.2 In sintesi, come valuta la *performance* del Servizio sanitario regionale:**

eccellente

buona

sufficiente

insoddisfacente

**3. Le politiche sanitarie regionali**

**3.1 Quali sono attualmente le priorità di intervento della politica sanitaria regionale?**

1) Le Reti cliniche

2) L'integrazione socio sanitaria

3) La prevenzione e l'educazione sanitaria

**3.2 A livello operativo, quali sono le principali azioni in corso?**

Le azioni relative al miglioramento nella gestione delle liste d'attesa

Una serie di atti normativi, sotto forma di DGR, per favorire e sostenere le reti cliniche

**3.3 Qual è la politica regionale nel settore degli investimenti e dell'innovazione?**

In relazione agli investimenti e all'innovazione gli indirizzi della politica regionale sono rivolti all'Ospedale Unico Marche Nord, all' INRCA Osimo, al Nuovo Salesi e al Nuovo Ospedale di Fermo.

### **3.4 Quale ruolo attribuisce al privato accreditato nei rapporti con il Servizio sanitario?**

Sussidiario ed integrazione con il pubblico; si rileva la volontà delle parti di procedere alla riorganizzazione del sistema di offerta degli operatori privati in coerenza con quanto già realizzato per la rete ospedaliera pubblica con l'impegno da parte della Regione di favorire e regolare la riorganizzazione in modo da consentire alle attuali strutture multispecialistiche contrattualizzate con il SSR di far parte della nuova organizzazione volta a ridurre la frammentazione delle sedi di erogazione delle prestazioni per acuti e migliorare la qualità dei servizi erogati.

## **Questionario per l'intervista al Dirigente medico dell'Agenzia Regionale Sanitaria – Osservatorio Diseguaglianze Salute (ODS)**

### **1.1 Quali sono i punti di forza e di debolezza dell'Agenzia Regionale Sanitaria?**

#### i punti di forza

L'ARS è nata con la mission di essere un organismo tecnico e indipendente, per produrre informazioni da rendere disponibili ai “decisori”.

#### i punti di debolezza.

Negli anni non è riuscita ad assolvere bene alla sua mission per vari motivi (continui rapidi cambiamenti della Direzione, Direttori di nomina politica e non tecnica, rigidità burocratico-amministrative che rallentano l'attività e le progettualità di livello nazionale e sovranazionale utili per confronti, visibilità della Regione Marche e acquisizione di finanziamenti).

### **1.2 Quali sono le azioni da mettere in campo relativamente alle “diseguaglianze nella salute”?**

Le diseguaglianze nella salute sono il frutto di diseguaglianze “sociali”, tali per cui chi è socialmente svantaggiato (per censo, livello di istruzione, relazioni, ecc.) ha un rischio maggiore di ammalarsi e di vivere di meno.

Occorre quindi che il SSR migliori il “sistema di lettura delle diseguaglianze” (indagini e osservazione epidemiologica) e si orienti verso una riduzione dei differenziali nella salute, a vantaggio di tutta la collettività e dei costi.

## **Programmazione**

### **2.1 Quali sono gli obiettivi che intende perseguire la Regione Marche nell’ambito dell’area salute degli immigrati**

Miglioramento dello stato di salute e dell’accesso ai servizi per l’assistenza sanitaria agli immigrati (cifr. DGR specifiche).

### **2.2 Esiste un momento di verifica formale sul raggiungimento degli obiettivi contenuti nel PSSR? Quando? Annualmente?**

Attualmente non mi risulta.

In passato era il Consiglio Regionale che verificava annualmente il raggiungimento degli obiettivi fissati nei Piani.

### **2.3 Viene regolarmente pubblicata la “Relazione sullo stato di salute” della Regione?**

NO  SÌ Qual è l’ultima pubblicata?

In passato veniva pubblicata con una periodicità non regolare, il Profilo dello stato di salute della popolazione delle Marche, utile al fine di individuare priorità di intervento. Negli ultimi anni all’ARS viene effettuata una sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche attraverso l’indagine campionaria “Passi” - Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia -, un progetto del Ministero della Salute e delle Regioni/P.A. che ha l’obiettivo di mettere a disposizione di tutte le Regioni e Aziende sanitarie locali (Asl) del Paese una sorveglianza dell’evoluzione di questi fenomeni nella popolazione adulta. A mio modo di vedere i limiti di tale sorveglianza sono costituiti dalla scarsa rappresentatività dei gruppi vulnerabili - che sono più difficilmente da raggiungere.

