



FONDAZIONE
CESIFIN
ALBERTO PREDIERI

centro per lo studio delle istituzioni finanziarie
promosso dalla fondazione cassa di risparmio di firenze

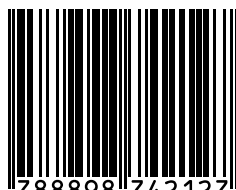
PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA DI *WELFARE*

a cura di
**GINEVRA CERRINA FERONI, MASSIMO LIVI BACCI
ALESSANDRO PETRETTO**

scritti di
DONATELLA CARMİ BARTOLOZZI, CARLO CASONATO, GINEVRA CERRINA FERONI
MARCO DUGATO, SILVIO GARATTINI, MARCO GEDDES DA FILICAIA, SARA LANDINI
MASSIMO LIVI BACCI, ALESSANDRO MARTINI, ROBERTO NEGRINI
ALESSANDRO PETRETTO, DARIO ROSINI, EMANUELE ROSSI, STEFANIA SACCARDI
CLAUDIA TUBERTINI, GILBERTO TURATI, CRISTINA UGOLINI

cesifin on line

www.cesifin.it



9 788898 742127

Sono qui raccolti gli atti delle tre giornate di seminario dal titolo "*Pubblico e privato nel sistema di welfare. Una riflessione*", organizzato dalla Fondazione CESIFIN Alberto Predieri e tenutesi a Firenze, Palazzo Incontri, nei giorni 15 gennaio, 12 febbraio e 14 marzo 2016.

© 2017 Fondazione CESIFIN Alberto Predieri

ISBN 978-88-98742-12-7

Cesifin on line
Aprile 2017

PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA DI *WELFARE*

Indice

PRESENTAZIONE	
Ginevra Cerrina Feroni - Massimo Livi Bacci - Alessandro Petretto.....	7
PARTE I	
L'ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI SANITARI A LIVELLO REGIONALE	11
MODELLI ISTITUZIONALI E DI <i>GOVERNANCE</i> DELLA SANITÀ REGIONALE	
Gilberto Turati.....	13
IL RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE NELLA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE	
Cristina Ugolini.....	23
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA, EVOLUZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI	
Dario Rosini.....	37
GLI ORGANI DI GOVERNO E GESTIONE DELL'OFFERTA PUBBLICA A LIVELLO TERRITORIALE	
Marco Dugato	47
PARTE II	
I CONFINI DEL DIRITTO ALLA SALUTE E LA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA	53
LA SALUTE E I SUOI CONFINI. UNA PROSPETTIVA COMPARATA	
Carlo Casonato	55

CULTURA DELLA SALUTE E STILE DI VITA	
Silvio Garattini	69
IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO, PROBLEMATICHE E COMPARAZIONI	
Alessandro Petretto	71
I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	
Claudia Tubertini	89
IL RUOLO DELLE ASSICURAZIONI NELLA TUTELA DELLA SALUTE	
Sara Landini	99
PARTE III	
DOVE IL PUBBLICO NON ARRIVA. IL CASO TOSCANA	107
IL SISTEMA SANITARIO TOSCANO. LA SUA EVOLUZIONE NEGLI ULTIMI DECENNI	
Marco Geddes da Filicaia.....	109
PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO TOSCANO	
Emanuele Rossi.....	139
I SERVIZI ALLA PERSONA TRA PUBBLICO E PRIVATO IN TOSCANA: QUESTIONE DI CORRESPONSABILITÀ	
Alessandro Martini.....	177
IL RUOLO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE NEL SISTEMA DI <i>WELFARE</i> TOSCANO	
Roberto Negrini	183
IL PRIVATO <i>NON PROFIT</i> QUALE ATTORE INDISPENSABILE PER UNA NUOVA CULTURA MEDICA	
Donatella Carmi Bartolozzi.....	187
PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA DI <i>WELFARE</i>: IL "MODELLO" TOSCANA	
Stefania Saccardi.....	191
GLI AUTORI	195

PRESENTAZIONE

È con vivo piacere che presentiamo questo volume che ripercorre il dibattito scientifico sul tema *Pubblico e privato nel sistema di welfare* promosso dalla Fondazione CESIFIN Alberto Predieri, attraverso alcune iniziative seminariali.

Il tema è di particolare interesse e si pone nel solco del dibattito circa le sfide che il sistema italiano di *welfare* si trova da tempo a fronteggiare, dovendo fare i conti con intrinseci elementi di debolezza e di criticità.

I sistemi di *welfare* sono oggi attraversati da una profonda crisi, dovuta, da un lato, a risorse sempre più scarse e, dall'altro, all'emergere di nuovi rischi e vulnerabilità sociali. In particolare, il sistema italiano, gravato da squilibri storici e mancate riforme strutturali, fatica a rispondere in modo adeguato ai cambiamenti in atto nella società e a comprendere i relativi bisogni, sempre più complessi.

La crisi dello stato sociale è il risultato di pressioni interne ed esterne ai singoli contesti nazionali: semplificando, le prime – quelle endogene – sono riconducibili ai cambiamenti socio-demografici, all'aumento dei tassi di invecchiamento della popolazione, alle trasformazioni del mercato del lavoro e del sistema occupazionale, al livello del debito pubblico; le seconde – quelle esogene – alla globalizzazione, al processo di integrazione europea, al fenomeno migratorio.

Le profonde trasformazioni dell'economia e della società, generate a loro volta dai processi di globalizzazione, dalla crisi economico-finanziaria esplosa nel 2008 e ancor più dagli effetti ancora evidenti della fase recessiva, mettono da tempo in discussione le tradizionali politiche di *welfare*. Da qui l'urgenza di un ripensamento per dare risposta a vecchi e nuovi bisogni e cercare di offrire una prospettiva soprattutto alle nuove generazioni.

