

La crisi sanitaria: tra disegno organizzativo e regime delle competenze

Martina Conticelli

1. *Premessa*

Tra le diverse interpretazioni della crisi sanitaria scatenata dal Covid-19, si discute oggi in particolare di quella che ne fornisce una lettura strettamente riferita al quadro costituzionale e ordinamentale di ripartizione delle competenze tra lo Stato e le Regioni: questa prospettiva richiama le scelte regionali in ordine alla dimensione organizzativa e al governo del servizio, e fa riferimento ai poteri statali di intervento nella definizione e nella gestione della politica sanitaria.

Più voci ne hanno ricondotto le cause alla distribuzione delle funzioni e delle responsabilità, indirizzando l'attenzione sulla necessità di riaccentrare le competenze in materia di tutela della salute nelle mani dello Stato. Prima di assumere la prospettiva di riconsiderare il quadro costituzionale di ripartizione delle competenze, tuttavia, è preferibile riflettere anche sullo Stato, come interlocutore delle Regioni, sui meccanismi di tenuta complessiva del sistema, sulle leve e sul loro utilizzo.

I lavori raccolti in questo numero speciale forniscono molti spunti di riflessione per il corrente dibattito sul servizio sanitario, e mettono già in luce molti degli aspetti rilevanti. Mi limito, quindi, solamente a svolgere rapide considerazioni, anche su quanto è rimasto più in ombra nella discussione.

2. *La differenziazione regionale: le origini e gli esiti*

L'emergenza vissuta a partire dal mese di gennaio del 2020 ha reso evidente quanto quello che correntemente definiamo come "servizio sani-

tario nazionale”, per un verso, si componga di tanti sistemi quante sono le Regioni, per l’altro, sia pubblico sono in parte¹.

Se la regionalizzazione è caratteristica della esperienza sanitaria italiana, le differenze affondano le proprie radici almeno nell’epoca preunitaria, quando la tutela della salute era garantita dalla presenza di strutture religiose ovvero delle istituzioni di beneficenza a carattere laico. Gli sviluppi successivi, sino all’approvazione della Costituzione repubblicana, hanno segnato la lenta – ma progressiva – emancipazione rispetto alle funzioni di ordine e di assistenza, e la presa in carico di questo interesse da parte dei pubblici poteri. Il modello di intervento elaborato a partire dagli anni Settanta del secolo scorso in poi ha, quindi, tenuto conto dell’esistente nella distribuzione delle competenze regolative e gestionali, anche in ordine al coinvolgimento di strutture private.

Com’è noto, la revisione del modello prefigurato dalle legge istituitiva del servizio sanitario nazionale di cui alla legge n. 833 del 1978, avviata con le riforme degli anni Novanta del secolo scorso², ha aperto la strada alla profonda diversificazione dei sistemi sanitari.

Su questo quadro, sono intervenute, quindi, le modifiche del Titolo V, Parte seconda della Costituzione, che hanno ricondotto la tutela della salute alla competenza concorrente tra lo Stato e le Regioni e hanno legittimato la costituzione di sistemi regionali profondamente eterogenei. La varietà delle formule si misura oggi sotto più profili, per organizzazione, presenza e ruolo di fornitori privati accreditati, ulteriori livelli di prestazioni, spesa e qualità delle cure³. I diversi modelli di intervento si declinano sia nell’individuazione dei soggetti responsabili delle funzioni di regolazione, sia nell’attribuzione delle funzioni di erogazione e

(1) Già in commento alla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, si segnalano le osservazioni critiche di M.S. GIANNINI, *Relazione di sintesi, in Il Servizio sanitario nazionale. Atti del convegno sulla legge n. 833/1978*, Milano, 1981, p. 155 ss., che vi faceva riferimento, come ad un’opera di Lucio Fontana, dove però «i buchi sono la maggioranza del quadro».

(2) Si fa riferimento, nella disciplina speciale, al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e al d.lgs. 19 giugno 1999, n. 299, e per quanto riguarda la regolamentazione generale, alla riforma cd. Basanini.

(3) Si cfr. R. BALDUZZI, *Quanti sono i sistemi sanitari italiani? Un’introduzione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005, p. 9 ss.

aprono alla formazione di sistemi sanitari distinti⁴. I livelli di diversificazione consentiti dal dato normativo si misurano, poi, concretamente sul piano delle capacità amministrative, delle condizioni e delle necessità politiche riscontrabili in ciascun ambito regionale.

