

Capitolo 1

Il contesto di riferimento

SOMMARIO: 1. I sistemi sanitari nel Mondo. – 2. Il Servizio sanitario italiano.
– 3. Confronto con l’esperienza internazionale.

1. I sistemi sanitari nel Mondo

L’organizzazione mondiale della salute definisce il sistema sanitario come quel “... *sistema che si compone di tutte le organizzazioni, istituzioni, risorse e persone il cui obiettivo primario consista nel miglioramento della salute ...*”¹.

I modelli di finanziamento dei sistemi sanitari² utilizzati

¹ La frase che si trova nella *home page* della Organizzazione mondiale della sanità (<http://www.who.int/healthsystems/about/en/>) è la seguente: “*A health system consists of all the organizations, institutions, resources and people whose primary purpose is to improve health*”. Sulla Organizzazione mondiale della sanità si veda G.L. Burci, *WHO (World Health Organization)*, in S. Cassese (a cura di), *Dizionario di Diritto Pubblico*, VI, 2006, pp. 2613 ss. La Commissione europea ha definito sistemi sanitari quei sistemi che mirano a prestare ai pazienti servizi sanitari – preventivi, diagnostici, curativi, palliativi – il cui scopo primario è migliorare la salute: Commissione europea, *Comunicazione relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti*, Bruxelles, 4 aprile 2014, COM(2014) 215 final, p. 1, nota 1, consultabile all’indirizzo internet: http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_it.pdf.

² Sui sistemi sanitari si veda M. Ferrara, *Modelli di solidarietà. Politica e*

nel mondo sono essenzialmente quattro³:

1. il modello concorrenziale;
2. il modello delle assicurazioni private volontarie;
3. il modello dell'assicurazione sociale obbligatoria;
4. il modello universalistico.

Saranno brevemente definiti, dapprima, i quattro modelli nella loro versione “pura” per, poi, osservarsi come ormai non esistono più Stati in cui si applicano sistemi puri essendo utilizzati ovunque sistemi che potrebbero essere definiti come misti, nel senso che contengono elementi propri di più sistemi tra loro differenti.

Il modello del mercato concorrenziale è caratterizzato dalla assenza dello Stato non solo nella erogazione ma anche nella regolamentazione delle prestazioni sanitarie. Si è, cioè, al cospetto di un normale mercato concorrenziale in cui domanda e offerta si contrappongono e si influenzano tra loro in modo dinamico e variabile e che presenta i pro e i contro tipici dei mercati concorrenziali, in cui a fronte di una auspicabile capacità del mer-

reforme sociali nelle democrazie, Bologna, Il Mulino, 1993, pp. 63-102. Secondo F. Toth, *Le politiche sanitarie: modelli a confronto*, Bari-Roma, Laterza, 2009, pp. 10-11, i quattro modelli indicati nell'elenco numerato poco oltre nel testo riportato, più che contrapporsi tra loro, costituiscono tappe di un percorso evolutivo e irreversibile che muove le proprie mosse dal modello del mercato concorrenziale ed evolve, più o meno lentamente, dapprima nel modello dell'assicurazione volontaria, poi in quello dell'assicurazione obbligatoria, infine in quello universalistico: “... Alcuni paesi [...] possono aver saltato una tappa intermedia, ma tutti si sono mossi seguendo la medesima direzione: prima il mercato, poi l'assicurazione privata volontaria, successivamente [...] [l'assicurazione volontaria obbligatoria] [...] e infine la copertura universalistica. Non esiste paese che abbia compiuto anche un solo passo nella direzione contraria ...”.

³ È definito modello al pari degli altri ma se ne differenzia profondamente il cd. modello *Semashko* (dal nome del membro del partito bolscevico ispiratore delle riforme sanitarie avviate in Russia dal 1918): questo modello, infatti, non concerne le modalità di finanziamento del mercato sanitario bensì riscontra la sua peculiarità nella completa pubblicizzazione delle strutture sanitarie.

cato di autoregolarsi si riscontra un elemento che gli Stati moderni ritengono negativo e, cioè, quello che la spesa sostenuta da ciascun cittadino sia dipendente dal proprio stato di salute.

Il modello dell'assicurazione privata volontaria (che fino alla recente riforma sanitaria del Capo dello Stato americano *Barack Obama*, che ha introdotto importanti temperamenti al sistema, era definito anche come modello americano⁴) prevede che ciascun cittadino scelga se e come garantirsi per l'eventualità di dover sostenere spese sanitarie; chi si assicura è garantito nei limiti e nelle forme previste nel pacchetto assicurativo prescelto, chi non si assicura pagherà direttamente le spese sanitarie che dovesse sostenere nel corso della vita. Nella sua versione pura questo modello presenta il vantaggio di non prevedere una spesa economica a carico dello Stato; lo svantaggio è rappresentato dal fatto che la situazione è altamente differenziata per cui a fronte di cittadini facoltosi che hanno modo di costruirsi coperture assicurative che li proteggono integralmente da ogni forma di spesa sanitaria vi sono altri cittadini meno abbienti che non hanno alcuna copertura e le cui eventuali spese mediche non evitabili, non potendo certo lo Stato negare le cure, finiscono comunque per gravare sulle finanze generali.

