



Costituzionalismo.it

Fascicolo 2 | 2020

**L'organizzazione territoriale
per il presidio del diritto alla salute**

di Fabio Giglioni

EDITORIALE SCIENTIFICA

L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE PER IL PRESIDIO DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Fabio Giglioni

Professore ordinario di Diritto amministrativo
Università di Roma 'La Sapienza'

SOMMARIO: 1. SOMMARIA DESCRIZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE; 2. LA RELATIVA FUNZIONE DI EQUILIBRIO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA; 3. L'IMPORTANZA DI DETERMINARE LE PRIORITÀ; 4. RIPENSARE L'ARTICOLAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE; 5. L'ACCESSIBILITÀ DEI PRESIDI TERRITORIALI; 6. L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DURANTE LA PANDEMIA; 7. CONCLUSIONI.

1. Sommatoria descrizione del servizio sanitario nazionale

La pandemia dovuta alla diffusione del virus Covid19 nel corso del 2020 ha reso molto evidente, più di quanto già non sia in tempi ordinari, l'importanza di poter disporre di un servizio sanitario nazionale pubblico a carattere universale, egualitario e globale. Di fronte a una crisi di portata storica, nonostante alcuni evidenti limiti organizzativi e in qualche circostanza anche in presenza di gravi disservizi, nessuno ha mai potuto dubitare di poter vantare dei diritti a carico delle strutture rientranti nel servizio sanitario per poter fruire delle prestazioni necessarie. Questa condizione ha fatto riscoprire, sia pure in un momento drammatico, il valore solidale che è espresso nella costruzione del sistema sanitario nazionale. Ciò ha perfino creato un ambiente ideale sotto il profilo delle motivazioni personali che ha favorito anche lo sviluppo di una competizione virtuosa, soprattutto tra i professionisti sanitari, che pare poter esser ricondotta a una sincera introiezione di una cultura di pubblico servizio nel nostro paese.

D'altra parte, un buon modo per comprendere pienamente la portata della riforma sanitaria del 1978 è svolgere il confronto con il passato ed è indubbio che ora, diversamente da prima, i cittadini fruiscano di un accesso alle cure che prescinde totalmente dalle appartenenze categoriali, dall'attività lavorativa che svolgono (o non svolgono) e dall'appartenenza di genere, visto che le donne sono tu-

telate in quanto tali e non più in base alle relazioni di ordine familiare. È cresciuta la consapevolezza che la salute è strettamente legata alle situazioni sociali, con la conseguenza che i servizi di assistenza devono farsi carico della dimensione complessiva della persona, prima ancora che questa abbia manifestato una patologia¹. Infine, vale la pena sottolineare che tutti, a prescindere da qualunque posizione sociale o convinzione personale, possono rivendicare non solamente un diritto da soddisfare, ma la libertà del proprio modo di concepire i valori della vita al cui servizio le strutture che compongono il sistema sanitario si devono porre. Sono appunto acquisizioni importanti che restituiscono una raffigurazione di un accesso diffuso ai servizi per la salute, garantito a tutti, in grande misura anche ai non cittadini, per esigenze plurime.

Tutto bene, allora? Non propriamente. È stata diffusa in questi anni la convinzione che a fronte di questi risultati se ne registrano altri molto meno lusinghieri. I problemi che hanno ricevuto un più largo accoglimento in sede politica sono quelli manifestati dalle analisi economiche, che hanno messo in evidenza due questioni in modo particolare: l'inefficienza del sistema e la (in)sostenibilità per la finanza pubblica. Ne è derivato un complesso di politiche pubbliche in ambito sanitario dominate dall'esigenza di controllare la spesa e renderla più efficiente². Così, all'interno di un contesto rimasto immutato di servizio sanitario nazionale, che non è mai stato seriamente messo in discussione, si sono operate scelte, a partire dagli anni Novanta dello scorso secolo, che hanno segnato una discontinuità rispetto ai primi quindici anni di storia. Le priorità seguite da quel momento in poi, infatti, sono state tutte centrate sull'esigenza di modellare un servizio che riflette le logiche di mercato, considerate – appunto – più efficienti. Dentro questo cambiamento si registrano effetti più complessivi che includono l'idea stessa di servizio pubblico, equiparata a un'attività composta prevalentemente da prestazioni tese a soddisfare le domande di servizio degli utenti. In altri termini, l'offerta, compresa quella or-

¹ Ricorda in modo convincente i successi del servizio sanitario nazionale G.L. BULSEI, *Il Servizio sanitario nazionale tra decisioni politico-amministrative e pratiche sociali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, il Mulino, 2009, pp. 32-33.

² Cfr. le ricostruzioni offerte da L. FORNI, *Il modello italiano per la salute, tra crisi economica, scarsità delle risorse e crisi dei diritti. Un'analisi teorico-giuridica*, in *Riv. trim. sc. amm.*, 4/2015, pp. 52-55.

ganizzata dal sistema pubblico, deve incontrare la domanda di salute come dichiaratamente espressa.

La conseguenza è che oggetto principale delle prestazioni è divenuto il “bisogno manifestato” dal paziente. In altre parole, l'organizzazione così pressata prende a carico solo chi pone la domanda di salute a seguito di una malattia o di una perdita funzionale dell'uso degli organi vitali. Il paziente coincide con il malato acclarato³. Ne consegue che per le organizzazioni diventa importante specializzarsi, elevare l'adeguamento tecnico delle prestazioni, ricercare professioni mirate e di alto livello per soddisfare nel modo migliore la domanda di salute, concentrando il maggior numero delle risorse su questi aspetti. È un modello organizzativo dove l'attenzione alla cura e in parte anche alla riabilitazione è assolutamente preponderante, mentre la prevenzione, la presa in carico che precede la cronicizzazione delle malattie e la differenziazione dei trattamenti in base anche alle condizioni sociali di vita ricevono una limitata considerazione, anche perché spesso meno redditizie⁴.

Ci sono evidenti diversità con le previsioni iniziali contenute nella legge istitutiva del servizio sanitario del 1978, che all'art. 2, c. 2, precisa che nell'ambito delle proprie competenze il servizio sanitario persegue anche il superamento degli squilibri socio-sanitari del paese e, più in generale, una serie di obiettivi identificati in relazione a specifici ambienti di vita e a specifiche categorie di soggetti che mirano alla rimozione delle cause di disagio in funzione preventiva⁵. Per questa ragione

³ Cfr. A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianze*, in *Ist. fed.*, 2020, pp. 40-41, per la quale il problema dei diritti sociali non consiste solo nel soddisfare le richieste che li sostanziano, ma procedere alla loro esatta definizione.

⁴ Gli studi dei sociologi spesso mettono in evidenza la stretta connessione tra povertà sociale e condizioni precarie di salute; cfr. S. DELLA BELLA, *Diseguaglianze sociali nella salute in Italia: un'analisi dinamica usando dati Echp*, in *Polis*, 2013, pp. 421-422; M. CARDANO, *Disuguaglianze sociali, povertà e salute*, in A. BRANDOLINI, C. SARACENO, A. SCHIZZEROTTO (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bologna, il Mulino, 2009, pp. 131-132 e anche G.L. VENTURINI, *Povertà e salute: i guai non vengono mai da soli*, in A. BRANDOLINI, C. SARACENO, A. SCHIZZEROTTO (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bologna, il Mulino, 2009, p. 191 ss. Tra il 1993 e il 2012 l'Italia figura tra i paesi che ha il peggior rapporto tra investimenti per medicina di prevenzione rispetto a quella di cura specializzata: cfr. il rapporto 2020 OCSE, *Realising the Potential of Primary Health Care*.

⁵ Per una sottolineatura dei profili più marcatamente protesi alla coesione oltre

la legge istitutiva prevedeva una corposa ramificazione delle strutture sanitarie di prossimità nel segno dell'uniformità⁶: negli obiettivi originari del servizio sanitario nazionale vi era una forte tensione a garantire l'uguaglianza dei cittadini.

2. La relativa funzione di equilibrio dei livelli essenziali di assistenza

Prima di addentrarsi oltre può essere ancora utile indugiare per verificare se i citati cambiamenti possono essere stati bilanciati dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza, che parte della dottrina ha perfino concepito come la nuova declinazione dell'uguaglianza⁷. In effetti, le nuove indicazioni che hanno inciso sull'organizzazione sono state assunte consapevolmente: la sfida lanciata è stata quella di continuare a garantire l'uguaglianza dei cittadini di fronte ai problemi della salute dentro un'architettura organizzativa che però abbandonava il principio dell'uniformità. Detto in sintesi, garantire l'uguaglianza dentro un quadro di differenziazione sostenibile delle organizzazioni ha significato concentrare la scelta politica sulla determinazione dei livelli essenziali. Pur non volendo sottovalutare l'importanza di questo argomento, alla luce di quanto emerso in questi ultimi trent'anni si può dire che la forza di riequilibrio dei livelli essenziali è stata sovrastimata⁸.