Dai monitoraggi svolti negli ultimi anni, la complessità di valutazione emerge con forza. L'impatto delle scelte sui risultati di *performance* varia non solo da Regione a Regione, ma anche, soprattutto, rispetto alle singole branche specialistiche. Se come primo indice di qualità di un determinato servizio si è assunto finora il dato della mobilità verso una determinata Regione, soprattutto quando questa riguardi prestazioni a bassa specializzazione, un peso particolarmente rilevante è stato assegnato alla spesa, sia pubblica, sia privata, per la remunerazione delle cure.

La diversa qualità dei servizi sanitari regionali ha, quindi, alimentato ampiamente il dibattito già negli ultimi dieci anni, rendendo evidente per un verso, che l'assetto organizzativo non è un dato neutrale rispetto alla garanzia del diritto alla salute e alla uguaglianza delle cure, e per l'altro, che l'uniformità può non essere la risposta adeguata, data la complessità della funzione.

Le differenze emerse nella riorganizzazione complessiva del servizio e nel contrasto alla diffusione dell'epidemia hanno messo il servizio sanitario "nazionale" ulteriormente alla prova.

I risultati negativi conseguiti in alcune Regioni sono, in gran parte, riconducibili alle scelte organizzative effettuate nel corso degli anni passati e alle loro ricadute in termini di offerta complessiva: facciamo riferimento alla carenza di posti-letto nei reparti di terapia intensiva, l'eccessivo ricorso all'accesso alle strutture di pronto soccorso ospedaliero, a fronte dell'inadeguatezza dell'assistenza territoriale e domiciliare. Eppure, le situazioni di maggior disagio nel corso dell'emergenza prodotta dalla diffusione del Covid-19 hanno coinvolto in particolare sistemi sanitari ritenuti sinora complessivamente virtuosi, sebbene alcuni,

(4) Su cui si v., in particolare, V. MAPELLI, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Roma, 2007, p. 29 ss. Si v. A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in Sanità: l'organizzazione*, in *Giorn. dir. amm.*, 2019, p. 292 ss.

come quello lombardo, risultassero già notoriamente scoperti, ad esempio, sotto il profilo dell'assistenza territoriale e domiciliare⁵.

Quanto alla diffusione del contagio, sia la Costituzione, sia la legislazione sanitaria, lasciano in capo allo Stato le fondamentali leve del governo dell'epidemia. Ciò avviene, nelle previsioni costituzionali, sia attraverso l'inclusione della materia di cui all'art. 117, comma 2, lett *q*) della Costituzione, sia attraverso i poteri sostitutivi di cui all'art. 120 Cost., sia nel contemplare la risposta coordinata da parte delle regioni, come effetto dell'applicazione del principio di leale cooperazione. Rispetto a questi casi, peraltro, il Ministero della salute può intervenire con potere di ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 1, legge n. 833 del 1978. Ciò nonostante, si è avvertita la mancanza di una strategia di controllo sul territorio nazionale e di un coordinamento nella reazione alla emergenza. Naturale che ci si sia chiesti se tali esiti potessero essere previsti e, in qualche modo, gestiti in maniera diversa.

3. *Le linee direttrici degli interventi dell'ultimo decennio*

Lo stato di salute del servizio sanitario merita, dunque, una diagnosi accurata. Prima di concentrare la cura sulla ripartizione delle competenze in materia di tutela della salute⁶, e nell'ottica della potenziale conservazione dell'attuale assetto istituzionale, solleciterei una riflessione sugli aspetti che citavo in premessa, iniziando dal discutere quali siano gli interlocutori delle Regioni a livello di amministrazione centrale, quali azioni siano state intraprese in termini di coordinamento, e quale posizione sia stata assegnata alla politica sanitaria rispetto alle altre politiche nazionali, prime fra tutte quella finalizzata al contenimento della spesa⁷.

(5) Si v. Ministero della salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA, Metodologia e Risultati dell'anno 2015*, Roma, Luglio 2017, con particolare riferimento all'esperienza della Lombardia, p. 90.

(6) Su cui, peraltro, già era intervenuta la proposta di revisione della Costituzione della Repubblica Italiana contenuta nel testo di legge costituzionale approvato dal Parlamento italiano il 12 aprile 2016, cd. Renzi-Boschi.

(7) Mi piace ricordare, al riguardo, il lavoro monografico di L. VANDELLI, *Amministrazione centrale e servizio sanitario*, Maggioli, Rimini, 1984. Per il ruolo delle diverse amministrazioni centrali, con particolare riferimento al possibile maggiore coinvolgimento di Agenas, ad esempio, si rinvia alla riflessioni di C. TUBERTINI, *Collaborazione necessaria e differenziazione responsabile: riflessioni sparse su emergenza pandemica e sistema plurilivello, in questo fascicolo*.