<http://new.ars.marche.it/OsservatorieRegistriArs/OsservatorioEpidemiologicoRegionale/SorveglianzaEpidemiologica/Passi.aspx>

### **3. Il sistema informativo sanitario regionale**

#### **3.1 Oltre ai flussi informativi sanitari ministeriali, esistono altri flussi informativi regionali? Se sì, quali?**

Non sono in grado di rispondere in quanto è in corso un censimento da parte della PF "Flussi informativi" di recente nomina.

#### **3.2 Esiste una banca dati regionale relativa alla condizione di salute degli immigrati?**

Esistono i dati elaborati dall'ODS la cui periodicità è irregolare perché ci manca la collaborazione di uno statistico sanitario.

#### **3.3 Esistono informazioni relative ai progetti sulle diseguaglianze in salute?**

Per quanto riguarda la Regione Marche le attività dell'ODS sono pubblicate in <http://ods.ars.marche.it>

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AMATO G., BARBERA A., Manuale di diritto pubblico, V ed., Bologna, 1997.

ANDRONIO A., I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nella sentenza della Corte costituzionale 13-27 marzo 2003, n. 88, in <http://www.federalismi.it>, 2003.

ANTONINI L., La vicenda e la prospettiva dell'autonomia finanziaria regionale: dal vecchio al nuovo art. 119 della Costituzione, in *Le Regioni*, Bologna, 2003.

ANTONINI L., Art.117, cc. 2, 3, 4, della Costituzione, in *Commentario alla Costituzione*, (a cura di) R. BIFULCO A. CELOTTO, M. OLIVETTI, III, Torino, 2006.

ANTONINI L., Dal federalismo legislativo al federalismo fiscale, in *Rivista di diritto finanziario*, n. 3 ,2004.

ANTONINI L., La possibile dinamica del federalismo fiscale: dalla democrazia della spesa alla democrazia delle virtù, in AA.VV., *Il federalismo fiscale alla prova dei decreti delegati*, Milano, 2012.

ANZON A., I poteri delle Regioni dopo la riforma costituzionale, Torino, 2002.

ANZON A., I poteri delle regioni nella transizione dal modello originario al nuovo assetto costituzionale, Torino, 2003.

ARCÀ S., I livelli essenziali di assistenza (LEA) in sanità: un commento, in *Autonomie locali e servizi sociali*, Bologna, 2002.

ARCANGELI L. - DE VINCENTI C., La politica sanitaria, in GUERRA M. - ZANARDI A., *La finanza pubblica italiana*, Bologna, 2008.

AUTERI M., Finanziamento pubblico e federalismo sanitario nel triennio 2010-2012, in *La manovra finanziaria per il 2010*, TRUPIANO G. (a cura di), Roma, 2010.

BALBONI E. - RINALDI P., Livelli essenziali, standard e leale collaborazione, in Le Regioni, Bologna, 2006.

BALBONI E., I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione, in Le Regioni, Bologna, 2003.

BALBONI E., Il concetto di "livelli essenziali" e uniformi come garanzia in materia di diritti sociali, in Le istituzioni del federalismo, 2001.

BALDASSARE A., in voce Diritti inviolabili, in Enciclopedia Giuridica vol. XI, 1989

R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI – G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, p. 25.

BALDUZZI R., voce Salute (diritto alla), in Diz. Dir. Pubbl., diretto da S. CASSESE, vol. VI, Milano, 2006.

BALDUZZI R., DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/1999*, Milano, 2001.

BALDUZZI R., DI GASPARE A., (a cura di), *Titolo V e tutela della salute, in Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.

BALDUZZI R - D.SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R, BALDUZZI-G. CARPANI, Bologna, 2013.

BALDUZZI R. - SICLARI M., *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*, Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche Vittorio Bachelet della Libera Università degli studi sociali - LUISS "Guido Carli" Roma, 2008, in <http://www.salute.gov.it>.

BALDUZZI R., L'appropriatezza in sanità: il quadro di riferimento legislativo, in L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica. Rapporto Sanità 2004,

BALDUZZI R., Note sul concetto di essenziale nella definizione dei Lep, in Riv. delle pol. soc., 2004, 4. BALDUZZI R., Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità, in Monitor, 2008, in <http://www.agenas.it>.

BALDUZZI R., Titolo V e tutela della salute, in Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V, BALDUZZI R. - DI GASPARE G. (a cura di), Milano, 2002.

BALDUZZI R. - CARPANI G. (a cura di), Manuale di diritto sanitario, Bologna, 2013.

BALDUZZI R., Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità, (a cura di) G. CORSO e P. MAGISTRELLI, in Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile, Torino, 2009.

BALDUZZI R., La Creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà "orizzontale"), in "Quad. reg.", 2004.