Per la verità, infatti, anche la determinazione dei livelli essenziali sembrerebbe una scelta coerente con il quadro posto in trasformazione descritto⁹. In aderenza con quel modello organizzativo intrapreso

che all'efficienza della riforma sanitaria successiva agli anni Novanta si veda R. BALDUZZI, *I servizi pubblici e la dimensione imprenditoriale della pubblica amministrazione. Salute e assistenza sociale*, in AA.VV., *L'attuazione del titolo V della Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2005, p. 477 ss.

⁶ Cfr. recentemente su questo punto F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Ist. fed.*, 2018, pp. 792-794.

⁷ Cfr. E. BALBONI, *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'uguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e i provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2007, p. 27 ss.

⁸ Il carattere debole di riequilibrio dei livelli essenziali era già stato sottolineato da E. FERIOLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a temperare autonomia e uguaglianza*, in *Le Regioni*, 2006, pp. 572-573.

⁹ Si veda sul punto M. D'ANGELOSANTE, C. TUBERTINI, *Cittadinanza ammini-*

negli anni Novanta dello scorso secolo, le missioni di servizio pubblico si sono assottigliate. Se, da un lato, procedere alla determinazione di puntuali prestazioni come definizione di livello essenziale offre un contributo di chiarezza circa gli obblighi da rispettare, dall'altro, però, segnala anche una tendenza nella quale il servizio pubblico si connota esclusivamente in termini di somma di prestazioni, intese come prodotto delle attività delle aziende. Rifugge così dal servizio pubblico in ambito sanitario tutta una serie di altre operazioni e attività che non sono riconoscibili come prestazioni vere e proprie e che, tuttavia, sono determinanti essenziali per la salute¹⁰. Si pensi, ad esempio, alle attività di controllo per l'igiene, all'educazione alimentare, alla rimozione delle cause di inquinamento che provocano rischi per la salute, al contrasto alle condizioni sociali di svantaggio. Sono certamente anche queste attività dovute, ma non rientrano propriamente nell'accezione di prestazioni. La stessa Agenas, nella presentazione del rapporto del 2019, ammette che il pur apprezzabile Piano Nazionale Esiti non ha ancora sviluppato indicatori per valutare l'assistenza territoriale e appare troppo sbilanciato sull'assistenza specialistica¹¹.

È merito della Corte costituzionale se è prevalsa una lettura non riduttiva dei livelli essenziali, che ha permesso di elaborare una nozione più ricca di cui il governo ha dovuto tener conto. Alla prima declinazione dei livelli essenziali, concepita sostanzialmente come elenco di prestazioni, è seguita l'approvazione di interventi normativi successivi che hanno compreso anche gli standard qualitativi¹², gli elementi di costo¹³ e, perfino, contenuti organizzativi minimi¹⁴, sia pure nella cautela

strativa, salute e sanità, in A. PIOGGIA, A. BARTOLINI, *Cittadinanze amministrative*, in D. SORACE, L. FERRARA (a cura di), *A 150 anni dall'unificazione italiana*, Firenze, VIII, 2017, pp. 111-112.

¹⁰ È ben noto il peso delle condizioni sociali sullo stato della salute di una persona, ad esempio; vedi V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, in *Riv. BioDiritto*, 2/2019, pp. 36-37.

¹¹ Così, infatti, si legge nelle conclusioni del Programma Nazionale degli Esiti del 2019, pubblicato sul sito istituzionale dell'Agenas. Su questo punto insiste molto anche A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianze*, cit., pp. 53-54.

¹² Si vedano le sentenze della Corte costituzionale n. 134 del 2006 e n. 80 del 2007, poi riprese in molte altre pronunce successive.

¹³ Così le sentenze della Corte n. 203 del 2008 e n. 187 del 2012.

¹⁴ Si veda, ad esempio, la sentenza n. 192 del 2017 della Corte costituzionale che at-

di mantenere uno spazio di intervento regionale. Il Dpcm 12 gennaio 2017 è una risultante di questo consolidato orientamento che rende i livelli essenziali un fattore di baricentro del sistema complessivo. Ciononostante questo non ha contribuito a sufficienza a neutralizzare una nozione di servizio pubblico allineata soprattutto con le garanzie di prestazione¹⁵. Ne è una riprova il limite che lo stesso giudice costituzionale ha riconosciuto a carico delle regioni sottoposte al piano di rientro di non poter determinare ulteriori livelli essenziali rispetto a quelli fissati dallo stato, anche se finanziati autonomamente¹⁶. Questa vicenda dimostra palesemente che la funzione di riequilibrio delle differenze dei livelli essenziali ha mancato di riproporre una nozione ampia di servizio pubblico.

La seconda debolezza dei livelli essenziali è prodotta da un insopprimibile margine discrezionale presente in sede applicativa dovuto a ragioni diverse¹⁷, tra cui quello importante riguardante l'appropriatezza. L'evoluzione della tecnica medica, ma anche l'incertezza scientifica sull'origine di alcune malattie, rendono oggettivamente difficile realizzare su tutto il territorio un uguale modo di prendere a carico chi ha bisogno. Sicché rispetto a una medesima domanda di salute, pur a fronte

tribuisce alla determinazione dei livelli essenziali la capacità di definire i volumi quantitativi e i criteri qualitativi delle prestazioni, cui corrisponde anche l'organizzazione di un sistema di monitoraggio e verifica che si può tradurre anche in interventi ulteriori qualora le strutture si discostassero da tali parametri.

¹⁵ Cfr. V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, cit., pp. 42-45, che sottolinea come, ad esempio, i costi rientrano nei livelli essenziali in modo molto relativo non essendo associate a loro le tariffe delle singole prestazioni.

¹⁶ Lo evidenzia criticamente con chiarezza C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?*, in *Le regioni*, 2019, pp. 320-322.

¹⁷ Cfr. su questo punto R. NANIA, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, pp. 39-40; M.G. ROVERSI MONACO, *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza e dei servizi sociali: la prospettiva*, in M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, p. 601; M. COSULICH, G. GRASSO, *Le prestazioni sanitarie*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, p. 349; C. PANZERA, *I livelli essenziali secondo i giudici comuni*, in *Giur. cost.*, 2011, p. 3373; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, Bologna, BUP, 2008, pp. 309-314; G. COCCO, *I livelli essenziali delle prestazioni*, in *Studi in onore di Gianni Ferrara*, Torino, Giappichelli, 2005, II, pp. 53-55.

di un obbligo di presa a carico dovuto ai livelli essenziali, si possono registrare sul territorio risposte diverse. Ne è prova il caso dei malati di Alzheimer, ad esempio, che ha dato vita a orientamenti diversi circa la praticabilità di cure domiciliari in luogo di quelle a carattere residenziale in virtù del fatto che è disputato in sede scientifica se l'Alzheimer debba essere considerato uno stato di malattia o una degenerazione della vecchiaia di ordine sociale¹⁸. Non necessariamente, dunque, i livelli essenziali sono davvero in grado di garantire quell'uguaglianza di prestazioni sul territorio per una medesima domanda di salute.

Il tema dei livelli essenziali ha, inoltre, prodotto l'effetto di minimizzare le attenzioni del centro rispetto ai territori¹⁹. Enfatizzando molto la funzione di riequilibrio e di uguaglianza che i livelli essenziali avrebbero dovuto garantire, l'amministrazione statale ha concentrato i suoi sforzi principalmente su questo punto, tralasciando l'uso di altre leve di condizionamento delle politiche sanitarie condotte dalle regioni. Ad esempio, sebbene i livelli essenziali comprendano anche i servizi di prevenzione, quelli di base e quelli a integrazione socio-sanitaria, su questo punto riferimenti omogenei per le regioni e indicatori che possano misurare i risultati raggiunti hanno cominciato solo da poco a essere messi in atto²⁰. Proprio su questi ambiti di protezione,

¹⁸ Una vicenda particolarmente emblematica è quella che ha contrapposto la regione Piemonte a un'associazione a tutela dei malati di Alzheimer che ha dato vita a una controversia in cui il giudice di primo grado e quello di appello hanno assunto orientamenti opposti: cfr. Tar Piemonte, 31 gennaio 2014, n. 199 e Consiglio di stato, sez. III, 6 febbraio 2015, n. 604. Sul punto si consenta di far rinvio a F. GIGLIONI, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle regioni*, in *Gior. dir. amm.*, 2015, p. 529 ss.

¹⁹ Cfr. G. CARPANI, *Le garanzie per l'effettività dei LEA: quale ruolo per l'Esecutivo e l'amministrazione statale*, in C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, p. 103 ss.; E.A. FERIOLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, cit., p. 564 ss.