Come garantire la sopravvivenza e l'efficacia del nostro sistema sanitario e di protezione sociale? Come rispondere ai nuovi rischi e bisogni in presenza di vincoli di bilancio e risorse sempre più scarse? Quale spazio per soluzioni innovative che scaturiscano dal coinvolgimento di soggetti non pubblici e dal ripensamento dei rapporti tra soggetti pubblici e privati? Come può qualificarsi il contributo del cosiddetto "secondo *welfare*" e quali sono le sue prospettive di sviluppo? Come contribuire a fare del *welfare state* un motore di sviluppo e crescita?

Provare a rispondere a questi e a molti altri interrogativi ha richiesto di mettere a confronto varie discipline, allo scopo di approfondire l'indagine alla luce di maggiori strumenti e conoscenze. Il tema relativo alla crisi del nostro sistema di *welfare* e alla necessità di un suo ripensamento può, infatti, essere affrontato da molteplici punti di vista e da approcci anche molto diversi tra loro, per riferimenti e per linguaggio adottato.

La scelta è stata quella di far dialogare competenze ed esperienze di varia natura, con contributi di tipo sociologico, clinico, economico e giuridico, senza trascurare i profili storici e organizzativi del sistema di *welfare* italiano.

È andato così definendosi un percorso multidisciplinare, strutturato in tre tappe che confluiscono nei tre capitoli di cui si compone il presente volume.

Il primo incontro ha avuto per oggetto *L'organizzazione dei sistemi sanitari a livello regionale*. In questa occasione, l'attenzione si è concentrata sui modelli istituzionali e di *governance* della sanità nel nostro Paese, con il contributo di Gilberto Turati, *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*. Gli interventi di Cristina Ugolini, *Il ruolo della medicina generale nella riorganizzazione delle cure primarie*, Dario Rosini, *L'assistenza ospedaliera, evoluzione dei modelli organizzativi* e Marco Dugato, *Gli organi di governo e gestione dell'offerta pubblica a livello territoriale* hanno offerto una panoramica circa l'evoluzione dell'offerta pubblica a livello territoriale. Oggetto di esame è stato il tema dell'assistenza di base e dell'assistenza ospedaliera, con particolare riguardo alle tipologie dei "nuovi" ospedali. Durante il primo seminario di approfondimento, si è così cercato di ricostruire lo sviluppo del Sistema sanitario nazionale, attraverso le sue varie fasi di riforma, i suoi punti di forza e i suoi elementi di debolezza, facendo luce in particolar modo sulle diverse gestioni regionali che hanno creato nel tempo situazioni profondamente diseguali in termini di organizzazione e di servizi offerti alla popolazione interessata.

Il secondo incontro, dal titolo *I confini del diritto alla salute e la sostenibilità finanziaria*, ha avuto per oggetto la complessa definizione dei confini del diritto alla salute oggi e la delicata questione della sostenibilità finanziaria della sua tutela. Come emerge chiaramente dai contributi di Carlo Casonato, *La salute e i suoi confini. Una prospettiva comparata* e di Silvio Garattini, *Cultura della salute e stile di vita*, quello della "salute" è, infatti, un concetto in continua espansione, in conseguenza di molteplici fattori tra i quali i progressi scientifici e tecnologici e un generale incremento della qualità della vita. Un'espansione che si trova però a fare i conti con un contesto socio-economico caratterizzato da un significativo ridimensionamento delle risorse per cui diventa sempre più difficile sostenere i diritti "che costano" e che sono stati finora garantiti mediante l'erogazione di ingenti risorse pubbliche. L'analisi si è quindi concentrata, grazie al contributo di Alessandro Petretto, *Il finanziamento del servizio sanitario, problematiche e comparazioni*, sul rapporto tra erogazione delle prestazioni socio-sanitarie e sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, con l'obiettivo di individuare le criticità presenti e le possibili soluzioni da attuare nel nostro ordinamento alla luce dei principi costituzionali e delle scelte adottate in altri sistemi in ambito europeo e internazionale. Gli interventi di Claudia Tubertini, *I livelli essenziali di assistenza* e di Sara Landini, *Il ruolo delle assicurazioni nella tutela della salute*, hanno poi arricchito il quadro relativo a due profili di grande interesse in tema di rischio salute e relative coperture, siano esse di origine pubblica o di origine privata.

Il terzo incontro dal titolo *Dove il pubblico non arriva. Il caso Toscana* si è concentrato, specificatamente, sul contesto regionale toscano: il seminario ha ospitato i contributi di Marco Geddes da Filicaia, *Il sistema sanitario toscano. La*

sua evoluzione negli ultimi decenni e di Emanuele Rossi, *Pubblico-privato nel sistema socio-sanitario toscano*, che hanno ricostruito gli sviluppi organizzativi e normativi di maggior rilievo riguardo il sistema socio-sanitario di una Regione che da sempre rappresenta un "modello" nel panorama nazionale e non solo.

Come noto, sanità e assistenza sociale costituiscono da sempre la più larga "fetta" del bilancio regionale e quindi della spesa pubblica toscana. Tuttavia, il pubblico da solo non riesce a coprire tutta la domanda di salute e di assistenza, non riesce a sostenere e a soddisfare tutti i bisogni sociali esistenti. Il sistema socio-sanitario toscano si configura quindi come un sistema "integrato" che individua, tra i soggetti erogatori dei servizi, accanto a quello pubblico, una pluralità di organismi, come parte attiva nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi aventi il fine di promuovere la solidarietà sociale.

Alla luce di ciò, durante l'incontro hanno avuto voce alcune storie e esperienze scelte, tra le molte possibili, nell'ambito del variegato e vivace "terzo settore" toscano: la riflessione si è così concentrata, come attestano i contributi di Donatella Carmi Bartolozzi (File Toscana), di Roberto Negrini (Lega delle Cooperative e Mutue Toscane), Alessandro Martini (Caritas regionale Toscana) e dell'Assessore regionale al *welfare* Stefania Saccardi, sull'importanza di promuovere un equilibrato rapporto tra intervento pubblico, impegno privato e mondo del volontariato, nell'ottica della corresponsabilità.