BARBERO M., Processo al d.lgs. n. 56/2000, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)

BASSANINI F., BILANCIA P., BUONOMO G., CERULLI IRELLI V., CIAURRO L., CITTADINO C., PIANA S., PIANELLI C., PIZZETTI F., VANDELLI L., La legge 'La Loggia, commento alla l. 5 giugno 2003 n. 131 di attuazione del Titolo V della Costituzione, Rimini 2003

BELLENTANI M. - BUGLIARI ARMENIO L., Dossier su I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni, Forum per la Non Autosufficienza, Bologna, 2009, consultabile al sito istituzionale dell'Agenas, in <http://www.agenas.it>.

BELLENTANI M. – BUGLIARI ARMENIO L., in Manuale di diritto sanitario, 2013

BELLETTI M, Quali margini per la contestazione degli atti commissariali sostanzialmente o (addirittura) formalmente normativi da parte dei Consigli regionali? Percorribilità del conflitto interorganico a fronte della materiale impossibilità di percorrere quello soggettivo?, in Le Regioni, 2011.

BELLETTI M, Le Regioni “figlie di un Dio minore”. L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni

[http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/documenti\\_forum/giurisprudenza/2013/0038\\_nota\\_104\\_2013\\_belletti.pdf](http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/documenti_forum/giurisprudenza/2013/0038_nota_104_2013_belletti.pdf))

BELLETTI M., Il controverso confine tra “livelli essenziali delle prestazioni”, principi fondamentali della materia e divieto del vincolo di destinazione di finanziamenti statali, attendendo la perequazione nelle forme della legge n. 42/2009, in Le Regioni, Bologna, 2009, 3

BENEDETTI A., La legislazione concorrente in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, (a cura di) GAMBINO S., in Il “nuovo” ordinamento regionale. Competenze e diritti, Milano, 2003.

BERTOLISSI M., L'autonomia finanziaria regionale: lineamenti costituzionali, Padova, 1983.

BERTOLISSI M., Federalismo fiscale: una nozione giuridica, in Federalismo Fiscale, n. 1/2007.

BILANCIA P., Modelli innovativi di governance territoriale. Profili teorici e applicativi

BIN R., La leale collaborazione nel nuovo Titolo V della Costituzione, reperibile [http://www.robertobin.it/ARTICOLI/LC\\_Roma.pdf](http://www.robertobin.it/ARTICOLI/LC_Roma.pdf)

BIOCCA M., GRILLI R., RIBOLDI B., (a cura di), *La Governance nelle organizzazioni sanitarie*, Salute e Società, 2008.

BORDIGNON M., *La perequazione*, in AA.VV., *Il federalismo fiscale alla prova dei decreti delegati*, Milano, 2012.

BOTTARI C. - VANDELLI L., *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*, in *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, ROVERSI MONACO F. (a cura di), Rimini, 2000.

BOTTARI C., *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano, 1991.

BOTTARI C., *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, 1999.

BOTTI R. e CARLE F., *Benchmarking delle prestazioni nel Sistema Sanitario, successi e criticità*, (a cura di) C. Dell'Aringa e G. Della Rocca, *Lavoro Pubblico fuori dal Tunnel?*, Il Mulino, Bologna, 2017.

BUGLIONE E., Art. 18, (a cura di), A. FERRARA, G.M. SALERNO, in *Il federalismo fiscale. Commento alla legge n. 42 del 2009*, Napoli, 2009.

BUZZACCHI C., *Coesione e solidarietà sociale: un primo approccio alle tematiche del federalismo fiscale*, in *Le Regioni*, Bologna, 2002.

CALVIERI C., *Luci ed ombre sulla prima attuazione del nuovo articolo 119 della Costituzione*, in *Diritto e società*, fasc. 1, 2013.

CALZOLAIO S., *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, 2014, [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)

CAMMELLI M., *Amministrazione (e interpreti) davanti al nuovo titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, Bologna, 2001.

CANTU' E., JOMMI C., *Analisi dei sistemi di finanziamento delle Aziende sanitarie in 5 regioni italiane*, Paper aicsweb, 2009.

CAPUCCI A., Il processo evolutivo della sanità italiana; dagli ospedali alle aziende sanitarie in Ragiusan, 2002.

CARAVITA B., La disciplina costituzionale della salute, in Dir. soc., 1984.

CARETTI P., Gli «accordi» tra Stato, Regioni ed autonomie locali: una doccia fredda sul mito del «sistema delle conferenze»? , in Le Regioni, Bologna, 2002.

CARETTI P., I diritti fondamentali. Libertà e Diritti sociali, II ed., Torino, 2005.

CARETTI P., La lenta nascita della «bicameralina», strumento indispensabile non solo per le Regioni, ma anche per il Parlamento, in Le Regioni, Bologna, 2003.