Il modello dell'assicurazione sociale obbligatoria (definito anche come modello *Bismark*, dal nome del Capo del Governo tedesco che lo introdusse in Germania nel 1883) prevede che i servizi sanitari siano finanziati da contributi obbligatori e fondi assicurativi; nella sostanza, una quota dello stipendio di ciascun lavoratore è, in modo obbligatorio, versata presso una Cassa comune. Nella sua versione pura questo modello presenta il van-

⁴ Sulla riforma sanitaria americana si veda M. Mellace, *Il sistema sanitario americano*, in M.P. Fantini (a cura di), *Obiettivo salute: sistemi sanitari a confronto tra criticità e tendenze evolutive*, Bologna, BUP, 2011, pp. 209-221. La riforma ha, quantomeno in parte, superato il vaglio costituzionale; infatti, la Corte suprema statunitense, con la pronuncia del 28 giugno 2012, ha dichiarato costituzionale il cd. *individual mandate* (ossia, l'obbligo per i singoli cittadini di sottoscrivere una polizza assicurativa sanitaria entro il 2014) e inconstituzionale la revisione del *Medicaid* (nella parte in cui non rende realmente facoltativi per gli Stati i contenuti del programma).

taggio che le prestazioni sono erogate come riflesso del *quantum* versato; lo svantaggio è riscontrabile nella circostanza che la popolazione ha una copertura differenziata e che coloro i quali non lavorano non hanno copertura sanitaria.

Il modello universalistico (definito anche come modello *Beveridge*, dal nome del Capo del Governo inglese che lo introdusse nel Regno Unito nel 1946) prevede che i servizi sanitari siano sostenuti dalla fiscalità generale; non vi è, nella sostanza, un vero e proprio pagamento delle prestazioni sanitarie essendo esse garantite con la tassazione cui ciascuno è tenuto annualmente. Nella sua versione pura questo modello presenta il vantaggio di garantire copertura sanitaria a tutta la popolazione in modo indifferenziato; lo svantaggio è riscontrabile nella difficoltà di controllare l'evoluzione della spesa pubblica.

Si è detto che tutti i modelli presentano vantaggi e svantaggi; negli anni tutti gli Stati hanno cercato di trovare dei correttivi al fine di raggiungere quelli che, nella sostanza, sono i due obiettivi tipici di ogni sistema sanitario: l'alto livello di prestazioni garantite e il controllo della spesa pubblica. Così come in Italia la Corte costituzionale ha più volte sostenuto che la tutela della salute costituisce uno dei diritti più rilevanti sanciti dalla Costituzione ma ha anche affermato come tale diritto deve essere temperato con le altre finalità pubbliche e come, pertanto, anche il diritto alla salute deve considerarsi un diritto finanziariamente condizionato⁵, analogamente è avvenuto negli altri Stati dove, a

⁵ Sul diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato è opportuno riportare quanto contenuto in una sentenza della Corte costituzionale la quale, già nel 1990, aveva avuto modo di evidenziare che il diritto alla salute è un diritto *erga omnes*, immediatamente garantito dalla Costituzione e, come tale, direttamente tutelabile e azionabile dai soggetti legittimati nei confronti degli autori dei comportamenti ma che, nello stesso tempo, considerato sotto il profilo del diritto a trattamenti sanitari, il diritto alla salute è soggetto alla determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del Legislatore ordinario. Quest'ultima dimensione del diritto alla salute comporta che, al pari di ogni diritto a prestazioni positive, il diritto a ottenere trattamenti sanitari, essendo basato su norme costituzionali di carattere programmatico impositive di un determinato fine da raggiungere, è garan-

fronte della crescente crisi economica che li ha investiti (e li sta tuttora investendo), si sono cercate soluzioni che, pur senza gravare sulla tutela della salute, consentissero la sostenibilità del sistema sanitario. Pertanto, è difficile ormai trovare Nazioni nelle quali si adottò in modo puro uno dei modelli sopra brevemente definiti ma, sempre più spesso, si trovano Nazioni che adottano sì un modello base ma ne temperano gli elementi negativi con aspetti propri degli altri modelli sanitari.

Così, a seconda della evoluzione del modello di base e della sua applicazione a diverse realtà, il sistema basato sulle assicurazioni private ha subito correzioni nel senso che si è sentita