²⁰ Il lavoro di monitoraggio e misurazione più avanzato su questo punto è quello svolto dall'Istituto superiore di sanità, tramite il sistema di sorveglianza Passi, acronimo che sta per Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia, che pone sotto attenzione alcuni indicatori chiave per lo stato della salute della popolazione da cui dipende la qualità della vita. Per una consultazione di questi dati si veda la sezione *Epicentro.iss.it* dell'Istituto Superiore di Sanità dedicato. Più in generale sulla debolezza di tali aspetti nel sistema sanitario si sofferma V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, cit., pp. 39-40. A livello OCSE in questa condizione sono anche Svizzera, Slovenia, Olanda e Grecia, mentre solo Lussemburgo e Irlanda non sono ancora dotate neppure

oggettivamente più deboli perché meno soggetti a standardizzazione²¹, si scarica l'annoso tema delle compatibilità finanziarie, che sempre accompagna i livelli essenziali²². Anche su questo aspetto gli importanti arresti giurisprudenziali della Corte costituzionale, autorevolmente ribaditi di recente, a proposito di un nucleo incompressibile del diritto alla salute sottratto al condizionamento finanziario, non risolvono tutti i problemi, che sono principalmente di ordine organizzativo²³.

In conclusione, pertanto, può essere detto che la determinazione dei livelli essenziali, indicata quale esclusiva funzione decisiva per assicurare l'equilibrio della differenziazione organizzativa, riesce, per motivi che si possono definire strutturali, solo in parte a garantire questo risultato²⁴.

3. L'importanza di determinare le priorità

L'insufficienza della capacità di riequilibrio dei livelli essenziali delle prestazioni è spesso sottolineata con riferimento ai diversi esiti delle prestazioni che si registrano sul territorio nazionale, dove si riscontra normalmente un dato noto: la difficoltà delle regioni meridionali di assicurare livelli di prestazione corrispondenti a quelli che si conseguono nelle restanti regioni. Intorno a questa risultanza si misurano le politiche di correzione che sono prioritariamente preordinate a bilanciare

di strumenti embrionali di misurazione. Tutti gli altri paesi hanno invece elaborato dati di riferimento: cfr. rapporto OCSE, *Realising the Potential of Primary Health Care*.

²¹ Cfr. F. PAMMOLLI, F. PORCELLI, F. VIDOLI, M. AUTORI, G. BORA, *La sanità delle regioni*, Bologna, il Mulino, 2020, p. 81, i quali rivelano che l'incontro tra domanda e offerta delle prestazioni sanitarie dipende da fattori ulteriori spesso trascurati, quali la qualità dei servizi, il diverso modo di accedere ai servizi, i livelli di ricchezza privata, gli stili di vita, i fattori genetici e le variabili ambientali.

²² Cfr. C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della discussione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, Bologna, BUP, 2018, I, p. 548, che rileva il dato interessante secondo cui il 95% delle risorse pubbliche coprono la spesa ospedaliera, ma la percentuale è inferiore di un terzo e più per gli altri comparti della spesa sanitaria.

²³ Ci si riferisce naturalmente alle ben note sentenze della Corte costituzionale n. 304 del 1994, 267 del 1998, 309 del 1999, 252 del 2001, 203 del 2016, 103 del 2018 e n. 62 del 2020.

²⁴ Ne è, peraltro, una prova un documento pubblicato dallo stesso Ministero della salute nel 2014, avente come titolo: *Analisi spazio-temporale degli indicatori della Griglia LEA relativa all'adempimento sul "mantenimento dell'erogazione dei LEA"*.

la distribuzione della spesa pubblica secondo un criterio di efficienza produttiva. Ciò implica la necessità di arrivare a una standardizzazione complessiva delle prestazioni, perché questo consente di misurarne il costo, la spesa e quindi anche la remunerazione di strutture e dirigenti. La riforma prodotta dal d.lgs. 68 del 2011, per quanto non ancora pienamente attuata, è posta in questa direzione.

L'utilità di seguire questo percorso fino in fondo può però essere ragionevolmente messa in discussione. In primo luogo, infatti, se il dato si limita solo a sottolineare le differenze territoriali di resa dei servizi, si può dire che si tratta di ben poco, per quanto certamente importante²⁵. Le cause delle diversità di resa dei servizi non possono essere ricondotte solo all'abbandono dell'uniformità organizzativa che non sarebbe stata adeguatamente corretta dalle scelte allocative delle risorse pubbliche²⁶. È questo infatti un dato storico noto, peraltro non limitato al solo ambito sanitario, che ha radici ben più profonde. Con ciò evidentemente non si vuole trascurare la rilevanza di questo livello di disuguaglianza, specie se il dato rischia di manifestare una condizione di cristallizzazione di una disuguaglianza consolidata²⁷, ma sottolineare solo che di per sé dice poco di più di quanto già si sapeva e di quanto già si registrava anche prima delle riforme degli anni Novanta²⁸.

Inoltre, anche ammettendo che questo sia il principale se non unico problema da affrontare, si può dubitare che il ricorso alla standardizzazione dei costi delle prestazioni, cui imputare la distribuzione delle

²⁵ Sulla rilevanza di questo divario specie negli anni più recenti si rinvia a C. COLICELLI, *Salute e sanità nel Mezzogiorno: tendenze e criticità*, in *Riv. giur. Mezzogiorno*, 2018, p. 703 ss.; D. CERSOSIMO, S. CHIMENTI, R. NISTICÒ, *Recessione economica e cittadinanza. Il grande disinvestimento pubblico nel Mezzogiorno negli anni Duemila*, in *Le Regioni*, 2017, p. 917 ss.; E. CATELANI, G.C. FERONI, M.C. GRISOLIA, *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011.

²⁶ Basti vedere il rapporto Cnel del 1982: *Osservazioni e proposte sullo stato di attuazione della riforma sanitaria*, Roma, 1982.

²⁷ Non è, infatti, la registrazione delle differenze territoriali il problema principale, quanto l'incapacità di invertire questa condizione con il rischio di cristallizzarla ancora: cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2019, p. 8.

²⁸ Meritano adesione le conclusioni raggiunte dallo studio di N. GIANNELLI, *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, in *Riv. pol. soc.*, 3/2019, pp. 1-4, il quale sottolinea come le differenze regionali non sono imputabili solamente alle diverse politiche pubbliche ma, in modo assai più decisivo, alla composizione dei bacini di utenza territoriale e al condizionamento storico delle istituzioni sanitarie.

risorse con un relativo riequilibrio perequativo, sia la soluzione corretta. Questa proposta, infatti, produce un evidente paradosso: riduce le risorse ai territori che presentano maggiori difficoltà, proprio nel momento in cui viene preteso dagli stessi l'innalzamento dei livelli di servizio. Naturalmente la logica implicita di questa scelta è evidente: si vuole indurre i territori regionali più in difficoltà a risparmiare sulle spese improduttive per potenziare i servizi, ma tutto ciò richiede una capacità di programmazione notevole, una qualità dell'amministrazione che non è immediatamente disponibile e un periodo di transizione lungo che si pretenderebbe assegnato alla responsabilità esclusiva dei territori "colpevoli". Insomma, è molto probabile che un percorso di questa natura sia destinato ad accrescere le differenze invece di ridurle²⁹.

Peraltro, un percorso di questo tipo disegna ancora una volta un ruolo dello stato riservato ad arbitrare imparzialmente territori visti in competizione. Si tratta, cioè, di una scelta che non mette in discussione la tendenza registrata dopo gli anni Novanta con un centro che si limita a determinare livelli essenziali e risorse, disinteressandosi effettivamente della resa effettiva del servizio pubblico. Si procede per soluzioni che inducono al cambiamento autonomo dei territori, salvo il ricorso estremo al commissariamento. Si ripercorre e si estende la logica già seguita con i patti di rientro, in cui la rilevanza dei correttivi è misurata principalmente sulla capacità di spesa delle regioni e sull'adeguamento dei livelli essenziali standardizzati. Peraltro, si sottolinea appena che tutto questo viene giustificato dalla necessità di dare seguito all'art. 119 cost., attribuendo però un ruolo residuale alla previsione del comma 5 in cui si specifica che lo stato «destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali» nei confronti delle autonomie territoriali per promuovere «lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà

²⁹ Particolarmente chiari in questo senso sono i risultati di una recente ricerca che simula gli scostamenti determinati da un'applicazione della distribuzione della spesa che passi dal criterio capitarario a quello pesato per età della popolazione, che è quello prospettato dalla legge sul federalismo fiscale, o un altro ancora, ipotizzato dagli studiosi stessi, che pesa in modo diverso la distribuzione della popolazione. Secondo questa ricerca, l'esito complessivo di questo passaggio determinerebbe una chiara riduzione dell'assegnazione delle risorse per le regioni meridionali e, particolarmente, per Campania, Calabria, Puglia e Sicilia, con l'unica eccezione della Basilicata, che resterebbe più o meno stabile. Cfr. F. PAMMOLLI, F. PORCELLI, F. VIDOLI, M. AUTORI, G. BORA, *La sanità delle regioni*, cit., pp. 50-52 e anche pp. 194-195.

sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona»³⁰. Per svolgere una funzione di questo tipo bisognerebbe delineare una capacità di intervento e condizionamento ben superiore dello stato e ancorare la distribuzione di risorse aggiuntive al perseguimento di obiettivi di natura organizzativa che realizzino una maggiore uguaglianza effettiva di accesso ai servizi³¹. In realtà di questo possibile ruolo dello stato non vi è traccia significativa e anzi negli anni più recenti il tema sollevato è stato quello della differenziazione delle competenze ulteriori delle regioni³². Peraltro l'ossessione delle compatibilità finanziarie che ha caratterizzato le politiche pubbliche degli ultimi trent'anni rende assai inverosimile che nell'applicazione dell'art. 119 cost. si tenga conto della norma ricordata, finendo così per delineare un'applicazione residuale dello stesso.