CARLASSARE L., Diritti di prestazione e vincoli di bilancio, in Costituzionalismo.it, 3/2015.

CAROPPO M.S., TURATI G., I sistemi sanitari regionali in Italia, Milano, 2009

CARPANI G., La Conferenza Stato-Regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi, Bologna, 2006.

CARPANI G., La cooperazione fra Stato e Regione nella definizione dei LEA: dall'intesa "condizionata" sancita dal Presidente della Conferenza Stato-Regioni al ritiro, da parte del Governo, del provvedimento, in Sanità Pubblica e Privata, 5, 2008.

CARPANI G., I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea, (a cura di), R. BALDUZZI, in La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale, Bologna, 2010.

CARPINO R., Evoluzione del sistema delle Conferenze, in Le istituzioni del federalismo, 2006. CASSESE S. (a cura di), Istituzioni di diritto amministrativo, Milano, 2004.

- CASSESE, S. La nuova costituzione economica europea, Roma-Bari, 2012.
- CATTAPANI M., I livelli essenziali delle prestazioni, (a cura di) G. BOBBIO-M.MORINO, in Lineamenti di diritto sanitario, Padova, 2012.
- CELOTTO A., La materia sanitaria nell'ambito delle competenze legislative regionali del nuovo art. 117 Cost., in L'Arco di Giano, 2002.
- CEPIKU D., FIORANI G., M. MENEGUZZO, Sostenibilità dei Servizi sanitari e valutazione delle "performance", in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di) La Sanità in Italia, Organizzazione, governo regolazione, mercato, 2010.
- CERIANI V., Federalismo, perequazione e tributi: dalla riforma degli anni Novanta al nuovo Titolo V, in L'attuazione del federalismo fiscale. Una proposta, BASSANINI F. - MACCIOTTA G. (a cura di), Bologna, 2005.
- CERRUTI T., I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale, in Associazione italiana dei costituzionalisti, 2013, 4, in <http://www.rivistaaic.it>.
- CHIEFFI L., Allocazione delle risorse e ambiti di tutela del diritto alla salute. Riflessioni in tema di determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei criteri di priorità, in L'arco di Giano, 2002,
- CHIEFFI L., Disarticolazione del sistema delle autonomie e garanzia dei livelli essenziali, in La riforma del Titolo V e la giurisprudenza costituzionale, BETTINELLI E. - RIGANO F. (a cura di), Torino, 2004.
- CILIONE G. , Diritto sanitario, Profili costituzionali e amministrativi, Rimini, 2005
- COCO G., Deficit e controllo nel sistema sanitario, (a cura di), C. DE VICENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA, in La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato, Bologna, 2010.

COLICELLI C., DI FRANZIA C., Regionalismo e sanità, in "Tendenze nuove", 1, 2002.

CONTICELLI M., Privato e Pubblico nel Servizio Sanitario, 2012.

COMINO A. - DE MARCO A. - NATALINI A., La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in Welfare e federalismo, TORCHIA L. (a cura di), Bologna, 2005.

COSSIGA C., Federalismo fiscale e perequazione finanziaria, in La Finanza Locale, fasc. 7-8, 2007.

CORPACI A., Revisione del Titolo V della Parte seconda della Costituzione e sistema amministrativo, in Le Regioni, Bologna, 2001.

CORSO G., I diritti sociali nella costituzione italiana, in Riv. trim. dir. pubbl., 1981.

COVINO F., Il criterio della standardizzazione dei costi e i meccanismi perequativi nel disegno di legge di delega per l'attuazione dell'art. 119 Cost., 8 aprile 2009, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it).

CREPALDI G., Dai LEA ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, II co., lett. m), Cost), in La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo, ANDREIS M. (a cura di), Milano, 2006.

CUOCOLO L., La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, Milano, 2005.

CUOCOLO L., Livelli essenziali: allegro, ma non troppo, in Giur. Cost., 2006.

CUTTAIA F. G., Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive, Quaderni Astrid, 2017, reperibile in [http://www.sossanita.it/doc/2017\\_06\\_condizionamento-finanziario-diritto-salute.pdf](http://www.sossanita.it/doc/2017_06_condizionamento-finanziario-diritto-salute.pdf)

D'ALOIA A., Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni, in *Le Regioni*, Bologna, 2003,

D'ANGELOSANTE M., Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del Servizio Sanitario nazionale In Italia, Bologna, 2012.

DE ANGELIS M., La complessità dei sistemi sanitari. Problematiche giuridiche del caso italiano, 2012.

DE ANGELIS M., Materiali per lo studio del sistema sanitario nazionale, Esculapio, 2015.

DE ANGELIS M., Crisi e sanità effetti su politiche e diritti. Il caso della Regione Marche, in *Le Regioni*, n.2 aprile 2015.