Siamo grati a tutti gli Autori per aver arricchito il percorso di riflessione proposto dalla Fondazione CESIFIN Alberto Predieri con sensibilità non comune e particolare cura. Ci auguriamo che questo lavoro, frutto di un confronto plurale e multidisciplinare, possa costituire uno strumento di analisi, ricerca e studio per tutti coloro che hanno desiderio di dedicarsi al complesso e quanto mai attuale tema del ripensamento del nostro sistema di *welfare*.

Ginevra Cerrina Feroni, Massimo Livi Bacci, Alessandro Petretto

PARTE I

L'ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI SANITARI A LIVELLO REGIONALE

MODELLI ISTITUZIONALI E DI GOVERNANCE DELLA SANITÀ REGIONALE

Gilberto Turati

SOMMARIO: 1. I modelli: una tassonomia *standard*. - 2. L'esperienza italiana e le differenze regionali. - 3. Le valutazioni dell'esperienza italiana. - 4. Alcune valutazioni conclusive.

1. I modelli: una tassonomia *standard*

Un sistema sanitario è generalmente descritto attraverso il ruolo assegnato a tre attori chiave: i cittadini, che esprimono la domanda di servizi sanitari; i produttori di servizi, in particolare, per quel che interessa qui, gli ospedali; e infine i finanziatori-assicuratori, cioè gli attori che coprono i costi per la produzione dei servizi sanitari. I modelli istituzionali e di *governance* si differenziano in base alle relazioni che si instaurano tra questi tre attori. Un primo semplice modello è il cosiddetto "modello a rimborso". Adottarlo vuol dire organizzare il sistema sanitario come un "normale" mercato assicurativo, al quale siamo tutti abituati. Prendiamo, ad esempio, il caso di una assicurazione contro il furto: l'assicurato paga il premio e in caso di evento avverso paga un riparatore per poi farsi rimborsare il costo della riparazione dall'assicuratore. Se non si verifica alcun evento avverso, l'assicuratore si intasca il premio e non deve nulla all'assicurato. Nel caso di una assicurazione sanitaria, l'assicurato paga il premio e in caso di malattia o – più in generale – di bisogno paga il fornitore di servizi, l'ospedale, per la prestazione che ha ottenuto. Come sempre, nel caso in cui non si verifichi alcun evento avverso, l'assicuratore intasca il premio e l'ospedale non eroga alcun servizio. In questo modello, in assenza di intervento pubblico, l'allocazione delle risorse è guidata dai prezzi (il premio della polizza e il prezzo del servizio) e i mercati (assicurativi e dei servizi sanitari) hanno un ruolo chiave. Come è noto, tuttavia, lasciar fare al mercato può – in alcuni casi – rivelarsi problematico in termini di efficienza: per quanto riguarda i mercati assicurativi, si evidenziano i problemi della selezione avversa e del comportamento opportunistico degli operatori. Il primo problema si riferisce al fenomeno studiato dagli economisti in base al quale tendono ad assicurarsi coloro i quali hanno un rischio maggiore di ammalarsi, con il possibile conseguente fallimento dell'assicuratore, quando non dell'intero mercato, con l'assicuratore privato che si rifiuta di coprire alcuni rischi; assicurarsi è una scelta, e qualcuno – chi è meno propenso ad ammalarsi – potrebbe decidere di non sottoscrivere alcuna polizza. Il secondo problema, il comportamento opportunistico o azzardo morale, si riferisce invece al comportamento dei medici e degli ospedali che, in presenza di un terzo pagatore (l'assicuratore), tendono a prescrivere prestazioni in

numero maggiore e più costose. Col risultato, ovvio, che la spesa sanitaria si gonfia a dismisura (così come i premi degli assicuratori che si mettono ad inseguire la spesa): basta osservare il peso della spesa sanitaria sul PIL negli Stati Uniti per avere un'idea relativamente chiara in merito a dove può condurre un sistema del genere in termini di risorse impegnate nel settore sanitario. A questi problemi di efficienza, noti, per una valutazione complessiva del modello "a rimborso" si dovrebbero aggiungere anche problemi di equità non indifferenti: in assenza di intervento pubblico, i produttori privati avrebbero infatti la tendenza a "scremare" il mercato, cioè a rifiutare i pazienti "peggiori", con molte complicità, per tenersi i pazienti "migliori". Tenderebbero inoltre a localizzarsi dove la disponibilità a pagare per il servizio e la domanda in generale è più alta; con la conseguenza che le zone più povere e meno densamente popolate sarebbero sprovviste di servizi.

Un modello alternativo è il modello "integrato", nel senso che si prevede un'unica impresa che gestisce sia la copertura assicurativa sia la produzione dei servizi; di questo modello è possibile pensare a due varianti: una privata ed una pubblica. Il potenziale paziente paga dei premi nella versione privata, delle imposte in quella pubblica, per garantirsi una copertura del rischio di malattia. E l'assicuratore-produttore provvederebbe alla fornitura diretta dei servizi, senza che il paziente debba pagare per il servizio, definendo il budget e acquistando direttamente i fattori della produzione per gli ospedali del gruppo. Nella versione privata, in assenza di intervento pubblico, il problema del comportamento opportunistico dei produttori viene superato attraverso l'integrazione verticale fra le due imprese, assicuratore e ospedale. In aggiunta, con un modello del genere si potrebbero sfruttare economie di scala e di diversificazione che caratterizzano i due mercati, quello assicurativo e quello dei servizi ospedalieri. Ma se si continuasse a lasciare fare al mercato non tutti i problemi di efficienza sarebbero risolti (la selezione avversa, per esempio, non verrebbe eliminata); e rimarrebbero sul campo tutti i problemi di equità. Proprio i problemi di efficienza e di equità appena menzionati costituiscono giustificazioni importanti per l'intervento pubblico nel settore sanitario. Ma rispetto al passato, quando l'intervento pubblico era visto come una panacea per tutti i mali del mercato, oggi non si può non ammettere che anche l'intervento pubblico porta con sé una serie di problematiche: per esempio, in assenza di incentivi, l'assicuratore e i produttori pubblici potrebbero essere gravati da inefficienze; e nel peggiore dei casi da veri e propri fenomeni di corruzione. Sicché a fronte dei problemi del mercato e del pubblico occorre trovare una soluzione organizzativa e di *governance* per provare a migliorare l'efficienza (e l'equità) del sistema sanitario.