tito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il Legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento: così C. Cost., 16 ottobre 1990, n. 455 (fattispecie in tema di apposizione di limiti al numero delle persone assistibili compiuta da una legge della Provincia di Trento – legge prov. n. 6/1983); si vedano, anche, C. Cost., 23 luglio 1992, n. 356 (fattispecie in tema di obbligo imposto alle Regioni dalla legge nazionale di ripianare le spese sanitarie superiori a quelle prefissate – legge n. 412/1991); Id., 1° giugno 1995, n. 217 (fattispecie in tema di prestazioni assistenziali sanitarie a favore di invalidi per causa di guerra e assimilati e degli invalidi civili per fatti di guerra in quanto, prevedendo forme di assistenza economica, sarebbe in contrasto con il divieto di porre a carico del Servizio sanitario nazionale prestazioni non espressamente previste da leggi dello Stato – legge reg. della Basilicata, approvata dal Consiglio regionale per la seconda volta il 17 gennaio 1995, dopo il rinvio disposto dal Governo per un nuovo esame); Id., 26 maggio 2005, n. 200 (fattispecie in tema di legge della Regione Marche che, dopo l'entrata in vigore dell'istituto dell'accreditamento, manteneva in vigore il sistema precedente – legge reg. n. 26/1996); Id., 8 ottobre 2010, n. 289 (fattispecie in tema di legge della Regione Abruzzo dichiarata costituzionalmente legittima in quanto emanata nel rispetto dei vincoli economici che impongono il contingentamento delle risorse attribuite al SSN – legge reg. n. 6/2007). Quanto alla dottrina, sul tema specifico si vedano: F.A. Roversi Monaco, C. Bottari (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2012; M. Sesta (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2014.

l'esigenza (si veda quanto sta avvenendo in questi anni negli Stati Uniti) di creare forme assicurative sociali a carico della fiscalità generale e a favore della popolazione più svantaggiata, perché meno abbiente o affetta da malattie gravi e destinate a cronicizzare.

Il sistema dell'assicurazione sociale obbligatoria può presentare differenti modalità applicative pratiche: essere esteso o meno ai familiari del lavoratore; prevedere un legame univoco tra lavoro svolto e Cassa cui versare i contributi o, al contrario, rendere competitivo il rapporto tra Casse consentendo ai lavoratori la scelta di aderire all'una o all'altra in base a quanto essa offre; consentire o meno anche la presenza di sistemi assicurativi privati che, se presenti, possono avere funzione integrativa dell'assicurazione sociale o addirittura sostitutiva; prevedere una copertura a carico della fiscalità generale per i meno abbienti esclusi da ogni forma di assicurazione sociale.

Analogamente è a dirsi per i sistemi universalistici dove, accanto alla fiscalità generale, sono presenti anche contributi sociali di categoria, imposte di scopo gravanti sui salari, compartecipazioni alla spesa sanitaria nella forma dei cd. *tickets*, assicurazioni private rivolte ai redditi medio-alti.

Ponendo l'attenzione sui modelli di sistemi sanitari che sono maggiormente utilizzati, e provando a fornire qualche osservazione complessiva, può affermarsi che non vi sia un modello preferibile agli altri e come non vi siano, ormai, Stati che ne adottino in assoluto uno piuttosto che un altro. È evidente come il sistema tedesco e quello francese siano, di base, impostati sulle assicurazioni sociali e, al contrario, quello inglese e quello spagnolo siano impostati (così come avviene in Italia) su un modello universalistico; tuttavia, a causa degli aggiustamenti introdotti (ora per rendere il sistema maggiormente garantista, come avviene nei sistemi di stampo sociale; ora per meglio controllare la spesa, come avviene nei sistemi di stampo universalistico) i vari modelli tendono ad avvicinarsi sempre più, creando una particolare attrazione degli opposti che, spesso, sta apportando nuova linfa ai sistemi sanitari.

Tutto ciò premesso, sembra non contestabile che ciò che con-

traddistingue l'approccio delle varie Nazioni alla gestione sanitaria non può esser compreso a seguito della definizione astratta del modello di sistema sanitario (o meglio, del modello di finanziamento delle spese sanitarie) prescelto ma deve essere individuato in considerazione di una pluralità di aspetti. È per questa ragione che, a opinione di chi scrive, le classificazioni dei sistemi sanitari in base alle modalità di finanziamento forniscono una identificazione di massima, puramente indicativa, utile per un approccio teorico ma non sufficiente a spiegare il complesso sistema posto a base della teorizzazione.

Per questa ragione si riportano, di seguito, alcune modalità di classificare i sistemi sanitari l'esame delle quali consente una reale possibilità di comparazione del sistema sanitario adottato nei vari Paesi.

1. Modalità di finanziamento del sistema sanitario:

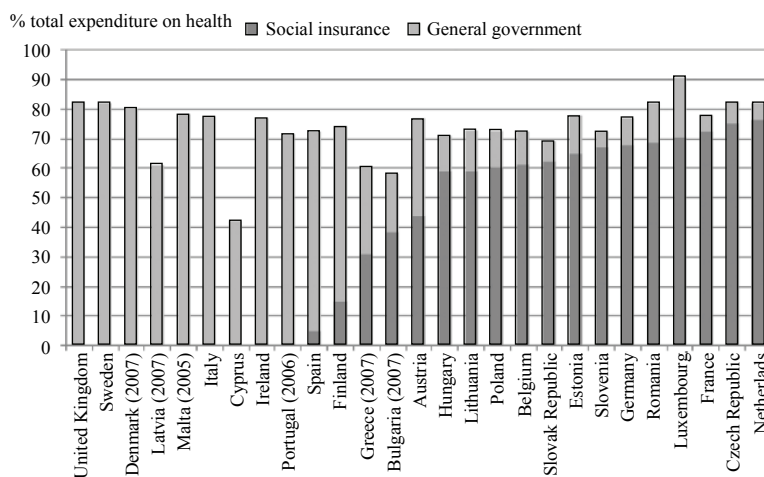
- modello Beveridge (fiscalità generale);
- modello Bismarck (assicurazioni obbligatorie);
- modello misto (pubblico – Beveridge o Bismarck – e privato derivante dalle assicurazioni).