DE GOETZEN S., La disciplina in materia di ticket incidente sui livelli essenziali di assistenza, Divieto di differenziazioni in melius?, in *Le Regioni*, 2012.

DE ROBERTO A., La salute nella costituzione, (a cura di) M. ANDREIS, in *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Milano, 2006.

DE VINCENTI C., FINOCCHI GHERSI R., TARDIOLA ANDREA (a cura di), *La Sanità in Italia, Organizzazione, governo, regolazione, mercato*. Bologna, Il Mulino, 2010.

DI FOLCO M., Le funzioni delle conferenze, in *Manuale di diritto sanitario*, BALDUZZI R. - CARPANI G. (a cura di), Bologna, 2013.

DI GIROLAMO A.S., Livelli essenziali e finanziamenti dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione, nota a Corte cost. 98/07, in *forumcostituzionale.it* , 2007.

DI SOMMA C., Livelli essenziali di assistenza e leale collaborazione attraverso l'intesa, in *Forum di Quaderni Costituzionali*.

DIRINDIN N., I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali, in I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nella Costituzione. Doveri dello Stato, diritti dei cittadini, Atti del seminario, Roma, 12 marzo 2002, in <http://www.legautonomie.it>.

DIRINDIN N., Tutela della salute e livelli di assistenza essenziali ed integrativi, in *Rass. Giur. San.* 2000

DIRINDIN N., Sanità e federalismo: un matrimonio, (a cura di) U. MONTAGUTI, in *Il federalismo in Italia, Riflessioni ad uso degli operatori sanitari*, Genova, 2002.

FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F. “Obiettivi dell'intervento pubblico e livello verticale delle decisioni collettive: il federalismo sanitario tra questioni allocative e distributive”, FIORENTINI G. (a cura di) “Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie”, Bologna, 2003.

FARINELLA D., SAITTA P., SIGNORINO G., Senza welfare? Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010 Regionalizzazione dei sistemi sanitari e nuovi modelli di governance dell'assistenza, il caso della rete stroke.

[http://www.espanet-italia.net/conferenza2010/programma/edocs/1C/1C\\_signorino\\_saitta\\_farinella.pdf](http://www.espanet-italia.net/conferenza2010/programma/edocs/1C/1C_signorino_saitta_farinella.pdf)

FATTORE G., LONGO F., Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani Sanitari rappresentativi, in *Rapporto OASI 2002*, Milano, 2002.

FERIOLI E. A., Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia ed eguaglianza, in [http://www.forumcostituzionale.it/site/index3.php?option=com\\_content&task=view&id=1068](http://www.forumcostituzionale.it/site/index3.php?option=com_content&task=view&id=1068)

FERRARA R., Il diritto alla salute: principi costituzionali, in Salute e sanità, a cura di R. FERRARA, in Trattato di biodiritto, diretto da S. RODOTA', P. ZATTI, Milano, 2010.

FERRARA R., L'ordinamento della sanità, Torino, 2007.

FERRARA R.–VIPIANA P. M., Principi di diritto sanitario, Torino, 1999.

FIORENTINI G. I servizi sanitari in Italia 2000, Bologna 2000.

FIORENTINI G. “Sostenibilità finanziaria e politica del servizio sanitario nazionale”, in R. Balduzzi (a cura di) “Trent'anni di servizio sanitario nazionale: un confronto interdisciplinare”, Bologna, 2009.

FORTIS M., La crisi mondiale e l'Italia, Il Mulino, 2009.

FRANCE G., “Laboratori del federalismo” e miglioramento del servizio sanitario nazionale, in ISSiRFA.cnr.it , 2008.

FRANCE G., Diritto alla salute, devolution e contenimento della spesa: scelte difficili, scelte obbligate, in ISSiRFA.cnr.it, 2005.

GALLERANO G. M., L'autonomia finanziaria nel nuovo art. 119 della Costituzione,  
<http://www.rivista.ssef.it/www.rivista.ssef.it/sitea180.html?page=20051028122146618&edition=2005-10-01>

GALLO F., Il nuovo articolo 119 della Costituzione e la sua attuazione, in L'attuazione del federalismo fiscale. Una proposta, BASSANINI F. - MACCIOTTA G. (a cura di), Bologna, 2005.

GAMBINO S., Autonomia, asimmetria e principio di eguaglianza: limiti costituzionali al federalismo fiscale, in Politica del diritto, fasc. 1, 2009.

GENSINI G. - NICELLI A. – TRABUCCHI M. – VAMARA F. (a cura di), Rapporto Sanità 2013, Sistema sanitario e sviluppo del Paese alcune specificità in tempo di crisi, 2013

GIGLIONI F., I servizi sanitari, in TORCHIA L., (a cura di), Welfare e federalismo, Bologna, 2005.