E, soprattutto, l'analisi deve tener conto di altri fattori. A un esame più sofisticato del servizio sanitario nazionale emergono altre questioni che spesso sono meno dibattute. Se, da un lato, infatti, le differenze in termini di efficienza organizzativa sui territori sono ben note, spesso si dimentica che i risultati registrati sulla qualità della salute³³ e delle cure, sulle competenze del personale sanitario e sulla chiarezza dei percorsi terapeutici non sono omogenei e che le differenze che si riscontrano riguardano piuttosto il modo in cui si determina la presa in carico: la gentilezza del personale, la pulizia, i tempi delle prestazioni, l'acco-

³⁰ Sull'importanza della leva finanziaria straordinaria a favore dei territori più deboli come uno dei fattori chiave per realizzare l'uguaglianza sostanziale stabilita nell'art. 3 cost. insiste molto M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, in *Pol. dir.*, 2002, pp. 354-355.

³¹ La stessa Corte costituzionale ha ricordato che gli obiettivi di contenimento dei deficit finanziari fissati dallo stato a carico delle autonomie territoriali non deve essere tale da compromettere l'uso proficuo delle risorse a disposizione, pena il mancato adempimento degli obblighi giuridici: cfr. sent. n. 10 del 2016.

³² Cfr. per questa opinione F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, cit., pp. 815-816.

³³ Ad esempio, se si guardano gli indici BES, benessere equo e sostenibile, nel Rapporto del 2019 emerge che, benché sia confermato in generale una peggiore condizione di salute registrata nelle aree meridionali, non sono pochi i casi in cui negli specifici indicatori a primeggiare sono le regioni meridionali: il Molise per il numero basso di mortalità infantile e mortalità per incidenti automobilistici, la Basilicata per la mortalità dovuta a tumori, la Calabria per la mortalità dovuta a demenze e malattie nervose e per il consumo di sigarette, la Sardegna per la qualità dell'alimentazione e, infine, la Sicilia per il consumo di alcol.

glienza, ecc.³⁴. Viceversa, le analisi di studio più recenti dimostrano che le disuguaglianze nel servizio sanitario si registrano in modo significativo ancora in termini di accesso ai servizi³⁵ e la distanza si misura non tra territori ma *nei* territori, colpendo tutte le regioni, con un impatto ancora maggiore per quelle già più deboli³⁶. I problemi principali che si riscontrano riguardano gli squilibri tra le aree interne³⁷. Ad esempio, vi è una certa correlazione tra rischio sanitario e lontananza fisica dai maggiori centri di cura regionali³⁸, così come una netta differenza tra cittadini urbani e cittadini che vivono in distese aree con rarefatti servizi pubblici e limitate infrastrutture di comunicazione e, ancora, una resistenza a cambiamenti reali se le leve di cambiamento delle strutture con risultati di minore efficacia e qualità agiscono su fattori tutti interni (come è nel caso dell'aumento della produttività) invece che su fattori esterni³⁹. Questi studi rivelano urgenze ben diverse da quelle emerse negli ultimi trent'anni la cui risposta non sembra risiedere solo nel potenziamento delle specializzazioni mediche e dell'offerta, ma piuttosto nella ramificazione adeguata dei presidi sanitari sul territorio. In questo contesto aver affidato alla sola presenza dei presidi ospedalieri interni alle aziende sanitarie la funzione di integrazione tra territorio e assistenza ospedaliera mostra tutta la sua debolezza, specie

³⁴ Cfr. N. GIANNELLI, *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, cit., pp. 5-7.

³⁵ Si vedano, tra gli altri, A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e disuguaglianze*, cit., pp. 51-53; V. MOLASCHI, *La tutela della salute nelle periferie*, in *Nuove autonomie*, 3/2016, p. 455 ss.; M. LUCCHINI, S. SARTI, M. TOGNETTI BORDOGNA, *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in A. BRANDOLINI, C. SARACENO, A. SCHIZZEROTTO (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bologna, il Mulino, 2009, pp. 174-181.

³⁶ Si vedano per queste valutazioni N. GIANNELLI, *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, cit., p. 9; M. LUCCHINI, S. SARTI, M. TOGNETTI BORDOGNA, *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, cit., pp. 188-189.

³⁷ È interessante da questo punto di vista il nuovo Patto per la salute 2019-2021, che struttura alcune priorità delle azioni correttive evidenziando come le disuguaglianze non siano solo tra le regioni ma anche interne alle stesse regioni.

³⁸ Cfr. F. PAMMOLLI, F. PORCELLI, F. VIDOLI, M. AUTORI, G. BORA, *La sanità delle regioni*, cit., pp. 186-190 e p. 199.

³⁹ Cfr. N. GIANNELLI, *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, cit., pp. 10-19, il quale sottolinea la complessità dei fattori che stabiliscono le differenze territoriali, non riconducibili solamente alle prestazioni rese per garantire i livelli essenziali di assistenza.

se coniugata con scelte in questi ultimi anni che hanno riguardato la razionalizzazione di questi modelli ospedalieri: è evidente che in un sistema così fragile, sotto il punto di vista della capillarità dei presidi sul territorio, la scelta di chiudere ospedali in provincia spesso solleva preoccupazioni nella popolazione residente.

In altre parole, ad apparire di più urgente rilevanza è il potenziamento dei servizi sul territorio, l'assistenza di base e le attività di prevenzione, affinché le degenerazioni e la cronicizzazione degli stati di salute vengano quanto più contenute. È noto, infatti, che l'accrescimento della presa in carico attraverso i servizi di base diminuisce l'afflusso ai centri sanitari di specializzazione e i ricoveri inappropriati⁴⁰ o anche semplicemente il ricorso ai pronto soccorsi per motivi non effettivamente urgenti⁴¹. Così, oltre ad essere maggiormente efficaci in termini di assicurazione di un buono stato di salute, permettono anche di contenere i costi⁴².

4. Ripensare l'articolazione delle aziende sanitarie

Se, dunque, le cause di disuguaglianza maggiore sono diverse da quelle evidenziate negli ultimi trent'anni, è evidente che le scelte organizzative da mettere in campo dovranno riflettere tali circostanze. Uno dei punti più urgenti su cui riflettere è l'articolazione territoriale delle aziende sanitarie pubbliche. Il passaggio stabilito negli anni Novanta dai comuni alle regioni rispecchiava esigenze ancora una volta di natura efficientistica, spesso connessa all'elevato tasso di politicizzazione presente nei comitati di gestione delle vecchie Usl, strettamente

⁴⁰ Si veda lo studio di A. ROSANO ET AL., *The relationship between avoidable hospitalisation and accessibility to primary care: a systematic review*, in *Eur. Jour. Pub. Health*, 23, 3, 2013, p. 356 ss.

⁴¹ Vi sono studi comparativi in cui si dimostra che i risultati su questo punto in Italia sono particolarmente negativi se comparati con altri paesi: cfr. C. BERTHET, *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand*, in *OECD Health Working Papers*, 83, 2015.

⁴² Cfr. J. ELSTER, *Giustizia locale. Come le istituzioni assegnano i beni scarsi e gli oneri necessari*, Milano, Feltrinelli, 1995, pp. 178-182. Si veda anche A. MASSERA, *Uguaglianza e giustizia nel welfare state*, in *Dir. amm.*, 2009, pp. 33-34, che a proposito dello stato sociale delinea sia i rapporti più classici distributivi sia quelli più a carattere abilitativo in cui si attivano le libertà sociali dei gruppi privati da parte delle pubbliche amministrazioni.

legate ai consigli comunali. Le aziende sanitarie sono state riarticolate seguendo criteri diversi: in alcune regioni si è preferito far coincidere le circoscrizioni territoriali con quelle delle province, risolvendo così la questione attraverso l'elevazione della scala di intervento del servizio; altre hanno seguito un criterio misto, su base provinciale ma con deroghe per le aree urbane complesse; altre, infine, hanno seguito un criterio profondamente diverso con definizione funzionale degli ambiti territoriali, che attraversano trasversalmente le circoscrizioni delle autonomie territoriali.