Tabella 1.1. – *Classificazione dei sistemi sanitari effettuata in base alle modalità di finanziamento*

Modello Beveridge	Modello Bismarck	Modello misto pubblico/privato
Cipro, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Lettonia, Malta, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito	Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Olanda, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia Ungheria	Austria, Bulgaria, Grecia

Fonte: <http://ourhealthcare.eu>.

Grafico 1.1. – *Applicazione dei modelli Bismarck (Social insurance) e Beveridge (General government)*



Fonte: dati OCSE (2010); Thomson S. *et.al.* (2009) per Malta.

2. Grado di ricorso dei sistemi sanitari ai meccanismi di mercato per la regolazione della domanda e dell'offerta di servizi sanitari:

- Paesi che ricorrono in larga misura ai meccanismi di mercato sia per la regolamentazione della copertura assicurativa sia per l'erogazione dei servizi; i fornitori privati rivestono un ruolo importante nell'assistenza sanitaria;
- Paesi in cui c'è una copertura assicurativa di base e un ampio ricorso ai meccanismi di mercato per l'erogazione dei servizi; i servizi non previsti dal pacchetto di base sono coperti prevalentemente dall'assicurazione sanitaria privata;
- Paesi in cui c'è una copertura assicurativa di base e un ampio ricorso ai meccanismi di mercato per l'erogazione dei servizi; la copertura ulteriore rispetto alle prestazioni di base è limitata;

- Paesi nei quali l'offerta privata è limitata, ma la scelta dei fornitori è ampia;
- Paesi in cui i sistemi pubblici sono ampiamente regolamentati e nei quali la scelta dei fornitori è limitata e determinata dall'esistenza di un sistema di filtro;
- Paesi in cui i sistemi pubblici sono ampiamente regolamentati e nei quali la scelta dei fornitori è limitata e determinata da esigenze di bilancio.

Tabella 1.2. – *Classificazione dei sistemi sanitari effettuata in base al grado di ricorso dei sistemi sanitari ai meccanismi di mercato per la regolazione della domanda e dell'offerta di servizi sanitari*

Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	Gruppo 4	Gruppo 5	Gruppo 6
Germania, Olanda, Slovacchia	Belgio, Francia	Austria, Grecia, Lussemburgo, Repubblica Ceca	Svezia	Danimarca, Finlandia, Portogallo, Spagna	Irlanda, Italia, Polonia, Regno Unito, Ungheria

Fonte: <http://ourhealthcare.eu>.

3. *Gestione delle strutture ospedaliere:*

- decentramento (trasferimento di poteri, a diversi livelli, dallo Stato agli enti locali e regionali);
- centralizzazione (gestione centralista del settore ospedaliero);
- deconcentramento (gestione controllata a livello centrale ma realizzazione a livello territoriale attraverso agenzie locali o regionali o sedi territoriali dell'amministrazione centrale).

Tabella 1.3. – *Classificazione dei sistemi sanitari effettuata in base al soggetto che ha il compito di gestire le strutture ospedaliere*

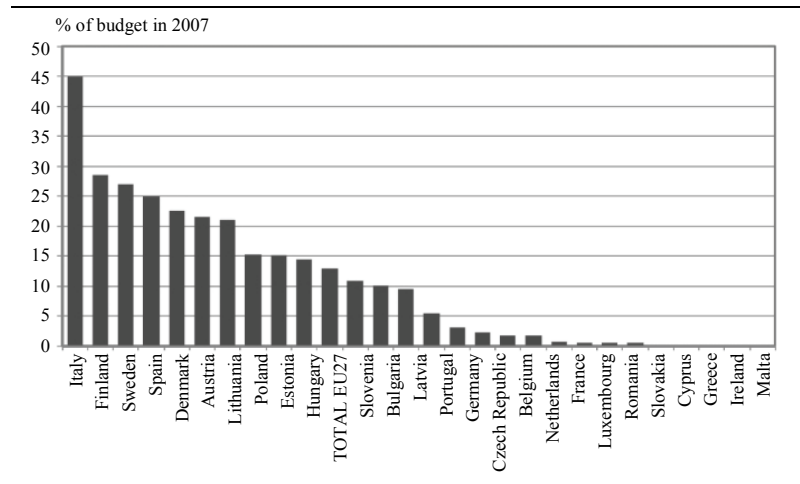
Decentramento	Centralizzazione	Deconcentramento
Belgio, Danimarca, Germania, Finlandia, Italia, Lettonia, Lituania, Polonia, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovacchia, Spagna, Svezia, Ungheria	Cipro, Estonia, Irlanda, Lussemburgo, Malta, Olanda, Romania, Slovenia	Bulgaria, Francia, Grecia, Portogallo

Fonte: <http://ourhealthcare.eu>.