GRATTERI A., La faticosa emersione del principio costituzionale di leale collaborazione, in [www.costituzionale.unipv.it](http://www.costituzionale.unipv.it).

GRIGLIO E., La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano, in Rivista AIC, 3/2012.

GRIGLIO E., La sanità «oltre» le Regioni: il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni, (a cura di) R. BALDUZZI, in Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare, Bologna, 2009.

GUALDANI A., I servizi sociali tra universalismo e selettività, Collana di Studi, Università di Siena

IMMORDINO D., Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contributo regionale di solidarietà ambientale: prove tecniche (fallite) di “federalismo fiscale”, in Le Regioni, 2012.

JORIO E, Attuazione del federalismo fiscale per Regioni, Enti locali, Sanità, Rimini, 2007.

JORIO E., Diritto sanitario, Milano, 2005.

JORIO E., L'art. 119 della Costituzione e il finanziamento della salute. Contraddizioni e limiti applicativi, in Sanità pubblica e privata, n.6 2007

JORIO E., I Piani di rientro dei debiti sanitari regionali. Le cause, le proposte e le eccezioni, in Federalismi.it, 18 febbraio 2009.

JORIO E., Il federalismo fiscale: il nuovo fisco municipale, in [www,federalismi.it](http://www.federalismi.it), 2011, n.10.

JORIO E., Riforma del Welfare, devoluzione e federalismo della salute, in Sanità pubblica, 2002,

JORIO E., Un primo esame del d.lgs. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale, nonché sul finanziamento della sanità (... cinque dubbi di incostituzionalità), in Federalismi.it, 7 giugno 2011.

JORIO E., Federalismo municipale: la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard (...e non solo), in Comuni d'Italia, Rimini 2011, n.3.

JORIO E., Il fondo perequativo e i livelli essenziali di assistenza, in Sanità Pubblica e Privata, n. 4, 2004.

LIBERATI P., Sanità e federalismo in Italia, (a cura di) G. FRANCE, in Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approcci, Milano, 2001.

LORETUCCI M.T., NANTE N., GIUSSANI M., SIMONETTI S., MESSINA G., PALUMBO F., Evoluzione normativa dei piani di rientro dai deficit sanitari, in Organizzazione sanitaria, [secup.it](http://secup.it) , 2/2008.

LUCIANI M., I Livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra stato e regioni <http://www.giappichelli.it/stralci/3481892.pdf>

LUCIANI M., I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art.117, comma 2, lett. M) della Costituzione), in Sanità Pubblica, 2002

LUCIANI M., Il diritto costituzionale alla salute, in Dir. soc., 1980

LUCIANI M., Diritto alla salute (dir. cost), in Enc. Giur, XI, Roma1989.

M. LUCIANI, Salute, I, Diritto alla salute – Diritto costituzionale, voce, in Enc. giur., XXVII, Roma, 1991, p. 2.

MACINATI, M. S. 'Le aziende sanitarie pubbliche. La ricerca dell'economicità tra vincoli e margini di azione, Bologna, 2007'

MAINO F., La politica sanitaria, Bologna, 2001.

MANCINI C., L'azienda sanitaria a dieci anni dalla sua istituzione, in Sanità pubblica e Privata, 2004.

MANFRELOTTO R., PLAUTINO M., Profili dell'organizzazione sanitaria tra centralismo e regionalizzazione: prospettive di riforma, (a cura di) L. CHIEFFI, in Il diritto alla salute alle soglie del Terzo Millennio, Torino, 2003.

MANGIAMELI S., La riforma del regionalismo italiano, Torino, 2005.

MANGIAMELI S., La nuova parabola del regionalismo italiano: tra crisi istituzionale e necessità di riforme, in ISSIRFA.cnr.it , 2012.

MANGIAMELI S., Il Titolo V della Costituzione alla luce della Giurisprudenza Costituzionale e prospettive di riforma, Relazione tenuta al Seminario "Il sindacato di costituzionalità sulle competenze legislative dello Stato e delle Regioni", su invito della Corte costituzionale, il 15 maggio 2015.

MAPELLI V., Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali, (a cura di) L. BERNARDI, in La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000, Bologna, 2000.

MARTINELLI M., La Contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie, Milano, 2001.

MARTINES T., RUGGERI A., SALAZAR C., Lineamenti di diritto regionale, Milano, IX ed., 2012.

G. MARTINI, L'autonomia legislativa regionale dopo il voto referendario sul progetto di riforma costituzionale, in Istituzioni del Federalismo, Rivista di studi giuridici, n. 3 luglio/settembre, 2016.