A tal riguardo, sono certamente da considerare la riforma dell'amministrazione centrale sanitaria, con la ri-costituzione del Ministero della salute e l'elaborazione di una strategia condivisa di gestione del servizio. Del contenimento della spesa si dirà più avanti.

Mi soffermo, quindi, dapprima, sull'amministrazione centrale, con un richiamo al ruolo e alle funzioni del Ministero della salute.

Quello che oggi rappresenta uno dei soggetti deputati ad intervenire istituzionalmente nella politica sanitaria, nasce nel 1958 per scorporo dall'amministrazione degli interni, ben prima dell'approvazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale nel 1978, quando il riferimento normativo per l'organizzazione dei servizi sanitari era fornito prevalentemente dalla disciplina di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, nota come cd. legge "Mariotti". Esso riceve, poi, modifiche organizzative di varia consistenza nel momento dell'attuazione dei trasferimenti alle Regioni, dapprima, nel 1972 e, poi, nel 1977. La storia di questo Ministero dimostra come la sua presenza non è un dato costante, né tantomeno una scelta obbligata⁸. Peraltro, si è sottolineato per più versi il piano di competenze mal ritagliato e non privo di sovrapposizioni con le competenze conservate dagli altri Ministeri⁹.

Il provvedimento che nel 2009 ha disposto l'istituzione del Ministero della salute, a mio avviso, ha certamente il merito di perseguire, tra i diversi obiettivi, quello di attribuire nuovamente alla tutela della salute un centro di riferimento politico distinto a livello centrale. Nel novero dei diversi soggetti responsabili a più livelli della politica sanitaria, al Ministero, inoltre, spetta garantire l'uguaglianza nella fruizione dei servizi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sanitarie sull'intero territorio nazionale, andando, in qualche modo, sempre ad integrare e comporre le diverse competenze nello Stato regionale.

Tuttavia, la legge 13 novembre 2009, n. 17, ha consegnato un'autorità ministeriale alla tutela della salute, insieme a quello che potremmo definire come un "cavallo di Troia". Se, per un verso, sono state incluse nell'art. 47-ter del d.lgs. n. 300 del 1999, modificato dalla legge n. 172

(8) Nelle riflessioni di L. VANDELLI, *op.cit.*, p. 13 ss.

(9) S. CASSESE, *Il sistema amministrativo italiano*, il Mulino, Bologna, 1983, p. 68.

del 2009, le competenze statali in materia di ordinamento sanitario, gli indirizzi generali e coordinamento in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie, ivi comprese le malattie infettive e diffuse, espressamente, per la programmazione tecnico-sanitaria di rilievo nazionale e l'indirizzo, il coordinamento e il monitoraggio delle attività tecniche sanitarie regionali, si è richiesto il concerto del Ministero dell'economia e delle finanze per tutti i profili attinenti al concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, anche quanto ai piani di rientro regionali (lett. a), nonché il monitoraggio della qualità delle attività sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate (lett. c). Sebbene trattasi del ruolo naturale del Ministero dell'economia, tuttavia, l'aver rimarcato espressamente le prerogative in sede di istituzione del Ministero della salute¹⁰ conferma la centralità del perseguimento di politiche sanitarie economicamente sostenibili rispetto alle costanti esigenze di contenimento della spesa.

Se si rivolge lo sguardo a quanto è stato fatto nelle principali sedi istituzionali di coordinamento, prevalentemente in Conferenza Stato-Regioni e con il coinvolgimento dell'AGENAS, si è avviata l'attività di definizione e di armonizzazione dei cd. requisiti ulteriori per l'accreditamento cd. istituzionale delle strutture, nel 2010, anticipata nel 2006, dalla strategia per il completamento dei diversi regimi di accreditamento. Quanto al primo aspetto, gran parte dei raccordi tra pubblico e privato – e il disegno istituzionale che ne deriva – sono dovuti alle scelte regionali in materia di accesso al mercato della prestazioni sanitarie, con particolare riferimento all'accreditamento cd. istituzionale. Rispetto ai livelli di accreditamento, si contemplano più piani di differenziazione: quella normativa esprime le scelte fondamentali di governo del servizio sanitario regionale, nonché di strutturazione dell'offerta; quella amministrativa riguarda lo stadio di attuazione della disciplina in materia di accreditamento. A partire dal disciplinare di cui all'art. 7 del Patto per la salute approvato con l'Intesa siglata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome il 20 dicembre 2012, per la predisposizione di requisiti comuni a tutti i sistemi regionali si avvia un'attività di armoniz-