4. Percentuale di spesa sostenuta dal governo territoriale:

- spesa sostenuta totalmente dal governo centrale;
- spesa ripartita tra governo centrale e governo territoriale.

Grafico 1.2. – *Percentuale di spesa sostenuta dai governi territoriali, fatta cento la spesa totale*



Fonte: dati del Consiglio dei comuni e delle regioni d'Europa & Dexia (2009).

5. Poteri e responsabilità degli enti locali e regionali in materia di legislazione, programmazione e attuazione nel settore sanitario:

- gli enti locali e regionali sono titolari anche del potere normativo per le questioni attinenti alla sanità;
- agli enti locali e regionali è affidata la responsabilità di decidere la politica o la programmazione nel settore sanitario;
- gli enti locali e regionali svolgono funzioni di attuazione diretta, di diversa natura e a diversi livelli.

Tabella 1.4. – *Classificazione dei sistemi sanitari effettuata in base ai compiti attribuiti ai governi territoriali*

Potere legislativo	Programmazione	Attuazione
Austria, Italia, Spagna	Belgio, Danimarca, Germania, Estonia, Finlandia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Svezia, Ungheria	Bulgaria, Cipro, Francia, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lussemburgo, Malta, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Romania, Slovacchia, Slovenia

Fonte: <http://ourhealthcare.eu>.

Tabella 1.5. – *Riepilogo per Paese delle funzioni delegate agli enti territoriali*

	Legislative	Programmatiche	Esecutive	Finanziarie		Legislative	Programmatiche	Esecutive	Finanziarie		Legislative	Programmatiche	Esecutive	Finanziarie
AT	sì	sì	sì	sì	FI	no	sì	sì	sì	MT	no	no	no	no
BE	no	sì	sì	sì	FR	no	sì	sì	sì	NL	no	sì	sì	sì
BG	no	no	sì	sì	EL	no	no	sì	no	PL	no	sì	sì	sì
CY	no	no	no	no	HU	no	no	sì	no	PT	no	no	sì	no
CZ	no	sì	sì	sì	IE	no	no	no	no	RO	no	no	sì	sì
DE	no	sì	sì	sì	IT	sì	sì	sì	sì	SE	no	sì	sì	sì
DK	no	sì	sì	sì	LT	no	sì	sì	sì	SK	no	no	sì	sì
EE	no	sì	sì	sì	LU	no	no	sì	no	SL	no	sì	no	sì
ES	sì	sì	sì	sì	LV	no	no	sì	no	UK	no	si'	no	no

Fonte: Tabella rielaborata a partire da dati tratti da Progress Consulting S.r.l. e Living Prospects Ltd., *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali*, 2012, p. 8.

6. Proprietà e gestione delle strutture sanitarie da parte degli enti locali e regionali:

- gli enti territoriali sono titolari delle strutture sanitarie;
- gli enti territoriali non sono titolari delle strutture sanitarie ma le gestiscono;
- gli enti territoriali non sono titolari delle strutture sanitarie e non le gestiscono.

Tabella 1.6. – *Classificazione dei sistemi sanitari effettuata in base alla titolarità/gestione delle strutture sanitarie da parte degli Enti locali e regionali*

Proprietà	Gestione	Né proprietà né gestione
Austria, Belgio, Bulgaria, Danimarca, Estonia, Finlandia, Germania, Italia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Svezia, Spagna, Ungheria. Lettonia, Lussemburgo, Romania, Slovacchia, Slovenia	Bulgaria, Francia, Grecia, Lettonia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Romania, Slovacchia, Slovenia	Cipro, Irlanda, Malta

Fonte: <http://ourhealthcare.eu>.

Come può vedersi, non vi è una effettiva possibilità di riscontrare situazioni analoghe tra Paesi che utilizzano lo stesso sistema sanitario; l'esame dei vari parametri emergenti dalle tabelle sopra riportate e la combinazione tra loro consente di comprendere, però, realmente la situazione in ambito sanitario del Paese oggetto di osservazione.

2. Il Servizio sanitario italiano

Come si vedrà meglio nel prossimo capitolo, fin dal Medio Evo l'assistenza sanitaria in Italia è sempre stata considerata un problema di ordine pubblico e svolta da associazioni caritatevoli. Dal 1823 in poi l'assistenza sanitaria la si deve in gran parte al ruolo delle Casse di Risparmio; non è, infatti, un caso che le Regioni che oggi presentano la migliore assistenza sanitaria sono quelle in cui il fenomeno delle Casse è ben radicato sin dai primi decenni dell'800. Fu proprio in quell'epoca, infatti, che fu concesso alle Casse di Risparmio di effettuare prestito di denaro purché gli utili annuali fossero distribuiti alla popolazione del

territorio: la distribuzione degli utili fu fatta per lo più tramite la donazione di fondi a favore del territorio (acquisto di macchinari, restauri, etc.). È questo che ancora oggi fanno le Fondazioni Casse di Risparmio che possono essere definite come soggetti del cd. privato-sociale, che trovano la loro sostanza nell'articolo 2 (e, ora, anche nel comma 4 dell'art. 118) della Costituzione.