In generale tutto è esitato nella riduzione della presenza delle aziende su scala regionale. Negli anni più recenti questa tendenza si è notevolmente acuita. Ad esempio, recentemente altre regioni hanno seguito l'esempio delle Marche, la prima regione a strutturare il servizio su una sola azienda sanitaria in tutto il territorio regionale: così hanno deciso anche Molise e Sardegna⁴³. Un caso particolare è quello della Liguria, che non ha ridotto le aziende sanitarie pubbliche ma ha definito un'ulteriore azienda, denominata Alisa, che svolge una funzione forte di programmazione, indirizzo e coordinamento delle strutture territoriali⁴⁴. Una drastica riduzione delle aziende si è prodotta anche in Toscana, Lombardia⁴⁵ e Veneto, passate rispettivamente a tre, otto e nove aziende sanitarie. Ciò che rileva è che queste fusioni delle precedenti aziende produce una corrispondente riduzione di dipartimenti di prevenzione, dei dipartimenti di salute mentale e dei centri di servizio di assistenza domiciliare. In altri termini, si assiste a una concentrazione dei livelli decisionali dei servizi territoriali che allontana sempre di più i luoghi di decisione dai territori che beneficiano di quei servizi. È ben vero che questa concentrazione delle strutture decisionali riproduce quasi sempre in termini opposti l'articolazione in distretti più prossimi al territorio da servire, ma questo non basta a bilanciare tale effetto.

In questo modo la partecipazione dei comuni alla realizzazione degli obiettivi si rende più difficile e la stessa conferenza dei sindaci,

⁴³ Naturalmente si tralasciano qui la regione a statuto speciale della Valle d'Aosta e le province autonome per le quali, essendo territorialmente strutturate su una provincia unica, risulta scontata la presenza di un'unica azienda sanitaria pubblica.

⁴⁴ Si veda A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, cit., p. 298.

⁴⁵ Cfr. anche A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, cit., p. 297.

come strumento di raccordo, tende inevitabilmente a dilatarsi nel numero dei componenti e quindi diminuisce anche la capacità di saper esprimere una sintesi. Proprio la pandemia ha rivelato chiaramente la disarmonia tra rilevazione dei bisogni presenti sui territori comunali e la presenza dei presidi sanitari, senza che tra questi vi fosse alcun strumento di coordinamento⁴⁶. Vale la pena ricordare che tra le ragioni che indussero nel 1978 a individuare nel comune il livello prediletto per l'organizzazione sanitaria c'era la consapevolezza dell'originalità del diritto alla salute, che la pandemia ha ricordato con drammatica forza: l'essere contestualmente l'unico diritto di cui la Repubblica tutela tanto la dimensione pretensiva individuale quanto quella collettiva. Il comune, pertanto, fu scelto come ente di riferimento perché è l'ambito nel quale sono rappresentati e governati gli stili di vita, l'ambiente in cui ha luogo la socialità e le dinamiche di relazione che tanto influiscono sullo stato di salute della popolazione⁴⁷. Giova ricordare, altresì, le numerose connessioni che esistono tra i servizi urbani che i comuni sono chiamati a regolare e la salute⁴⁸. Non si tratta evidentemente di tornare alle circa 650 Usl delle origini, ma di recuperare uno spazio giuridico dei comuni affinché sappiano riflettere meglio le esigenze di salute, soprattutto per ciò che concerne la definizione della presenza dei presidi sul territorio e l'organizzazione dei servizi.

D'altra parte, a un'articolazione delle strutture aziendali che ri-

⁴⁶ A tal proposito si deve ricordare che un'altra potenziale leva di intervento dello stato per l'accrescimento del ruolo dei comuni in materia sanitaria consiste nella determinazione delle funzioni fondamentali, che potrebbero ben incidere anche su materie attribuite alla competenza principale delle regioni; cfr. G. FALCON, *Modello e «transizione» nel nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, p. 1253.

⁴⁷ Lo ricorda molto bene E. GRIGLIO, *La Sanità «oltre» le regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bologna, il Mulino, 2009, pp. 226-228. Il dibattito sulla scelta effettuata nel 1978 è riassunto in N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, Milano, Giuffrè, 2003, p. spec., I, p. 639 ss.

⁴⁸ Ne aveva visto i nessi già G. MAMMONE, *Salute territorio e ambiente*, Padova, Cedam, 1985, pp. 39-68 e, con molta lungimiranza, anche i profili connessi alla gestione dei rifiuti pp. 94-103. Più di recente su questi nessi ancora si è misurato T. BONETTI, *Le autonomie tra governo del territorio e tutela della salute*, in *Munus*, 2019, p. 31 ss; F. POLITI, *Governo del territorio e salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, il Mulino, 2017, p. 125 ss.

manga ragionevolmente contenuta contribuisce anche il rafforzamento dell'utilizzo degli strumenti digitali per assicurare l'assistenza e il monitoraggio a distanza, contribuendo così a contemperare il bisogno di un maggiore coinvolgimento dei comuni.

5. L'accessibilità dei presidi territoriali

Un altro punto importante per accrescere l'assistenza sul territorio riguarda il riconoscimento e la fruizione effettiva dei punti di accesso alla cura. La rete dei medici di base e delle guardie mediche costituisce la porta d'accesso principale ai servizi ed è fondamentale per la presa in carico tempestiva dei bisogni delle persone. Questo servizio, che ha potenzialità molto alte, è però in condizione di grande sofferenza, come dimostrato anche da un rapporto dell'OCSE⁴⁹. Quasi il 75% del personale ora in servizio è vicino al raggiungimento dei limiti di età per il collocamento a riposo, con un tasso di ricambio molto lento e preoccupante, soprattutto al sud, ma anche in regioni come Liguria, Marche e Friuli Venezia Giulia. Peraltro i dati mostrano una distribuzione dei medici di famiglia anche irrazionale. Le regioni che hanno tassi di ricambio più adeguati hanno percentuali di sovraccarico dei pazienti superiori alla media nazionale. Secondo gli accordi definiti con le organizzazioni di categoria rappresentative dei medici di base, infatti, il numero ideale dei pazienti a carico dovrebbe corrispondere tra mille e millecinquecento, ma su scala nazionale un terzo di loro è chiamato a gestire un numero di pazienti superiori. Queste percentuali sono notevolmente superiori nella provincia autonoma di Bolzano e in Lombardia, ma anche nell'altra provincia autonoma di Trento e in Veneto. Tutto ciò restituisce una fotografia della distribuzione dei medici di base che manifesta, da un lato, poca equità e, dall'altra, prospettive future non rassicuranti.

In generale il rapporto del servizio sanitario con i medici di base pare scarsamente sfruttato. La capacità di raccordo con le strutture territoriali delle aziende sanitarie è pressoché limitato in quasi tutta Italia

⁴⁹ Secondo i dati contenuti nel rapporto 2020 *Realising the Potential of Primary Health Care*, l'Italia è tra i paesi che ha conosciuto una rilevante diminuzione del numero dei medici di medicina generale, inferiore anche alla media OCSE, tra il 2000 e il 2017.

a una relazione nella quale l'azienda sanitaria si preoccupa di regolare la copertura di assistenza dei pazienti, la loro distribuzione in base alle scelte e a monitorare lo svolgimento dell'attività di medicina generale. I medici di base non sono in connessione con le strutture territoriali delle aziende sanitarie, non partecipano alle attività sul territorio di competenza dell'azienda e non sono inclusi nelle politiche di informazione e comunicazione della salute, se non in minima parte. Da ciò emerge che la medicina del territorio ha ricevuto limitate attenzioni e i presidi sono frammentati, disgiunti e senza coordinamento. Nel Patto della salute 2019-2021 è previsto proprio su questo punto il riordino della disciplina riguardante i medici generali nella direzione di una loro maggiore integrazione con l'assistenza ambulatoriale specialistica e nuove figure professionali, come quella dell'infermiere di comunità. Anche le potenzialità del fascicolo sanitario elettronico sono ancora sottostimate, dal momento potrebbe diventare uno strumento forte di comunicazione e coordinamento tra i vari presidi territoriali.

Su questi punti chiave per la presa in carico tempestiva delle persone e dei bisogni c'è un'assenza significativa di riferimenti da parte dello stato. Tutto è rimesso alla contrattazione regionale con i medici di base e quindi a un'autonomia regionale che soffre dell'assenza di una regia nazionale, che ben potrebbe essere giustificata dalla definizione di quei principi generali necessari a garantire un'uguaglianza sostanziale dei cittadini.