L'intuizione inglese e olandese dell'inizio degli anni Novanta è stata quella di riportare un po' degli incentivi forniti dal mercato privato nel sistema sanitario, creando i "quasi-mercati" della sanità pubblica: quasi mercati, appunto, perché il ruolo del pubblico rimane ancora prominente, ma si immagina di recuperare qualche margine di efficienza a partire da un'organizzazione istituzionale simile a quella dei mercati privati. Questo richiede di separare l'assicuratore (pubblico) dai

produttori del servizio, tornando da questo punto di vista al sistema “a rimborso”. Si re-introducono poi dei contratti (e quindi dei prezzi) che l’assicuratore pubblico deve utilizzare per comprare servizi da ospedali pubblici e privati; questi ultimi dovrebbero garantire un ulteriore stimolo al miglioramento dell’allocazione delle risorse, tramite un po’ di concorrenza. Insomma, a volerla riassumere, l’idea è quella di mettere qualche “gene” della concorrenza di mercato (il meccanismo dei prezzi in particolare) in un modello organizzativo fortemente caratterizzato dall’intervento pubblico. L’obiettivo, come detto, è il miglioramento dell’efficienza organizzativa, che nell’ottica dei proponenti vuol dire sostanzialmente controllo della crescita della spesa. Proprio per questo, come vedremo tra poco, il nostro Paese ha adottato il modello organizzativo dei “quasi-mercati” in assenza di valutazioni sulla reale capacità del modello di ottenere i risultati sperati, sempre all’inizio degli anni Novanta. Prima di procedere oltre: è possibile ovviamente pensare a varianti del modello base. Per esempio, invece di una contrattazione diretta dell’assicuratore pubblico con i produttori, è possibile dotare i cittadini di voucher per l’acquisto diretto dei servizi, che poi verrebbero rimborsati dall’assicuratore a tariffa fissa. Il voucher renderebbe ancora più evidente un altro aspetto del meccanismo dei “quasi-mercati”, che è la libertà di scelta assegnata ai cittadini bisognosi di cure.

2. L’esperienza italiana e le differenze regionali

Che cosa si è fatto in Italia dal punto di vista della *governance* dei sistemi sanitari? Come anticipato, la cosiddetta seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale (la prima, quella del 1978, è generalmente riconosciuta come quella che lo ha creato), ha introdotto nel nostro ordinamento proprio il modello organizzativo dei “quasi-mercati” dell’esperienza inglese e olandese. Questa seconda riforma, dovuta al governo Amato, è in realtà un pacchetto di riforme degli anni 1992-1993. Le date sono importanti: la ragione ultima delle riforme deve essere ricondotta alla ricerca di un maggior grado di efficienza di tutti i comparti della PA, per provare a soddisfare i requisiti imposti alla finanza pubblica dal Trattato di Maastricht che il nostro Paese aveva firmato nel 1992 e ratificato nel 1993. Efficientamento, cioè controllo della crescita della spesa, che è fuori controllo all’inizio degli anni Novanta, così come l’indebitamento netto e il debito: i target europei sono fissati rispettivamente al 3 e al 60% del PIL; il nostro Paese è abbondantemente sopra il 10 e il 100% del PIL e l’opera di risanamento per agganciare il treno del primo gruppo di paesi che avrebbero adottato la moneta unica si preannuncia immane. La sanità deve naturalmente dare il suo contributo restando comunque una importante voce di spesa pubblica; e il contributo al controllo della spesa viene pensato su due livelli: a livello macro, seguendo l’idea che un maggior grado di decentramento fiscale possa rendere più responsabili

le Regioni, che nei fatti sono i centri di spesa del Servizio Sanitario Nazionale e hanno un elevato grado di autonomia nella gestione delle risorse; a livello micro, proprio tramite il passaggio verso i “quasi-mercati”.

Il modello italiano dei “quasi-mercati” prevede innanzitutto la trasformazione di enti pubblici in imprese pubbliche, la cosiddetta “aziendalizzazione”: il passaggio cioè da Unità Socio Sanitarie Locali (USSL) ad Aziende Sanitarie Locali (ASL). La logica è quella di tagliare i legami con la politica locale per creare delle imprese pubbliche con una *governance* simile a quella delle imprese private: un Direttore, un Consiglio di Amministrazione, un organo di controllo e di vigilanza, con un ruolo della politica regionale molto forte per le nomine. Queste nuove Aziende Sanitarie Locali devono poi svolgere il ruolo degli assicuratori, quindi gli ospedali che prima facevano parte della USSL (che nei fatti sono dei produttori di servizi) devono essere separati e i nuovi produttori prendono il nome di Aziende Ospedaliere (AO), anche queste con meccanismi di *governance* interna tipica delle imprese private, pur rimanendo di proprietà pubblica. Siccome l’assicuratore deve comprare servizi per i suoi assistiti dalle Aziende Ospedaliere (e da qualche produttore privato, se il modello viene declinato fino in fondo) è necessario un sistema per rendicontare cosa nei fatti ha prodotto l’ospedale. A tal fine, si introduce quindi la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), e la classificazione dei pazienti basata sui Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (la traduzione dei *Diagnosis Related Groups*, i DRG, della tradizione del Medicare statunitense). Una volta definito cosa ha prodotto l’ospedale per l’assicuratore, per completare il contratto occorre un prezzo; e il prezzo in questione è la tariffa per ciascun singolo DRG. Le tariffe vengono definite a livello nazionale una prima volta nel 1995 e riaggornate prima dell’entrata in vigore del modello, fissata in modo improrogabile nel 1997. Ma sono le Regioni i regolatori del sistema; quindi viene data facoltà alle Regioni di fissare un proprio tariffario, specificamente tagliato sulle esigenze locali di politica sanitaria.