Lo Statuto Albertino non inseriva tra le libertà fondamentali la salute in quanto all'epoca si riteneva ancora che l'aspetto salustico costituisse interesse proprio di ciascun cittadino; con la Costituzione del 1948 lo Stato inizia ad occuparsi di salute: perché questo passaggio dallo Stato liberale allo stato sociale? L'intervento dello Stato si rese necessario in particolare nelle Nazioni uscite sconfitte dalla seconda guerra mondiale in quanto esse si trovavano nella necessità di ricostruire quanto la guerra aveva distrutto. Lo Stato sociale implica un arretramento del cittadino dinanzi allo Stato ma costituisce un portato essenziale che si rese necessario per uscire dalla crisi. Ciò che ha comportato la degenerazione del sistema è stato il successivo passaggio dallo Stato sociale allo Stato assistenziale che si è verificato dagli anni '70 in poi dello scorso secolo e che ha causato un costante e crescente indebitamento pubblico dovuto alla spese che lo Stato ha dovuto sostenere per mantenere le aziende a partecipazione statale che all'epoca si dovette accollare per non creare disoccupati.

Solitamente quando si parla di sanità, in Italia si ricordano cinque atti normativi molto rilevanti dal punto di vista dell'evoluzione giuridica del diritto alla tutela della salute:

1. la Carta costituzionale del 1948;
2. la legge 23 dicembre 1978, n. 833 (recante *Istituzione del servizio sanitario nazionale*);
3. il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (recante *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*);
4. il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (recante *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*);
5. la riforma del Titolo V della Costituzione avvenuta con

legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (recante *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*).

Molto brevemente (in quanto i passaggi specifici principali delle normative sotto riportate saranno approfonditi nei prossimi capitoli), può dirsi che:

1. l'art. 32 Cost. rappresenta un compromesso tra le due anime della Costituente, quella cattolica e quella marxista: solidarietà (art. 2) e uguaglianza (art. 3) sono i portati principali di questo compromesso. L'obiettivo è l'efficacia e l'efficienza; il servizio è, pertanto, pubblico a prescindere dalla gestione pubblica o privata che se ne faccia e la sussidiarietà orizzontale⁶ è il mezzo migliore per far svolgere il servizio in modo efficace ed efficiente da soggetti privati. Le prestazioni sanitarie, però, iniziano a essere assicurate all'indomani della Costituzione non in ottemperanza all'art. 32 bensì all'art. 38 che prevede la tutela della salute del lavoratore in caso di malattia, tramite le Mutue (metalmeccanici, ferrovieri, dipendenti comunali, etc.). Il sistema mutualistico tramonterà, poi, alla fine degli anni '60 dello scorso secolo, in quanto troppo frammentato e poco omogeneo sul territorio nazionale;

2. la legge n. 833/1978 costituisce la risposta alle esigenze sopra riportate. Essa si pone due obiettivi fondamentali: dare concreta attuazione non solo all'art. 32 ma anche all'art. 117 della Costituzione che, come detto, attribuiva competenza legislativa concorrente alla Regione. Si tratta non solo di una legge quadro per le Regioni a statuto ordinario in materia di assistenza sanitaria ospedaliera, ma anche di una legge quadro contenente norme di interesse nazionale (che prevedono disposizioni che limitano anche le Regioni a statuto speciale). I principi essenziali sono: la globalità, l'uguaglianza e l'uniformità delle prestazioni. Innanzitutto, si parla di globalità, a intendere che la legge si rivolge a tutti i cittadini e non solo ai lavoratori come avveniva nel periodo mutualistico. Poi, si parla di uguaglianza, nel senso che

⁶ Su cui si vedano, *infra*, le "Osservazioni conclusive" e, in particolare, le note 1, 2 e 4.