Sporadici sul territorio sono anche i centri polifunzionali, molto spesso chiamati case della salute, nonostante questo abbia rappresentato l'esito di una delle poche previsioni di carattere organizzativo stabilite a livello nazionale⁵⁰. Sono poche le regioni che si sono dotate di queste aggregazioni pluridisciplinari ad assistenza integrata che permettono di assicurare una presa in carico globale delle persone⁵¹. Le stesse regioni interessate, peraltro, dispongono i centri sul territorio

⁵⁰ Ci si riferisce al decreto legge n. 158 del 2012, che all'art. 1 ha previsto l'istituzione di aggregazioni funzionali territoriali, quale sistema diffuso territoriale di centri polifunzionali a carattere integrativo socio-sanitario. Si veda anche F. LAUS, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in *Gior. dir. amm.*, 2019, p. 287.

⁵¹ Se in passato, infatti, erano i problemi della salute a seguire quelli di ordine sociale, dopo l'istituzione del servizio sanitario nazionale il rapporto si è invertito e sono le strutture amministrative sanitarie ad assorbire quelle di ordine sociale. cfr. B.G. MATTARELLA, *Il problema della povertà nel diritto amministrativo*, in *Riv. trim. dir. pub.*, 2012, pp. 373-374.

in modo autonomo e non paiono raggiungere quel livello di capillarità che sarebbe necessario per l'accesso delle persone. Se si unisce questo dato a quello della penuria dell'assistenza domiciliare⁵², il contrasto alla solitudine che le persone più deboli avvertono nel momento del bisogno risulta sostanzialmente inadeguato. Nel 2017 il numero dei casi trattati in assistenza domiciliare a livello nazionale è stato pari a 1677 per centomila abitanti, ma solo sei regioni hanno registrato un dato superiore alla media, dovuto in gran parte al fatto che quattro regioni tra esse hanno trattato un numero doppio di casi (Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Molise). Il dato è confermato anche con riferimento ai casi trattati riservati alla popolazione anziana sopra i 65 anni, più soggetta a un graduale peggioramento delle proprie condizioni di vita perché affetta molto spesso da multi-patologie, il che dimostra uno scarto elevatissimo tra le regioni, la maggior parte delle quali è dunque sotto la media nazionale. Fin qui si è preferito sviluppare le strutture di residenza assistita. Secondo i dati OCSE nell'ultimo decennio l'Italia è tra i paesi che ha visto diminuito di più del 50% il coinvolgimento delle reti di assistenza di base nella prevenzione, preferendo investire sulle strutture di cura⁵³. Peraltro, la media nazionale dei posti in strutture residenziali e semiresidenziali nel 2017 è risultata pari a 512 per centomila abitanti, ma con un dato nettamente inferiore per tutte le regioni dal Lazio e dall'Abruzzo al meridione. Ciò si ripete anche con riferimento ai posti riservati agli anziani, con l'eccezione della Calabria che su questo parametro si avvicina al livello nazionale⁵⁴. A ciò vanno aggiunte attestazioni, sebbene non ancora misurate, che rivelano crescente il numero delle persone che, demotivate, rinunciano a raggiungere i luoghi di assistenza, spesso lontani

⁵² Cfr. anche i dati esaminati da A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianze*, cit., pp. 55-59.

⁵³ Il dato è pubblicato nel Rapporto 2020 *Realising the Potential of Primary Health Care*, facendo riferimento allo studio di W. SCHÄFER ET AL., *Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012*, in *Scandinavian Jour. Primary Health Care*, 34, 1, pp. 97 ss.

⁵⁴ Altre sottolineature circa queste differenze sono evidenziate anche da A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in *Gior. dir. amm.*, 2019, p. 294, la quale sottolinea come le diversità territoriali di presa in carico non permettono neppure di capire se sono riferite a politiche regionali diverse che prospettano soluzioni differenti per situazioni di difficoltà o, invece, come appare più probabile da altri indicatori, da effettive mancanze.

fisicamente e con specializzazioni inappropriate, inducendo gli stessi a rinunciare alle cure.

L'altro nodo fondamentale per l'assistenza territoriale di base è la prevenzione, che in primo luogo passa per un potenziamento dei dipartimenti relativi delle aziende sanitarie. Nonostante l'adozione sia a livello nazionale sia a quello regionale dei piani di prevenzione e un piano nazionale delle cronicità, continua a mancare un set di valori e indicatori omogenei che consenta di avere una base informativa sufficientemente affidabile. A dispetto della rilevanza di impatto che le misure di prevenzione possono generare sulle determinanti della salute, il comparto relativo costituisce spesso la parte più sottofinanziata delle aziende sanitarie. Inoltre, le attività svolte si concentrano eccessivamente su misure di vigilanza e di controllo, mentre sono del tutto assenti nuove figure sociali ed educative che siano capaci anche di sviluppare campagne di comunicazione e informazione che accrescano la responsabilità e il coinvolgimento dei cittadini. Su taluni punti di questi piani di comunicazione, come nel caso delle misure di vaccinazione, si registrano anche atteggiamenti di scarsa disponibilità alla collaborazione. In questo modo si aggiungono motivi alla già scarsa adesione spontanea alle misure di prevenzione dal carattere meramente autoritativo, in virtù del ben noto dato che le restrizioni tipiche della prevenzione sono difficilmente commisurabili rispetto ai benefici ricevuti e ciò induce i cittadini a essere scarsamente collaborativi. Il rafforzamento delle strutture di prevenzione deve anche consistere nello sviluppo di forme di partecipazione inclusiva più efficace della popolazione agli obiettivi di salute pubblica. Accanto alla pretesa di cura risolta nella domanda individuale del malato, deve essere sviluppata un'idea comunitaria della salute, che è fondata sulla responsabilità, sul coinvolgimento della società civile nello sviluppo delle pratiche di cura, che hanno a che vedere con il benessere delle relazioni sociali, lo sviluppo di reti di autoassistenza e anche il riconoscimento di forme di cittadinanza attiva di cura⁵⁵. I territori devono essere capaci anche di produrre una diversa cultura della salute, che sappia riflettere l'organizzazione sociale presente e le forme organizzative rappresentative⁵⁶.

⁵⁵ Cfr. V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, cit., pp. 47-49.

⁵⁶ Su questo insiste giustamente molto A.R. FAVARETTO, *Diritti, culture della salute e partecipazione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bologna, il Mulino, 2009, pp. 178-179.

6. L'organizzazione dell'assistenza territoriale durante la pandemia

La rilevanza del potenziamento dell'assistenza territoriale è stata chiarissimamente dimostrata dalla gestione del Covid19. Le regioni che hanno investito più e meglio su questo ambito hanno conseguito i migliori risultati in termini sia di prevenzione sia di contenimento del contagio. Il sistema di bio-sorveglianza adottato dal Veneto, in cui dipartimenti di prevenzione insieme alle unità speciali di continuità assistenziale hanno potuto avvalersi dei dati amministrativi messi a disposizione dei comuni, ha permesso alla regione di ottenere risultati migliori delle regioni limitrofe, nonostante sia stata tra quelle più colpite nella prima ondata.

D'altra parte, in occasione della gestione della crisi dovuta alla pandemia da Covid19 molti interventi sono stati dedicati proprio all'assistenza territoriale e, così, in pochi mesi sono state adottate le prime misure nazionali di rilievo organizzativo che potrebbero delineare nuovi equilibri complessivi nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Come ha rivelato proprio uno studio già citato, la pandemia rischia di diventare proprio lo *choc* esogeno che irrompe nell'inerzia delle strutture, producendo quei cambiamenti difficilmente realizzabili agendo solo sulle leve interne⁵⁷. Naturalmente andrà verificato se queste misure straordinarie resteranno legate esclusivamente alla gestione dell'emergenza e se in fase di attuazione verrà data esatta corrispondenza a quanto stabilito a livello normativo, ma risulta interessante notare che su molti dei punti fin qui segnalati si registrano novità interessanti.

In primo luogo, si sottolinea la previsione, contenuta nell'art. 1, c. 1, d.l. n. 34 del 2020, che obbliga tutte le regioni e le province autonome a dotarsi di piani assistenziali territoriali per l'organizzazione del coordinamento tra presidi territoriali, affinché vengano collegati i dipartimenti di prevenzione con i medici di medicina generale e con le unità speciali di continuità assistenziale per il monitoraggio, la sorveglianza, l'assistenza e l'accertamento diagnostico dei sospetti positivi o dei positivi stessi che non necessitano di ricovero. L'attivazione dello strumento pianificatorio generale per l'assistenza territoriale, che supera quelli riferiti a sole specifiche categorie, costituisce un primo passo di governo significativo di quest'area dell'assistenza che sarebbe oppor-

⁵⁷ Si veda ancora N. GIANNELLI, *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, cit., pp. 16-19.

tuno non rimanga limitata alla gestione dell'emergenza da Covid19⁵⁸. A differenza dei piani per l'organizzazione della rete ospedaliera, il Ministero della salute non dispone di un potere di approvazione, che si spiega con la necessità di salvaguardare l'autonomia organizzativa regionale, ma può comunque svolgere un'attività di monitoraggio sull'attuazione in modo congiunto con il Ministero dell'economia. A rilevare è il contenuto di questi piani che realizzano quei legami tra dipartimenti di prevenzione e medici di medicina generale che, come ricordato precedentemente, sono ora separati e frammentati.