MASCIA D., Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis, (a cura di) M. BIOCCHA, R. GRILLI, B. RIBOLDI, in La Governance nelle organizzazioni sanitarie, Bologna, 2008.

MERLONI F., La leale collaborazione nella Repubblica delle autonomie, in Diritto pubblico, 2002.

MINISTERO DELLA SALUTE, Rapporto di Monitoraggio dei Lea, a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Ufficio VI, reperibile in [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2397\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2397_allegato.pdf)

MOLASCHI V., Sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, riflessioni sulla vis espansiva di una "materia" in Sanità Pubblica e Privata, 2003

MORANA D., La salute nella Costituzione italiana, profili sistematici, Milano, 2002.

MORICH C., FALZI S., GANDULLIA L., XXXVII Conferenza Italiana di Scienze Regionali in <http://www.aisre.it/images/aisre/57fd2189044fd7.81655798/paper%20AISRe.pdf>

MORTATI C., La tutela della salute nella Costituzione italiana, ora in Raccolta di scritti, III, 1972

NAPOLITANO G., Il nuovo Stato salvatore: strumenti di intervento e assetti istituzionali, in Giornale di Diritto Amministrativo, 2008 reperibile on line

[www.cesifinalbertopredieri.it/.../partUploaderView.jsp?\\_...Stato+salvatore+GDA...Stat..](http://www.cesifinalbertopredieri.it/.../partUploaderView.jsp?_...Stato+salvatore+GDA...Stat..)

NARDINI M., La “via italiana al federalismo” tra vincoli di bilancio, giurisprudenza costituzionale e riforme istituzionali, in *Amministrazione in Cammino*, 2013.

NUTI S. – VAINIERI M., *Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio sanitario nazionale*, 2011

PACE A., *Problematica delle libertà costituzionali, parte generale*, Padova, 1990.

PANZERA C., I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni, in *Giur cost.*, 2011.

PARRILLA S. Le risorse del servizio sanitario: dall'accordo del 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005, in *Sanità pubblica e privata*, n. 4/2005.

PATRONI GRIFFI U., Federalismo e concorrenza, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, n. 3-4, 2001.

PELLEGRINI L., I livelli essenziali di assistenza: uno strumento di governo nel federalismo sanitario, in *RaGiuSan*, Roma, 2002,

PELLEGRINO P. La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale Università del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro” Alessandria, Working paper n. 62, 2005

<http://polis.unipmn.it/pubbl/RePEc/uca/ucapdv/pellegrino62.pdf>

PESARESI E., La determinazione dei “livelli essenziali delle prestazioni” e la materia “tutela della salute”: la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell’era del decentramento istituzionale, in *Giur cost.*, 2006.

PEZZINI B., *La decisione sui diritti sociali. Indagine sulla struttura costituzionale dei diritti sociali*, Milano, 2001.

PEZZINI B., Il diritto alla salute: profili costituzionali, in Dir. soc., 1983

PINELLI C., Sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, in Dir. Pubbl., 3/2002

PINELLI C., Livelli essenziali delle prestazione e perequazione finanziaria, in Diritto e società, fasc. 4, 2011.

PIOGGIA A., La competenza amministrativa. L'organizzazione fra specialità pubblicistica e diritto privato, Torino, 2001.

PITRUZZELLA G., Federalismo fiscale e perequazione, in Rivista Amministrativa della Repubblica Italiana, fasc. 6, 2012.

PIZZETTI F., La Conferenza unificata Stato regioni, città e autonomie locali, in Giorn. Dir. Amm., I, 1998,

POGGI A.M., Diritti sociali e differenziazioni territoriali, in I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema, BALDUZZI R. (a cura di), Milano, 2005.

POGGI A.M., Istruzione, formazione professionale e Titolo V: alla ricerca di un (indispensabile) equilibrio tra cittadinanza sociale, decentramento regionale e autonomia funzionale delle istituzioni scolastiche, in Le Regioni, Bologna, 2002.

PRINCIPATO L., Il diritto costituzionale alla salute: molteplici facoltà più o meno disponibili da parte del legislatore o differenti situazioni giuridiche soggettive, in Giur. cost., 1999, pp. 2512 – 2513.

PRINCIPATO L., I diritti costituzionali e l'assetto delle fonti dopo la riforma dell'art.117 della Costituzione, in Giur. Cost., n. 2, 2002.

REA M. A., Le aziende sanitarie pubbliche. Profilo economico aziendale, modello contabile e problematiche di bilancio, Torino, 1998.