(10) Tra le prime reazioni, C. FASSARI, *Il ministro dimezzato*, ne *Il Bisturi.it*, 13, 2009, p. 1.

zazione dei requisiti ulteriori di accreditamento, che è svolta in sede di Conferenza Stato-Regioni e con il coordinamento di AGENAS, e si sviluppa nel tavolo di lavoro per la revisione della normativa sull'accREDITamento e di supporto nell'applicazione del nuovo sistema di accREDITamento (TRAC). Quanto allo stato delle procedure di accREDITamento, già a partire dal 2006¹¹, si è avviata una prima accelerazione verso la piena attuazione del nuovo regime, con il passaggio dall'accREDITamento transitorio degli ex convenzionati a quello istituzionale (provvisorio o definitivo).

Dopo lunga attesa¹², nel 2017, si è finalmente adottato il provvedimento di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza¹³, anticipato negli anni precedenti dalla definizione delle procedure per la revisione periodica e il monitoraggio.

Più difficile valutare in quale direzione abbia agito, invece, la strategia di contenimento della spesa sanitaria realizzata a partire dal 2010.

Dal punto di vista delle risorse attribuite al Servizio sanitario nazionale, la spesa sanitaria è rimasta sostanzialmente stabile, negli ultimi dieci anni, con un incremento solo nell'ultimo periodo¹⁴. Il dato è coerente con i documenti di economia e finanza approvati negli ultimi cinque anni, che indicano una diminuzione del rapporto con il Prodotto interno lordo fino al 2020, a fronte di un aumento progressivo a partire dal 2025. Le manovre finanziarie hanno, quindi, ripiegato sulla formula dell'efficienza e della produttività, che già ampiamente caratterizzavano la gestione sanitaria nazionale¹⁵, anche in rapporto a quella di altri Paesi (almeno nelle stime dell'Organizzazione dell'economia e dello sviluppo - OCSE)¹⁶.

Dal punto di vista del governo della sanità, questa strategia ha potenziato il ruolo delle amministrazioni centrali, con l'assunzione del controllo sui diversi sistemi, attraverso la negoziazione dei piani di rientro, nell'ambito dei tavoli di negoziazione, istituiti presso il Ministero dell'economia. Nei casi più gravi, si è proceduto al commissariamento di alcune Regioni. Nel provvedimento istitutivo del Ministero della salute,

(11) Si cfr. la l. 27 dicembre 2006, n. 296 (cd. legge finanziaria 2007).

(12) Previsto già all'articolo 1, comma 7, d.lgs. n. 502 del 1992, ma rimasto fermo al 2001.

(13) Si cfr. il d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

quindi, troviamo riprodotta in ambito organizzativo, a livello di amministrazione centrale, l'attenzione verso quelle misure condizionali che in qualche modo sono state attuate negli ultimi anni per ricondurre la spesa sanitaria verso limiti considerati accettabili.

L'attenzione al contenimento della spesa, che pur ha legittimato la presenza del Governo centrale, ha rappresentato, sinora, un ulteriore fattore di squilibrio, compromettendo la prospettiva della visione di insieme, e mettendo a rischio le prestazioni nel territorio nazionale.

La crescente considerazione dei vincoli di finanza pubblica, soprattutto per le Regioni incapaci di allineare i rispettivi bilanci, la necessità di combinare i livelli essenziali delle prestazioni e i relativi oneri di spesa con gli obiettivi dell'equilibrio finanziario generale e la sempre maggiore rilevanza assegnata ai tavoli di concertazione per la definizione e la gestione dei piani di rientro hanno di fatto spostato la centralità della prospettiva di valutazione della appropriatezza delle cure verso il dato economico di congruenza dei costi della spesa sanitaria, più che su quello tecnico relativo alla adeguatezza e alla qualità delle cure¹⁷. Con esiti che erano già stati preannunciati negli ultimi anni, quando per più versi si segnalavano la messa a repentaglio dell'uguaglianza delle prestazioni¹⁸, la rinuncia alle cure e la fuga verso la spesa privata (cd. *out of pocket*).

(17) Si v. A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo, in questo fascicolo*.

(18) Su questo aspetto in particolare, si concentrano i risultati della ricerca svolta da CREA SANITÀ, TOR VERGATA, *L'universalismo diseguale*, XI edizione, Roma, 2015.