tutti i cittadini devono essere uguali e tutti devono ricevere uguali servizi. Infine, si parla di uniformità, ossia di prestazioni erogate in modo uniforme sul territorio nazionale. Il Servizio sanitario nazionale (da ora, anche SSN) è definito dalla legge n. 833/1978 come il complesso dei presidi e delle strutture e dei servizi di carattere sanitario pubblici e privati; già nel 1978, dunque, le strutture private sono inserite nel SSN, mantenendo il sistema convenzionale. L'insieme delle prestazioni sanitarie sarà assicurato da un nuovo soggetto che la legge istituisce e che è la Unità Sanitaria Locale (inizialmente ne furono istituite oltre seicento); struttura operativa del Comune che, però, è soggetto di difficile inquadramento (Azienda? Ente Pubblico? Ufficio amministrativo?) e rappresentato da tre organi molto politicizzati: assemblea eletta dal Comune (poi abolita nel 1981), comitato di gestione (nominato dall'assemblea), presidente (nominato dal comitato di gestione). Nel 1988 gli Organi vengono abrogati ed è nominato un commissario straordinario che poi, con la riforma del 1992, sarà sostituito dal Direttore Generale. Detto ciò, molto rilevante è evidenziare che il Legislatore del 1978 ha attribuito le competenze sanitarie al Comune e non alla Regione, questo perché l'art. 118 della Costituzione all'epoca vigente, che stabiliva il perfetto parallelismo tra le funzioni amministrative e legislative, disponeva che nelle materie di interesse esclusivamente locale la competenza potesse essere attribuita direttamente agli Organi locali di pertinenza: questa fu la ragione che spinse all'esclusione delle Regioni a favore del Comune, con passaggio di tutti i beni degli Enti ospedalieri che si tramuteranno in presidi delle unità sanitarie locali; viene anche testualmente riconosciuto il diritto del cittadino alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Il sistema di finanziamento delle Casse Mutue è smantellato a favore della istituzione della Tassa sulla salute, imposta ai cittadini proporzionalmente al reddito pro-capite, che va a confluire nel fondo sanitario nazionale;

3. la seconda riforma si ha con il d.lgs. n. 502/1992; con esso, nel tentativo di restituire efficienza a un sistema insoddisfacente, benché astrattamente ben pensato, il Legislatore rivede molte delle caratteristiche del SSN come modellato dalla legge del

1978: innanzitutto, le Unità sanitarie locali sono rese autonome rispetto ai Comuni e trasformate in Aziende unità sanitarie locali (da ora, AUSL); poi, esse sono ridotte di numero (a poco più di duecento); inoltre, sono istituiti specifici Organi il cui scopo è quello di rendere le AUSL organismi tecnici; infine, è modificato anche il sistema delle responsabilità che transita dai Comuni alle Regioni (altre modifiche sono: il funzionamento della programmazione sanitaria; il ruolo delle AUSL; lo scorporo di alcuni grandi Ospedali e la trasformazione di essi in presidi ospedalieri chiamati a erogare prestazioni per conto delle AUSL; l'introduzione di forti strumenti di concorrenzialità tra sistema pubblico e privato; la trasformazione del rapporto convenzionale nel nuovo sistema dell'accREDITamento). L'apertura al mercato sanitario è tipica della riforma del 1992 che, d'altronde, risente del momento politico/giuridico che evolve decisamente, in quegli anni, verso la privatizzazione;

4. il d.lgs. n. 229/1999 ripristina alcuni dei principi della legge n. 833/1978, benché essi siano posti in relazione con criteri di efficienza e contenimento della spesa tali da regolamentare la portata effettiva e da avvicinarli a quella che era la *ratio* che aveva portato all'emanazione del d.lgs. n. 502/1992. Il d.lgs. n. 229/1999 torna a chiamare in gioco i Comuni (pur confermando le responsabilità gestionali della Regione) e anche a riequilibrare il rapporto pubblico-privato andando a disciplinare l'accREDITamento ma circondandolo di una serie di presupposti e garanzie tali per cui la libera scelta dell'utente e la competizione si esercitano tramite dei volumi e delle prescrizioni che servono per calmierare il mercato;

5. la riforma costituzionale approvata con legge n. 3/2001 comporta il passaggio dalla competenza regionale concorrente sull'assistenza sanitaria alla competenza concorrente sulla tutela della salute; ciò che resta fuori da questo ambito rientra nella competenza esclusiva della Regione⁷.

⁷ Sulle implicazioni della riforma costituzionale del 2001 in ambito sanitario si veda, *infra*, capitolo 2, § 2.

I successivi anni della sanità italiana sono improntati a un sistema che si potrebbe definire di raccordo tra il Governo e le Autonomie territoriali. L'art. 11 della legge costituzionale n. 3/2001 prevede la possibilità di integrare la Commissione parlamentare bicamerale per le questioni regionali con i rappresentanti delle Regioni e degli enti locali. Si tratta d'uno strumento di raccordo tra Stato e Regioni introdotto in via transitoria che dà la possibilità di fare partecipare rappresentanti delle Regioni e degli enti locali ai procedimenti parlamentari che riguardano decisioni sulla finanza delle autonomie locali o sulle materie rimesse alla concorrente disciplina statale e regionale. L'occasione di dare vita alla Commissione bicamerale per le questioni regionali integrata non è stata colta né nella XIV legislatura, né in quelle successive, per cui il raccordo tra Stato e Regioni è assicurato, in condizione di pariteticità, dalla Conferenza Stato-Regioni⁸.

La Conferenza Stato-Regioni fu istituita con d.p.c.m. 12 ottobre 1983 (quindi in via amministrativa) con compiti di consultazione, di studio e di raccordo sui problemi di interesse comune tra Stato, Regioni e Province Autonome per superare e integrare un impianto costituzionale relativo ai rapporti Stato-Regioni basato più su istituti di tipo garantistici (delle Regioni nei confronti delle ingerenze statali negli ambiti di autonomia loro attribuiti e dello Stato nei confronti delle Regioni) ma che si andava sviluppando secondo i canoni di una implicazione reciproca. Con l'art. 12 della legge n. 400/1988 la Conferenza è legificata, cioè prevista e definita nei suoi compiti fondamentali dalla legge⁹.