RESCIGNO G.U., I diritti civili e sociali fra legislazione esclusiva dello Stato e delle Regioni, in S. Gambino (a cura di), Il nuovo ordinamento regionale in Italia. Competenze e diritti, Milano, 2003

F. RIGANO E. BETTINELLI (a cura di) i Quaderni del “Gruppo di Pisa” La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale, Atti del seminario di Pavia svoltosi il 6-7 giugno 2003  
<http://www.gruppodipisa.it/wpcontent/uploads/2012/07/TitoloVPAVIAB.pdf>

RIVOSECCHI G., Il c.d. pareggio di bilancio tra Corte e legislatore, anche nei suoi riflessi sulle regioni: quando la paura prevale sulla ragione, in “Rivista Aic”, 3/12.

ROSSI L.S., BOTTARI C. (a cura di) i Quaderni di Sanità Pubblica, Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano, San Marino 2013.

ROSSI E., STRADELLA E., La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria, in [gruppodipisa.it](http://gruppodipisa.it),

ROVAGNATI A., I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute: un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m), Il comma, art. 117 Cost., in Le Regioni, Bologna, 2003.

ROVERSI MONACO F. A - C. BOTTARI, Commento all'art.1, in F. ROVERSI MONACO, Il Servizio sanitario nazionale. Commento alla l. 23 dicembre 1978, n. 833, Milano.

RUSSO V., Prospettive per la perequazione ed il federalismo, in Rivista dei tributi locali, fasc. 2, 2005.

SALAZAR C., Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali. Orientamenti e tecniche decisorie della Corte costituzionale a confronto, Torino, 2000.

SALAZAR C, Crisi economica e diritti fondamentali, in Rassegna Parlamentare, 4, 2013.

SENATO della Repubblica – Servizio Studi, La devolution Schede di lettura dell'A.S. 1187, Aprile 2002 <https://www.senato.it/2952>

SICLARI M., Le indicazioni della più recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto alla salute e di diritto all'assistenza, in Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V, BALDUZZI R. - DI GASPARE G. (a cura di), Milano, 2002.

SICLARI M., *L'art. 32, primo comma, della Costituzione*, in *Monitor*, 2012, 29, pagg. 14-20.

SICLARI M., nel Convegno sul tema "Sanità e salute nella giurisprudenza costituzionale" svoltosi ad Alessandria nei giorni 3-4 novembre 2011

SIMONCINI A., E. LONGO, Art. 32, in Commentario alla Costituzione, a cura di R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI, Torino, I.

SPAGNUOLO VIGORITA R., Politiche Pubbliche del Servizio Sanitario, Profili giuridici, Napoli, 2003.

TARDIOLA A., Il ruolo del costo standard nella riforma federalista del welfare, in *Astrid*,

<http://www.astrid-online.it/welfare-lavoro/amministra/materiali/amministra/studi-e-ri/index.html?page=9>

TARONI F., Livelli essenziali di assistenza, ipotesi "federali" e futuro del Servizio sanitario nazionale, in *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, BALDUZZI R. (a cura di), Milano, 2004.

TARONI F., Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?, in *I servizi sanitari in Italia*, FIORENTINI G. (a cura di), Bologna, 2001.

TORCHIA L., (a cura di), *Welfare e federalismo*, Bologna, 2005.

TORCHIA L., La potestà legislativa residuale delle regioni, in *Le Regioni 2002*, <http://archivio.rivistaaic.it/dibattiti/riforma/torchia.html>

TORCHIA L., Concorrenza fra Stato e Regioni dopo la riforma del Titolo V: dalla collaborazione unilaterale alla collaborazione paritaria, in *Le Regioni, 2002*

TRUCCO L., Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali, in *Atti del Convegno annuale dell'Associazione "Gruppo di Pisa" I diritti sociali: dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Trapani, 2012, in <http://www.gruppodipisa.it>.

TUBERTINI C., La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it)

VANDELLI L., Art. 3, in AA.VV., *Il Servizio Sanitario Nazionale, Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, con il coordinamento di F. A. ROVERSI MONACO*, Milano, 1979.

VANDELLI L., *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale* (a cura di) A. PIOGGIA, L. VANDELLI, in *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, 2006.

VICECONTE N., *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, BALDUZZI R. - CARPANI G. (a cura di), Bologna, 2013.

VITIELLO B., *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni* [http://www.regione.emilia-romagna.it/affari\\_ist/rivista\\_6\\_2006/vitiello.pdf](http://www.regione.emilia-romagna.it/affari_ist/rivista_6_2006/vitiello.pdf)

D. ZOLO, *Teoria e critica dello Stato di Diritto*, e P. COSTA *Lo Stato di Diritto: un'introduzione storica*, in P. COSTA e D. ZOLO (a cura di) *Lo Stato di Diritto*, Milano, Feltrinelli, 2002, pp. 17-88; 89-170