La questione dei tariffari rende in realtà evidente che – dato il grado di autonomia regionale – la legislazione quadro di riferimento predisposta dal governo deve poi trovare attuazione nelle singole leggi regionali. E su cosa le Regioni abbiano realmente fatto di fronte alle “proposte” del governo sono necessari diversi chiarimenti. Tutte le Regioni hanno sicuramente “aziendalizzato” il sistema, trasformando in particolare le USSL in ASL, così come hanno adottato le SDO e il sistema di pagamento prospettico basato sui DRG. In merito alla creazione di AO, la situazione si presenta invece decisamente più variegata: nei fatti, solo la Lombardia ha davvero implementato il sistema dei “quasi-mercati”, puntando molto, anche nei Piani Socio Sanitari Regionali, sulle virtù della concorrenza per ottenere un miglioramento in termini di efficienza. In Toscana (e nel resto del Paese) è vero il contrario, con la maggior parte degli ospedali ancora integrati dentro ad una ASL. Anche sull’adozione dei tariffari regionali la situazione è diversificata: ovvia la scelta della Lombardia, fino dal 1997; meno ovvia quella di Regioni come Emilia

Romagna, Toscana ed Umbria, sempre dal 1997, segno che l'incentivo di prezzo è visto come strumento di *governance* del sistema anche in realtà che avevano solo in parte riconosciuto la necessità di separare produttori ed assicuratori. A questo gruppo di Regioni si unisce il Veneto nel 1998 e Sicilia, Piemonte e Lazio tra il 2002 e il 2005. Il che è abbastanza strano se si pensa che – come spesso accade in Italia – la riforma dei “quasi-mercati” è stata rinnegata dal governo centrale nel 1999, in assenza di qualsiasi evidenza pro o contro, a favore di un modello con più “concertazione”, con la definizione di un budget (un tetto di spesa tra ASL e produttori privati in particolare), con un depotenziamento del ruolo delle tariffe e con una chiara avversione alla separazione tra produttori e assicuratori. Le Regioni mantengono tuttavia ampi margini di manovra nell'organizzazione dei servizi nell'alveo della legislazione quadro nazionale.

3. Le valutazioni dell'esperienza italiana

Sia la riforma del 1992-1993 (quando l'esperienza inglese e olandese erano appena partite), sia la riforma del 1999, sono state implementate senza alcuna evidenza a supporto (o contro) sull'effettiva capacità dei “quasi-mercati” di migliorare l'efficienza della spesa. Si è trattato più di orientamenti politici a favore o contro le virtù dei mercati e del meccanismo dei prezzi nell'allocare le risorse. Qualche evidenza in più però adesso comincia ad essere disponibile, soprattutto per il Regno Unito, dove la cultura della valutazione delle politiche è certamente più avanzata che non nel nostro Paese. La conclusione generale di questi esercizi è che gli incentivi di mercato contano e hanno un effetto positivo sulla qualità dei servizi, ma i dettagli istituzionali sono importanti. Alcuni lavori mostrano per esempio come le prime riforme del National Health Service (NHS) britannico hanno prodotto una riduzione maggiore della qualità (misurata dalla mortalità a 30 giorni a seguito di infarto miocardico acuto) nei contesti dove la concorrenza era maggiore per ridurre i tempi di attesa. Il problema in questa fase è che le tariffe erano legate ai tempi di attesa e l'informazione sulla qualità dei servizi prodotti da ciascun ospedale non era disponibile pubblicamente. Gli ospedali (anche pubblici) hanno quindi reagito a questi incentivi modificando il proprio comportamento, in particolare sostituendo la qualità (non osservabile) con i tempi di attesa (osservabili) per poter ottenere tariffe maggiori. In una seconda fase di riforma del NHS si corregge questa stortura nella regolamentazione, introducendo un meccanismo di “pagamento in base al risultato” a tariffa fissa, svelando l'informazione sulla qualità ai pazienti. Il meccanismo tariffario è simile al sistema di pagamento prospettico basato sui DRG nel Medicare statunitense e, con questi accorgimenti, la qualità (misurata con la stessa variabile di mortalità) migliora dove la concorrenza è maggiore. In questo caso, di nuovo, gli ospedali modificano il proprio comportamento in base agli incentivi: per attirare i pazienti

(e i finanziamenti) si migliora adesso la qualità perché farlo paga.

Per l'Italia una valutazione esauriente e completa delle riforme degli anni Novanta ancora non è disponibile, anche se qualche (timida) evidenza comincia ad affiorare. Qui mi limito ad una disamina del tutto parziale della letteratura, che affronta le tre questioni a mio avviso di maggior interesse. La prima di tali questioni è quella relativa alle tariffe: che cosa hanno davvero prodotto? L'introduzione di un qualche elemento tipico dei mercati, in particolare l'introduzione dei prezzi, ha davvero causato problemi per la salute degli italiani? In un primo esercizio di valutazione si sfruttano le differenti scelte delle Regioni in merito all'introduzione di un tariffario proprio sulla salute (percepita) e sull'uso dei servizi, considerando le Regioni che hanno adottato un proprio tariffario come "trattate" con la politica pro-competitiva e quelle che semplicemente recepiscono il tariffario nazionale come "controlli". L'esercizio empirico è basato su dati Istat relativi a più di 660 mila individui maggiori di 15 anni campionati tra il 1993 e il 2007 dall'istituto nazionale di statistica. L'econometria rivela che la salute percepita è rimasta invariata, mentre l'uso di servizi (quali i servizi ospedalieri in regime ordinario e *day-hospital*; il pronto soccorso) si è ridotto maggiormente nelle Regioni che hanno adottato tariffari propri; e l'effetto è stato maggiore negli anni immediatamente successivi alla riforma. L'interpretazione di questi risultati è che la riforma dei "quasi-mercati" non ha causato una riduzione della qualità dei servizi come molti temevano, ma ha invece comportato una probabile riduzione dei servizi inappropriati nelle Regioni che maggiormente hanno fatto ricorso agli incentivi tipici del mercato. Ragionevolmente perché queste Regioni hanno sfruttato gli incentivi di prezzo per influenzare il comportamento degli operatori; e gli operatori hanno risposto a questi incentivi.