Coerente in questa direzione è anche la previsione di centrali operative regionali per il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie che dovranno operare in raccordo con tutti i servizi, compresi quelli interessati dall'emergenza, in modo da ampliare l'integrazione tra i vari tipi di intervento. Nel fare ciò le centrali dovranno avvalersi anche di strumenti informativi e di telemedicina, semplificando così gli strumenti di coordinamento e i passaggi informativi necessari.

Lo scarso coordinamento territoriale delle strutture riservate alla prevenzione ha indotto il legislatore nazionale a prevedere la costituzione delle unità speciali di continuità assistenziale, stabilendo oltretutto uno standard nazionale che prevede la creazione di un'unità ogni cinquantamila abitanti. Di fatto questa costituisce una limitazione significativa dell'autonomia regionale che può essere ricondotta ai principi generali dell'organizzazione sull'assistenza territoriale, dimostrando chiaramente la possibilità dello stato di incidere su questa componente rilevante della tutela della salute. Le unità speciali di continuità assistenziale svolgono un ruolo essenziale per la gestione domiciliare dei sospetti positivi o dei positivi asintomatici e, dunque, rappresentano un tassello rilevante per il rafforzamento dei servizi domiciliari. L'attuale composizione, che prevede non solamente medici generali, ma anche medici che frequentano corsi di medicina generale e laureati in medicina abilitati o iscritti all'ordine, evidenzia il carattere temporaneo di queste misure⁵⁹, che però potranno essere confermate

⁵⁸ Sottolinea questo aspetto come uno dei più importanti delle nuove misure sulla riorganizzazione territoriale A. PIOGGIA, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, in *Gior. dir. amm.*, 2020, p. 561.

⁵⁹ È interessante a tal proposito dar conto della controversia che ha riguardato la contestazione della misura con cui la regione Lazio ha ideato, in affiancamento alle unità speciali di continuità assistenziale, delle ulteriori aggregazioni territoriali che dispongono di tutti i presidi di prevenzione anche in funzione di assistenza domiciliare

dalle regioni. Inoltre, la successiva integrazione, avvenuta con l'art. 1, c. 7-*bis*, d.l. n. 34 del 2020, che include in queste unità speciali anche altre specializzazioni, come gli psicologi, nella misura massima di due per un massimo di ventiquattro ore settimanali di servizio, va nella direzione di sviluppare le integrazioni tra professionalità diverse in ordine alla presa in carico delle persone contagiate.

Un'altra previsione che procede coerentemente con quanto evidenziato fin qui è quella relativa all'istituzione della nuova figura dell'infermiere di famiglia o di comunità, che alcune regioni avevano già anticipato. Anche in questo caso lo stato fissa uno standard organizzativo sull'assistenza territoriale senza precedenti, stabilendo la costituzione, anche con contratti di collaborazione coordinata e continuata, di otto ogni cinquantamila abitanti. Al momento il compito principale è quella di rafforzare le unità speciali di continuità assistenziale, ma l'art. 1, c. 5, d.l. n. 34 del 2020, prevede che l'attività di supporto debba essere garantita nei confronti dei servizi di cura primaria, quindi con uno spettro di compiti ben più ampi della mera gestione di emergenza. In effetti, le regioni possono reclutare anche con contratti a tempo indeterminato questi soggetti a partire dal 2021, il che permette di considerare questa misura organizzativa destinata a restare nel nostro ordinamento⁶⁰.

Nel diritto della salute della pandemia si è trovato spazio anche per disposizioni che si preoccupano di sperimentare nuove forme di partecipazione inclusiva delle organizzazioni civiche, con particolare riferimento alle organizzazioni di volontariato locale ed agli enti del terzo settore per il biennio 2020/2021. In particolare il Ministero del-

da parte dei medici di base. Nella sentenza di primo grado il Tar Lazio, Roma, 16 novembre 2020, n. 11991 ha giudicato illegittima la previsione perché ciò contraddice l'istituzione delle unità speciali di continuità assistenziale, la cui creazione è servita anche per non interrompere o rendere più difficoltosa l'attività ordinaria dei medici di medicina generale durante la pandemia. È evidente che questa sottolineatura è riferita specificatamente a una situazione contingente, ma allo stesso tempo delinea un ruolo per il medico di base molto limitato. Nella sentenza di appello, però, il giudice amministrativo assume tutt'altro indirizzo. Con la sentenza adottata da Consiglio di Stato, sez. III, 18 dicembre 2020, n. 8166, viene sottolineato come dalla misura di emergenza assunta per la costituzione delle unità speciali di continuità assistenziale non deve trarsi una conclusione che addirittura dispone il divieto per i medici generali di garantire servizi a domicilio, perché questo contraddice una funzione tipica del medico di base, che risulta peraltro tanto più importante in una fase critica come quella pandemica.

⁶⁰ Cfr. A. PIOGGIA, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, cit., p. 563.

la salute, previa intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-regioni, coordinerà la sperimentazione di partecipazione civica delle strutture di prossimità «per la promozione della salute e la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione di persone più fragili» nel pieno rispetto del principio dell'integrazione socio-sanitaria⁶¹. La norma lascia intendere che il coordinamento riguarderà la realizzazione di progetti definiti sul territorio alla fine dei quali, concluso il biennio di sperimentazione, si determineranno le misure conseguenti che potrebbero sostanziarsi in documenti informativi condivisi o anche in linee guida. Risulta interessante, dunque, che venga iniziato un nuovo processo di intervento da parte dello stato anche con riferimento al rapporto con le organizzazioni sociali per il superamento del modello istituzionale di assistenza. In questo senso sono previste anche novità rilevanti come l'introduzione del *budget* individuale e di comunità che assegna ai beneficiari uno spazio autonomo di autodeterminazione dell'utilizzo delle risorse più legate ai bisogni effettivi delle persone. Tutto ciò dovrebbe favorire la presa in carico domiciliare e una responsabilità comunitaria maggiore dei bisogni dei cittadini, andando in una nuova direzione di assistenza.

In questa analoga direzione si attesta anche la previsione di adozione da parte di regioni e province autonome di piani per la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale, che sulla base di specifiche linee di indirizzo stabilite dal Ministero della salute dovrebbe portare anche all'adozione di un protocollo uniforme sul territorio nazionale contenente le buone pratiche di servizi per la salute mentale di carattere comunitario e la tutela delle fragilità psico-sociali. A tal riguardo è anche prevista la costruzione di una rete integrata costituita da professionalità multiple che rafforzino le strutture di prossimità con il coinvolgimento – anche in questo caso – delle organizzazioni civiche di volontariato e degli enti del terzo settore attraverso la co-progettazione. Si richiama così un collegamento con l'art. 55, codice del terzo settore, che trova finalmente un ambito di applicazione ampio, grazie anche all'opportuno chiarimento pervenuto del d.l. n. 76 del 2020 che ha operato una netta distinzione tra queste forme di relazione e i contratti⁶². Nella rete di collaborazione civica rientrano anche forme di

⁶¹ È quanto stabilito dall'art. 1, c. 4-*bis*, del decreto legge n. 34 del 2020.

⁶² Il decreto legge n. 76 del 2020, convertito in legge n. 120 del 2020, con l'art. 8, c. 5, è intervenuto sugli articoli 30, 59 e 140 del cod. contr. pub., facendo salva l'applicazione

sostegno garantite da associazioni di utenti e familiari, perfino nella forma di gruppi di mutuo aiuto e gruppaltà multifamiliari. Si tratta dunque, di innovazioni sociali di grande rilevanza che responsabilizza la presa in carico delle comunità⁶³.

7. Conclusioni

In occasione della celebrazione dei 40 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata i governi di tutto il mondo hanno riaffermato ad Astana l'importanza dello sviluppo dei servizi sanitari di base per continuare a sostanziare quella rivoluzione concettuale che si era affermata nel 1978: la salute intesa come benessere complessivo della persona umana. In questo senso la Dichiarazione di Astana ha stabilito un chiaro legame tra servizi sanitari di base e libera formazione della persona umana, che, giuridicamente parlando, significa la necessità di garantire a tutti l'accesso effettivo ai servizi di cura. Riordinare un sistema sanitario realmente centrato sulla persona implica adottare misure che permettano di rendere possibile il proprio singolo e individuale progetto di vita, limitando quanto più possibile i condizionamenti fisici e sociali che rischiano di comprometterlo⁶⁴. È una sfida difficile e ambiziosa, che il servizio sanitario nazionale istituito nel 1978 ha però accettato per consentire la piena uguaglianza sostanziale e che dovrebbe tornare a essere rilanciata⁶⁵.

cazione del codice del terzo settore nei rapporti tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore e inibendo così prime indicazioni giurisprudenziali che pretendevano la disapplicazione degli art. 55 e 56 a beneficio del codice dei contratti pubblici.