⁸ Sulla Conferenza Stato-Regioni si veda: G. Carpani, *La Conferenza Stato-regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Bologna, Il Mulino, 2006.

⁹ “*La Conferenza Stato-Regioni è la sede privilegiata del confronto e della negoziazione politica fra lo Stato e le regioni [...] al fine di favorire il raccordo e la collaborazione fra l'uno e le altre*”; in quanto tale la Conferenza è una istituzione operante nell'ambito dello Stato comunità nazionale come strumento per l'attuazione della cooperazione fra lo Stato e le Regioni: così C. Cost., 31 marzo 1994, n. 116.

Poiché, come si vedrà meglio nel capitolo 3, l'ingresso delle strutture nel sistema sanitario è oggi (a seguito della normativa succintamente descritta) condizionato dal cd. accreditamento istituzionale, può essere utile osservare la situazione negli altri Paesi per meglio comprendere come si collochi a livello internazionale la realtà italiana.

3. Confronto con l'esperienza internazionale

In alcuni casi erogatori delle prestazioni sono quasi esclusivamente strutture pubbliche o private *non profit* equiparate alle pubbliche (così avviene in Danimarca, in Gran Bretagna, in Islanda, in Olanda); in altri casi, vi è un misto di pubblico e privato *for profit* pur con una prevalenza degli ospedali pubblici (così avviene in Australia, Canada, Francia, Germania, Nuova Zelanda, Svizzera); in altri casi ancora, la componente *for profit* è predominante (ciò avviene prevalentemente negli Stati Uniti)¹⁰.

Cosa avviene negli Stati in cui le strutture private partecipano alla erogazione dei servizi sanitari?

A parte l'esperienza italiana dell'accREDITamento, sistemi di competizione sono presenti in Ungheria (dove dal 2009 il precedente modello è stato sostituito da un sistema in cui tra cinque e otto compagnie assicurative competono tra loro per ottenere quote di mercato) e in Romania (dove si realizza una piccola competizione tra fornitori). Nelle altre Nazioni non risulta esistente un vero e proprio sistema di scelta delle strutture private; ciò non vuole significare che chiunque può realizzare strutture sanitarie ed erogare prestazioni, perché, al contrario, forme di controllo preordinato sia alla realizzazione delle strutture sia alla qualità delle prestazioni erogate esistono da tempo in molti Paesi. Lo strumento utilizzato per questo controllo è, solitamente,

¹⁰ Il presente paragrafo è, nelle prime pagine, ripreso da P. De Angelis, *L'affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari: tra esigenze specifiche e vincoli normativi*, Bologna, BUP, 2013, § 5.3.

l'accreditamento che, però, si distingue dall'accreditamento cd. istituzionale presente in Italia. Per comprendere questa affermazione è, a questo punto, utile compiere un esame dell'istituto dell'accreditamento, così come introdotto e utilizzato nei vari Stati: dall'esame emergerà, come si è anticipato, una profonda differenza tra l'esperienza italiana e quella presente a livello internazionale.

Da molti anni si è evidenziata, in particolare in ambito sanitario, la necessità di individuare strumenti adeguati per una valutazione oggettiva della qualità, ossia di quel dovere sempre più diffuso da parte dei fornitori dei servizi di rendicontare ciò che si è fatto. Questa esigenza di valutazione degli *standard* organizzativi ha portato nel tempo al riconoscimento di quattro modelli di programma: l'accreditamento; l'*Audit* (inteso in Sanità come attività di revisione della documentazione clinica); le norme ISO (ossia modelli impostati sulla qualità gestionale); l'EFQM (*European Foundation for Quality Management* per la promozione delle attività di eccellenza). Questi modelli, nel tempo, hanno subito una diversificazione e ciascuno di essi ha avuto una finalizzazione più marcata in un determinato settore. Così, ad esempio, il modello dell'*Audit* è stato utilizzato in particolare per valutare la pratica clinica e professionale, le norme ISO hanno trovato maggiore sviluppo nella certificazione di qualità dei reparti, l'EFQM rappresenta una certificazione ulteriore introdotta in Europa sull'esempio del *Balridge Awards* statunitense.

Dunque, i quattro strumenti non si sovrappongono tra loro ma sono preferibilmente diretti a una specifica attestazione. In questa ottica, lo strumento che ha ottenuto i maggiori consensi in ambito sanitario è stato senz'altro l'accreditamento. Mentre, infatti, gli altri modelli di valutazione degli *standard* qualitativi sono stati adottati in alcuni Paesi ma non in tutti (ad esempio, in Italia ha avuto un forte sviluppo il modello delle norme ISO), l'accreditamento è stato adottato, sia pure in modo differenziato, da quasi tutti i Paesi in cui il sistema sanitario ha raggiunto un grado di sviluppo avanzato.

Un altro elemento generale che contraddistingue l'accredita-