Un secondo esercizio di valutazione corrobora questa tesi, concentrandosi unicamente sulla scelta tra parti naturali e parti cesarei, questo ultimo un tipico intervento inappropriato in assenza di condizioni cliniche che lo richiedano. E l'Italia è un Paese che presenta tassi anomali di cesarei rispetto ai numeri forniti dall'OCSE, specialmente in alcune Regioni del mezzogiorno come la Campania, dove un bambino su due nasce con un cesareo e l'età media delle madri è più bassa della media italiana. Con un modello econometrico basato su dati regionali tra il 1998 e il 2005, accanto ad indicatori demografici che possano misurare la "necessità" del ricorso al taglio cesareo, si studia anche il ruolo delle politiche di offerta, di variabili di *political economy* e delle tariffe. I risultati mostrano che le Regioni che hanno adottato un proprio tariffario sono quelle che fanno meno ricorso al parto cesareo, ma questa relazione si riduce come magnitudine e diventa addirittura positiva al crescere della quota di mercato degli ospedali privati; ragionevolmente perché più gli ospedali privati sono importanti nel "quasi-mercato" della regione e più riescono ad influenzare il regolatore regionale. Si tratta di un risultato di grande interesse, perché suggerisce che le tariffe possono essere uno strumento di regolazione e di politica sanitaria, ma debbono essere

utilizzate tenendo conto del contesto nel quale gli ospedali si trovano ad operare.

Il contesto è fatto chiaramente dal tipo di ospedali che il regolatore si trova di fronte. Una distinzione chiave in questo senso è in termini di diritti proprietari, identificando in prima battuta ospedali pubblici e ospedali privati, a scopo di lucro e non. Questa distinzione tra privato *for profit* e privato *non profit* è cruciale per gli incentivi: gli ospedali *for profit* debbono essere pensati come vere e proprie imprese private dove, pur con tutti i vincoli etici del caso, il profitto e l'efficienza sono importanti per remunerare il capitale investito; gli ospedali *non profit* sono invece più simili al pubblico in termini di obiettivi, ma a differenza del pubblico hanno un vincolo di bilancio che deve essere rispettato in maniera più coerente. Quindi gli incentivi dovrebbero contare di più per gli ospedali a scopo di lucro rispetto ai *non profit* e, a maggior ragione, rispetto al pubblico. Questa intuizione teorica è confermata da alcuni contributi sul caso italiano: l'introduzione delle tariffe tra il 1995 e il 1997 ha causato per esempio una reazione in media più marcata per gli ospedali privati *non profit* rispetto agli ospedali pubblici in termini di efficienza tecnica. Ancora, se c'è una convenienza relativa ad offrire parti naturali invece che cesarei, sono gli ospedali *for-profit* ad essere più sensibili al prezzo e, quindi, inaspettatamente, ad offrire più parti naturali quando il cesareo sembrerebbe più appropriato. È quello che si osserva con alcuni risultati preliminari studiando il caso della Lombardia, una regione che ha uniformato le tariffe dei parti naturali e dei parti cesarei ad un livello tale per cui si ha un 60% di *mark-up* per il parto naturale e un 15% di *mark-down* per il taglio cesareo, rispetto alla relativa tariffa nazionale (che riconoscendo il differenziale di costo prezza di più il taglio cesareo, un intervento chirurgico, rispetto al parto vaginale, che rientra nella categoria degli interventi medici).

Se è vero che c'è privato e privato, è anche vero che c'è pubblico e pubblico. Il Piemonte è un caso interessante, sempre limitandosi ai parti, perché la rete è fatta di soli ospedali pubblici. Ma dentro alla categoria degli ospedali pubblici, si possono distinguere almeno due grandi tipologie di produttori di servizi: le Aziende Ospedaliere e gli ospedali ancora incorporati in una ASL. Cosa succede agli incentivi se il "quasi-mercato" è ibridato prevedendo solo ospedali pubblici dal lato dell'offerta di servizi? In un lavoro ancora preliminare, si scopre che anche in un contesto del genere una modifica delle tariffe causa una reazione da parte degli ospedali, non tanto in termini di scelta tra parto naturale e cesareo, quanto in termini di *upcoding*, con un aumento anomalo dei casi con complicanze per gli ospedali che hanno ricevuto l'incremento maggiore di tariffa e, più in particolare, per le AO, che ragionevolmente hanno un vincolo di bilancio più rigido rispetto agli ospedali incorporati in una ASL.

4. Alcune valutazioni conclusive

Quali conclusioni si possono trarre da questo breve e parziale esame delle valutazioni riguardanti l'introduzione dei "quasi-mercati" nel contesto italiano, dopo vent'anni di esperienza e di gestioni regionali che hanno creato situazioni molto differenti tra di loro in termini di organizzazione, di *governance* e di utilizzo della leva tariffaria? La prima e forse la più importante è un messaggio rassicurante: come in altri contesti, anche in Italia, l'introduzione di un qualche incentivo di mercato nella sanità non ha avuto effetti negativi sulla salute e ha probabilmente consentito alle Regioni che meglio hanno utilizzato questo strumento di migliorare la propria *performance* in termini di appropriatezza. Il concetto dei "quasi-mercati" è stato forse dismesso troppo rapidamente; potrebbe essere una buona idea anche per il futuro. Bisognerebbe solo affinare lo strumento imparando da quel che è successo in passato, come hanno fatto altri paesi. La seconda conclusione è che – nel disegno e nell'organizzazione del sistema sanitario – occorre tenere presente il contesto che si deve regolare. Gli incentivi vanno disegnati bene, avendo in mente gli obiettivi e i vincoli. E tra i vincoli di contesto occorre tenere presente che i privati sono più reattivi agli incentivi di mercato, in particolare i privati maggiormente orientati a logiche di profitto. Occorre quindi prestare molta attenzione agli impulsi di prezzo soprattutto in contesti dove queste tipologie di ospedali sono maggiormente presenti. Infine, come terza conclusione, è possibile osservare che anche in contesti totalmente dominati da produttori pubblici i prezzi con funzione incentivante possono essere uno strumento di politica sanitaria, ma l'aspettativa del ripiano di eventuali disavanzi da parte degli ospedali potrebbe ridurre l'effetto. In questa ottica, la separazione tra produttore e assicuratore, cioè il ritorno al concetto base dei "quasi-mercati" potrebbe essere utile.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

BARBETTA G.P. - TURATI G. - ZAGO A.M., *Behavioral Differences Between Public and Private Not-For-Profit Hospitals in the Italian NHS*, in *Health Economics*, vol. 16, n. 1, 2007.