⁶³ Cfr. anche su sperimentazioni possibili A.R. FAVARETTO, *Diritti, culture della salute e partecipazione*, cit., pp. 176-177.

⁶⁴ Da questo punto di vista non pare discusso negli studi che un fattore decisivo per raggiungere tale risultato è il rafforzamento della sanità territoriale. Laddove questa è organizzata meglio e con più efficacia si registrano anche tassi di mortalità più bassi; cfr. J. MACINCKO, J.B. STARFIELD, T. ERINOSH, *The Impact of Primary Healthcare on Population. health in Low – and Middle – Income Countries*, in *Jour. Ambulatory Care Management*, 32, 2, 2009, p. 150 ss. e, più in generale, si attestano livelli migliori di soddisfazione dello stato di salute, si veda J. HANSEN ET AL., *Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions*, in *Health Affairs*, 2015.

⁶⁵ Così M. D'ANGELOSANTE, C. TUBERTINI, *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, cit., p. 116.

Le politiche pubbliche seguite negli ultimi trenta anni hanno posto l'attenzione su aspetti diversi. Con questo non si vuole certo dire che siano assenti problemi di sostenibilità dei servizi o di efficienza della loro organizzazione, ma il punto è che questi temi sono stati assunti come variabili indipendenti, senza adeguate considerazioni di altri aspetti ugualmente importanti e parimenti essenziali per la costruzione di un significato ampio di servizio pubblico, che connota lo stesso sistema sanitario. Né, d'altro canto, la sollecitazione dell'intervento più ampio dello stato vuole significare che sia opportuno tornare a un sistema fondato sull'uniformità, dato che le disuguaglianze territoriali non sono mai mancate neppure quando vi era un diverso assetto. Si tratta, però, anche in questo caso, di ritenere che governare le differenze non significa semplicemente arbitrarle, stabilendo una graduatoria tra virtuosi e viziosi, sperando così che i più deboli recuperino prima o poi⁶⁶. Occorre, viceversa, mettere a confronto le potenzialità e le difficoltà, sapendo correggere le distorsioni, descrivendo percorsi adattivi programmati nel tempo, abituando le amministrazioni territoriali a pianificare e a tener conto anche di altre esperienze e significa indicare anche priorità organizzative⁶⁷. Affidarsi solo alla determinazione dei livelli essenziali è insufficiente: attraverso la fissazione di principi generali in materia di tutela della salute è possibile ricucire le carenze presenti sul territorio che rendono ancora gravi le disuguaglianze presenti. L'organizzazione non è una variabile indipendente dalla tutela della salute⁶⁸, ma è l'inizio della sua effettiva presa in considerazione, sicché ben potrebbe e dovrebbe lo stato esercitare un ruolo fin qui mancato⁶⁹.

⁶⁶ Vi è, tuttavia, anche chi sottolinea come in realtà lo Stato abbia limitato fin troppo la capacità di differenziazione regionale; si vedano F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, cit., pp. 806-807; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale nuovi sviluppi normativi*, in *Oss. cost.*, 2018, p. 7; E. MENICETTI, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. SUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, Franco Angeli, 2008, pp. 27-31.

⁶⁷ Cfr. F. LAUS, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, cit., p. 291.

⁶⁸ Lo sottolinea in modo convincente anche C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della discussione*, cit., pp. 548-549.

⁶⁹ Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 8; G. ROSSI, *Introduzione al diritto amministrativo*, Torino, Giappichelli, 2000, p. 61.

Vi sono peraltro sentenze della Corte costituzionale che hanno sottolineato chiaramente questo nesso⁷⁰.

Paradossalmente il 2020 è stato un anno drammaticamente straordinario. In pochi mesi il legislatore statale, mosso da un'emergenza che non tollerava ancora ritardi, ha agito su leve che ancora un anno fa sembravano impensabili, agendo direttamente sui presidi territoriali, stabilendo standard organizzativi, predisponendo azioni di coordinamento, l'impiego di nuove figure professionali e prevedendo perfino sperimentazioni nuove. Le priorità della sanità pubblica sono totalmente modificate e con questo anche il livello di spesa cresciuto considerevolmente. Quanto di queste misure sia legato esclusivamente a fattori contingenti sarà valutato nel tempo. Alcune di queste misure sono segnate indubbiamente dalla temporaneità; ma ci sono altrettanti indizi che inducono a credere che altre sono destinate a restare e a stabilizzarsi, il che potrebbe essere l'avvio di un nuovo inizio.

Naturalmente la riforma dell'assistenza territoriale e dell'assistenza sanitaria di base che si è determinata durante la pandemia dovrà progressivamente correggere aspetti critici che si sono manifestati. La prima distorsione da correggere progressivamente è l'effetto di sostituzione delle cure diverse dalla gestione della pandemia. Detto in modo più esplicito, le misure assunte per governare il contagio e curare i positivi dovranno riguardare progressivamente anche altre patologie che durante il 2020 sono state sacrificate in nome dell'emergenza. Tutta una serie di reti di assistenza e di misure di prevenzione, come quella

⁷⁰ Cfr. le sentenze della Corte costituzionale n. 270 del 2005, 371 del 2008, 124 del 2015, 54 del 2015, 251 del 2016, 231 del 2017, 159 del 2018. Si vedano sul tema anche V. MOLASCHI, *La rilevanza dell'organizzazione dei servizi pubblici sull'effettività dei diritti sociali*, in M. RENNA, C. MICCICHÉ, P. PANTALONE (a cura di), *La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali. Il caso della metropoli milanese*, Napoli, Editoriale scientifica, 2020, p. 27 ss.; A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, cit., p. 293; C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, p. 659 ss. D'altra parte, è stato correttamente rilevato che l'importanza dell'organizzazione è decisiva per i diritti anche perché il sindacato di controllo delle scelte di macro-organizzazione difficilmente può essere praticato: cfr. C.M. FLOOD, A. GROS (edited by), *The Right to Health at the Public/Private Divide*, New York, Cambridge University Press, 2014, pp. 455-464; C. TUBERTINI, *Le garanzie di effettività dei LEA al tempo della crisi*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, Maggioli, 2013, p. 127 ss.; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007, p. 240.

dei tumori, ad esempio, hanno subito un ridimensionamento a causa dell'emergenza che deve essere evitato. La seconda distorsione da correggere riguarda la dotazione delle infrastrutture informative da parte dello stato, che si sono dimostrate fin qui estremamente fragili. La raccolta dei dati e delle informazioni deve essere estesa a nuovi fattori di analisi, deve rendere il Ministero più autonomo nella definizione delle priorità organizzative sul territorio, evitando che il coordinamento si riduca a una mera mediazione tra posizioni diverse su cui lo stato non sa indicare una propria posizione che non sia solo quella delle compatibilità economiche⁷¹.

Le correzioni da apportare non devono mirare a ripristinare un'organizzazione fondata sull'uniformità perché l'attuale configurazione costituzionale non consentirebbe una ricaduta così estrema, ma anche perché il rafforzamento delle garanzie di accesso ai presidi sanitari deve tener conto della diversa composizione e morfologia dei territori, nonché delle condizioni sociali della popolazione. Viceversa il disegno differente dei modelli organizzativi nei territori è necessario per garantire l'effettività della tutela della salute, ma dentro un quadro di priorità e misure organizzative nazionali⁷².

ABSTRACT

ITA

Tra i fini della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale del 1978 si trova quello di curare la prevenzione e correggere gli squilibri socio-sanitari. Le politiche pubbliche sanitarie degli ultimi trent'anni hanno perseguito obiettivi diversi, con il risultato che l'assistenza sanitaria territoriale e i servizi di base mostrano carenze evidenti, che hanno prodotto nuove diseguaglianze. La pandemia ha rappresentato l'occasione per adottare misure organizzative

⁷¹ Si veda anche A. PIOGGIA, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, cit., pp. 565-566.

⁷² Cfr. A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianze*, cit., pp. 61-63; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 15.

dal centro in controtendenza che sembravano oramai impensabili, ma rimane incerto se questo cambiamento resisterà dopo l'emergenza.

EN

Prevention and correcting socio-health imbalances are important targets of the law establishing the Italian health service in 1978. However, the public health policies of the last thirty years have pursued different objectives, with the result that local health care and basic services show shortcomings, which have given rise to new inequalities. The pandemic was an opportunity to adopt measures in countertrend from the centre that by now seemed unthinkable, but it remains uncertain whether this change will last after the emergency.



Costituzionalismo.it

Email: info@costituzionalismo.it

Registrazione presso il Tribunale di Roma

ISSN: 2036-6744 | Costituzionalismo.it (Roma)