

## **Sanità: a chi l'organizzazione?**

Lorenzo Cuocolo

*Ricercatore di diritto pubblico comparato  
nell'Università commerciale "Luigi Bocconi"*

La riforma costituzionale del 2001 ha introdotto, fra le competenze esclusive dello Stato, la determinazione dei "livelli essenziali delle prestazioni". Tale clausola, come può intuirsi, è volta a temperare le spinte centrifughe derivanti da una lettura "seria" del nuovo meccanismo di riparto delle competenze tra livelli di governo, in un quadro di pari dignità istituzionale.

I contorni della nuova previsione costituzionale, peraltro, sono stati per ora delineati in modo approssimativo e saranno necessari numerosi assestamenti e rifiniture sia da parte della dottrina che della giurisprudenza, in special modo costituzionale.

Fra le molte questioni aperte, una delle più spinose – ancorché poco studiate – riguarda la possibilità di ricomprendere o meno nel concetto di livello essenziale i profili organizzativi della materia interessata dalla regolazione "trasversale".

Come spesso accade, la questione presenta particolare interesse in riferimento all'organizzazione sanitaria, cui è necessario limitare l'indagine.

Com'è ampiamente noto, la riforma costituzionale ha attribuito alle Regioni competenza concorrente in materia di «tutela della salute», a fronte della precedente competenza, limitata alla «assistenza sanitaria ed ospedaliera». È altresì noto che la nuova formulazione della potestà concorrente è stata interpretata dalla maggior parte dei commentatori come una restrizione – rispetto ai precedenti assetti – degli spazi concessi alla legislazione statale, con un implicito auspicio ad una rilettura della "fondamentalità" dei principi. Ciò avrebbe potuto trovare conferma nei decreti ricognitivi previsti dalla legge La Loggia, che tuttavia – dopo aver suscitato accesi dibattiti in dottrina (per vero registrando orientamenti largamente contrari al meccanismo tracciato dalla legge n. 131) – non hanno visto la luce.

La nuova lettura del riparto di competenze in materia sanitaria, inoltre, poteva considerarsi in linea con le modifiche introdotte dal d.lgs. n. 229/1999, che aveva ridisegnato il Servizio sanitario nazionale quale insieme dei Servizi sanitari regionali, e dunque come particolarissimo modello di servizio a rete.

L'accresciuto spazio della competenza regionale ha trovato alcune importanti conferme nella giurisprudenza costituzionale. Senza soffermarsi sulle più note sentenze n. 282/2002 n. 88/2003, sono qui da richiamarsi due pronunce che, seppur non specificamente attinenti alla tutela della salute, presentano spunti di assoluto interesse in relazione ai profili organizzativi. Si tratta della sentenza n. 370/2003 e, soprattutto, della sentenza n. 120/2005.

Già la sentenza n. 370/2003, in tema di asili-nido, riconosce una innegabile competenza regionale sui «criteri per la gestione e l'organizzazione degli asili». La sentenza n. 120/2005, poi, ha ad oggetto un ricorso statale contro il testo unico della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro. La difesa erariale lamenta l'invasione della competenza statale in materia di livelli essenziali dovuta alla disciplina regionale degli «standard strutturali e qualitativi» degli asili nido. Senza soffermarsi sulla natura meta-materica dei livelli essenziali, che rende il ricorso per menomazione ipotesi assai particolare, sia sufficiente notare che la Corte, anche richiamando la propria giurisprudenza pregressa, nega qualunque lesione della competenza statale in tema di LEP, poiché «la norma censurata non determina alcun livello di prestazione, limitandosi ad incidere sull'assetto organizzativo e gestorio degli asili nido che, come si è detto, risulta demandato alla potestà legislativa delle Regioni».

La volontà di rafforzare le competenze regionali trova ulteriori conferme nei progetti di riforma costituzionale che si sono avvicinati negli ultimi anni: tanto il d.d.l. A.S. 2544, quanto l'ultimo d.d.l. A.S. 2544-B, infatti, prevedono una competenza esclusiva delle Regioni in tema di «assistenza e organizzazione sanitaria», riservando allo Stato i soli livelli essenziali e – nell'ultima versione – una competenza esclusiva per le «norme generali sulla salute».

La questione circa il soggetto competente a regolare i profili organizzativi della materia sanitaria non sembra dunque – a prima vista – presentare particolari problemi, dovendosi ritenere tale spazio di normazione appannaggio delle sole Regioni.

Parte della dottrina, peraltro, ha revocato in dubbio una troppo entusiastica adesione a tale ricostruzione, affermando che la determinazione statale dei livelli essenziali «sembra infatti implicare conseguenze importanti anche sull'organizzazione dei servizi sanitari: è arduo immaginare un sistema capace di assicurare tali livelli senza un'organizzazione ultraregionale» (così R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (cur.), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, 21; in senso non dissimile cfr. anche M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni*, in *Sanità pubbl.*, 2002, 1034 e E. BALBONI, *Il concetto di «livelli essenziali ed uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Istituz. federal.*, 2001, 1103). In effetti, l'esistenza di un Servizio sanitario nazionale, pur declinato quale rete dei Servizi sanitari regionali, postula *standard* di omogeneità che consentano di interconnettere i diversi nodi della rete.

Tali riflessioni, lasciate sino ai mesi scorsi alla penna di Autori particolarmente preoccupati di porre argini reali alla differenziazione territoriale e personale, sembrano esser state raccolte, almeno in parte, dal legislatore statale, che ha inserito nell'*omnibus* della Finanziaria 2005, una interessante quanto intricata previsione. Il comma 169 del primo (e unico) articolo, infatti, dispone che «Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale. In fase di prima applicazione gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005».

Limitando l'analisi ai profili che qui più interessano, ovvero alle competenze in tema di organizzazione dei servizi sanitari, colpisce che il legislatore demandi ad un regolamento ministeriale la determinazione di «standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi» relativi ai livelli essenziali. Senza dubbio, gli *standard* di processo attengono all'organizzazione: lo Stato, infatti, per ogni prestazione inclusa nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, deve indicare *come* questa debba essere effettuata, ovvero secondo quali protocolli terapeutici, da chi e con quali modalità. Sembra peraltro di potersi ritenere che anche gli *standard* strutturali, quelli tecnologici e pure di esito, qualitativi e quantitativi, spieghino intensi riflessi sui profili organizzativi della sanità, com'è del resto giustificato dalla scelta espressa

del medesimo legislatore che non fa solo riferimento a livelli essenziali, bensì a prestazioni da erogarsi in modo uniforme sul territorio nazionale.

Tralasciando le riflessioni sulla pessima qualità redazionale della norma e sull'eccentricità di alcune delle "standardizzazioni" (si pensi, soprattutto, agli *standard* di esito...), può condividersi l'*input* di fondo che mira a ridurre quanto più possibile le disparità territoriali nell'accesso alle cure. La scelta, tuttavia, è di improbabile compatibilità con il nuovo Titolo V e, a tal proposito, si rammenti quanto già accennato più sopra, e cioè che la Corte, nella sentenza n. 120/2005, ha espressamente considerato gli «standard strutturali e qualitativi» come parte delle competenze regionali di organizzazione dei servizi.

È dunque difficile nascondere la sorpresa di fronte ad un intervento del legislatore statale che afferma principi di uniformità prestazionale ormai abbandonati persino dalla Corte. Tanto più aumenta la perplessità, ove si pensi che la Finanziaria 2005 appena richiamata è frutto del medesimo Governo che si fa vanto di sostenere un progetto di riforma costituzionale che attribuisce alle Regioni competenze esclusive sull'organizzazione dei servizi sanitari.