BERTA P. - MARTINI G. - PIACENZA M. - TURATI G., *Hospital Monetary Incentives and Ethical Preferences in Deliveries Appropriateness: The Case of Italy*, paper presentato alla *International Industrial Organization Conference 2016*, Drexel University, Philadelphia, 2016.

CAPPELLARI L. - DE PAOLI A. - TURATI G., *Do Market Incentives for Hospitals Affect Health and Service Utilization? Evidence from PPS-DRG Tariffs in Italian Regions*, *Journal of the Royal Statistical Society: Series A*, 2016.

COOPER Z. - GIBBONS S. - JONES S. - MCGUIRE A., *Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reforms*, in *Economic Journal*, 121: F228-F260, 2011.

DI GIACOMO M. - PIACENZA M. - SICILIANI L. - TURATI G., *Do Public Hospitals Respond to Changes in DRG Price Regulation? The Case of Birth Deliveries in the Italian NHS*, paper presentato al *V Health Econometrics Workshop*, Università di Bari, 2016.

FRANCESE M. - ROMANELLI M. - PIACENZA M. - TURATI G., *Understanding Inappropriateness in Health Spending: The Role of Regional Policies and Institutions in Caesarean Deliveries*, in *Regional Science and Urban Economics*, vol. 49, 2014.

GAYNOR M. - MORENO SERRA R. - PROPPER C., *Can Competition Improve Outcomes in UK Health Care? Lessons from the Past Two Decades*, in *Journal of Health Services Research & Policy*, 17: 49-54, 2012.

PROPPER C. - BURGESS S. - GOSSAGE D., *Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9*, in *Economic Journal*, 118: 138-170, 2008.

TURATI G., *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: A Renewing Tale of Lost Promises*, in J. COSTA - S.C. FONT GREER (eds.), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care: Competition, Innovation, and Cohesion*, Palgrave MacMillan, 47-66, 2013.

IL RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE NELLA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE

Cristina Ugolini

SOMMARIO: 1. Premessa. - 2. Modelli professionali e sviluppo delle cure primarie in Europa. - 3. Quali riforme sono possibili? - 4. La medicina generale in Italia: privata nel pubblico.

1. Premessa

La medicina generale costituisce un importante esempio di collaborazione pubblico-privato. Si tratta di un'esperienza attiva già da molti decenni nel nostro sistema sanitario nazionale ma mai come in questi ultimi anni essa è oggetto di una profonda riflessione a fronte della necessità, non solo italiana ma internazionale, di una forte riorganizzazione del territorio che non è più residuale rispetto all'ospedale, ma che al contrario diventa perno attorno a cui far ruotare gli altri livelli di cura.

Al centro di questa riorganizzazione c'è il cambiamento della figura del Medico di Medicina Generale (MMG) e dei suoi rapporti con altre figure operanti sul territorio, all'interno di quello che viene tradizionalmente definito come il sistema delle cure primarie. A completare ulteriormente questo quadro in evoluzione, va citata l'estrema frammentarietà del concetto stesso di Cure Primarie che emerge a livello internazionale e che a sua volta rende complesso inquadrare le soluzioni organizzative emergenti, perché ogni Paese declina in modo specifico le proprie cure primarie e perché la gamma dei servizi inclusi differisce profondamente da Stato a Stato.

2. Modelli professionali e sviluppo delle cure primarie in Europa

I modelli professionali adottati nei vari paesi europei per inquadrare la figura del MMG – modelli che incidono notevolmente sul livello di riconoscimento dei professionisti, sulla libertà professionale e sui risultati conseguibili – sono essenzialmente di tre tipi:

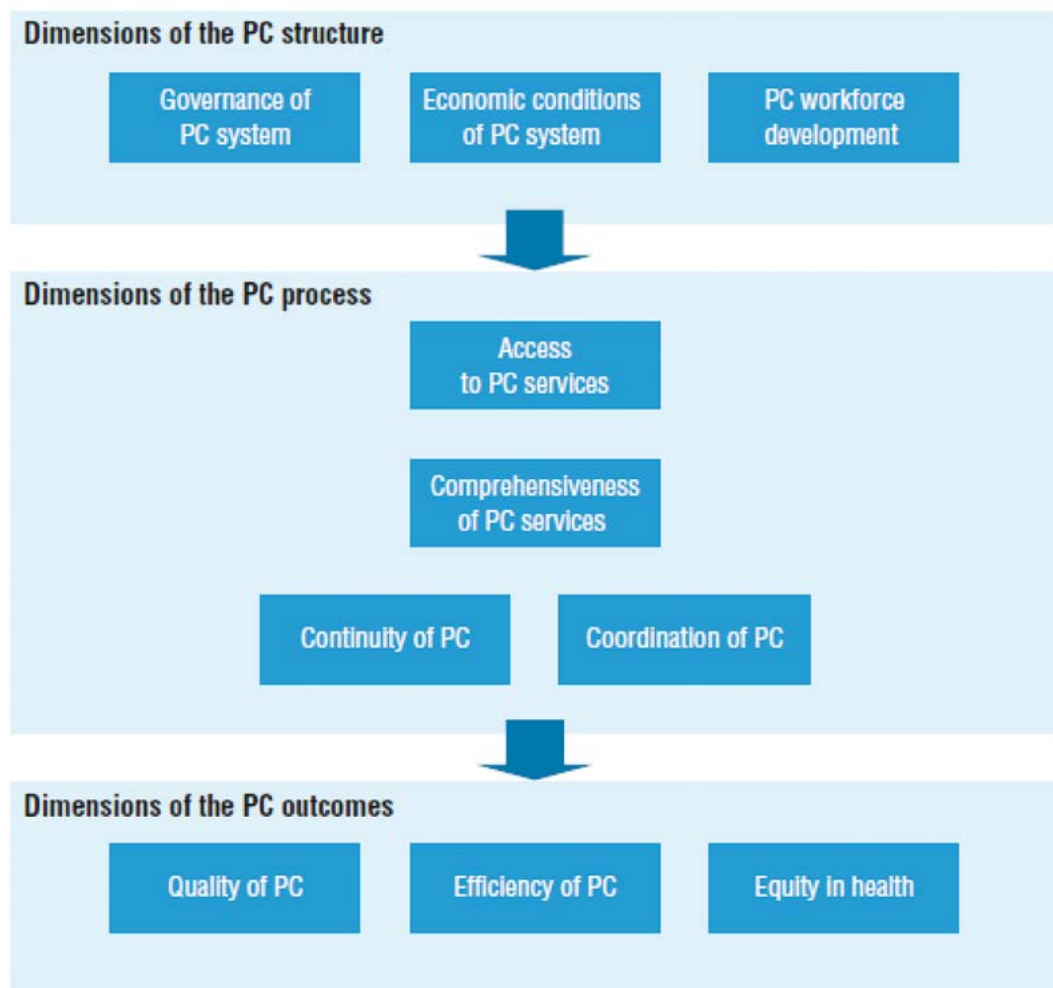
- *Modello gerarchico-normativo*: il sistema delle cure primarie è regolato dallo Stato, i medici sono dipendenti pubblici (*hierarchy*) (Spagna, Finlandia, Portogallo, Svezia).
- *Modello gerarchico-professionale*: i medici sono liberi professionisti convenzionati (*quasi-hierarchy*) e godono di autorità e autonomia

professionale in un sistema sanitario di cui le cure primarie costituiscono la pietra angolare (Paesi Bassi, Regno Unito, Danimarca, Slovenia).

- *Modello non-gerarchico professionale*: i medici sono liberi professionisti (*contract*) senza ruolo di *gate-keeping* e le cure primarie hanno un'organizzazione frammentaria lasciata all'iniziativa dei singoli (Germania, Francia, Belgio, Austria, Svizzera).

In questa tassonomia l'Italia si colloca al confine tra i primi due modelli caratterizzandosi per un forte intervento pubblico di tipo decentrato, un'organizzazione regionale molto differenziata con forte adozione di strategie manageriali avanzate, gli MMG sono liberi professionisti convenzionati pagati prevalentemente con quota capitaria e con funzione di *gate-keeping*, una scarsa rilevanza accademica per l'assenza di scuole di specializzazione universitaria e un basso coinvolgimento di altre figure professionali (infermieri). In Italia il termine Cure Primarie riguarda principalmente la medicina generale e finisce di fatto con il coincidere con l'attività dei medici di famiglia che comunque resta largamente non normata. Infatti, non esiste un riferimento normativo esplicito ai servizi che formalmente i MMG dovrebbero erogare e non esiste nemmeno una sezione specifica dedicata all'assistenza primaria nei decreti che normano i Livelli essenziali di assistenza (Lea) e che suddividono l'Assistenza Distrettuale in una non ben precisata Assistenza sanitaria di base e Assistenza specialistica ambulatoriale. In paesi come Spagna e Finlandia, invece, la *Primary Care* assume le caratteristiche di quella che in Italia potrebbe essere chiamata "assistenza territoriale", comprendendo tutto ciò che non è "assistenza ospedaliera per acuti", erogata tramite servizi multi-disciplinari e multi-funzionali erogati attraverso strutture complesse a cui ci stiamo solo recentemente avvicinando.

Dall'esame di un recente rapporto dell'*European Observatory on Health Systems and Policies* (2015) condotto su 30 Paesi europei si evince un quadro sintetico sul posizionamento dell'Italia rispetto a tre dimensioni precise (Figura 1) che classificano le cure primarie valutandone la struttura (Figura 2), il processo di erogazione (Figura 3), i risultati globali ottenuti in termini di qualità, efficienza ed equità (Figura 4).

Figura 1.

Fonte: EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Building Primary Care in a Changing Europe*, 2015.

Dalla Figura 2 vediamo, segnalata da una freccia nei diversi istogrammi, il posizionamento dell'Italia rispetto alla struttura delle cure primarie, con riferimento alla capacità di governo del sistema (primo istogramma), alle risorse economiche destinate a questo livello assistenziale, diversamente declinate in ciascun Paese (secondo istogramma), e alla numerosità della forza lavoro coinvolta (terzo istogramma). L'Italia si colloca in buona posizione per i primi due indicatori, mentre rispetto alla numerosità della forza lavoro la nostra medicina generale

sconta il minor ricorso alle professioni infermieristiche che invece caratterizza altri Paesi europei.

Figura 2. - *Dimensioni della struttura delle cure primarie.*



Fonte: EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Building Primary Care in a Changing Europe*, 2015.

Quando passiamo invece ad analizzare il processo (Figura 3), l'accessibilità è comunque buona (primo istogramma) mentre per le altre dimensioni cominciamo a perdere terreno, in particolare rispetto alla continuità assistenziale (secondo istogramma) in cui si evidenzia la ancora troppo scarsa diffusione di modelli assistenziali denominati H12 o H24 capaci di assicurare una risposta assistenziale in un arco di tempo superiore alla normale apertura di un ambulatorio medico organizzato su un minimo di 15 ore settimanali. Il Coordinamento tra la medicina generale e gli altri livelli assistenziali risulta abbastanza buono (terzo istogramma) mentre decisamente dolente risulta l'indicatore riferito alla completezza delle cure (quarto istogramma), per cui l'Italia si trova al penultimo posto della classifica europea, dopo la Grecia e prima della Slovacchia.

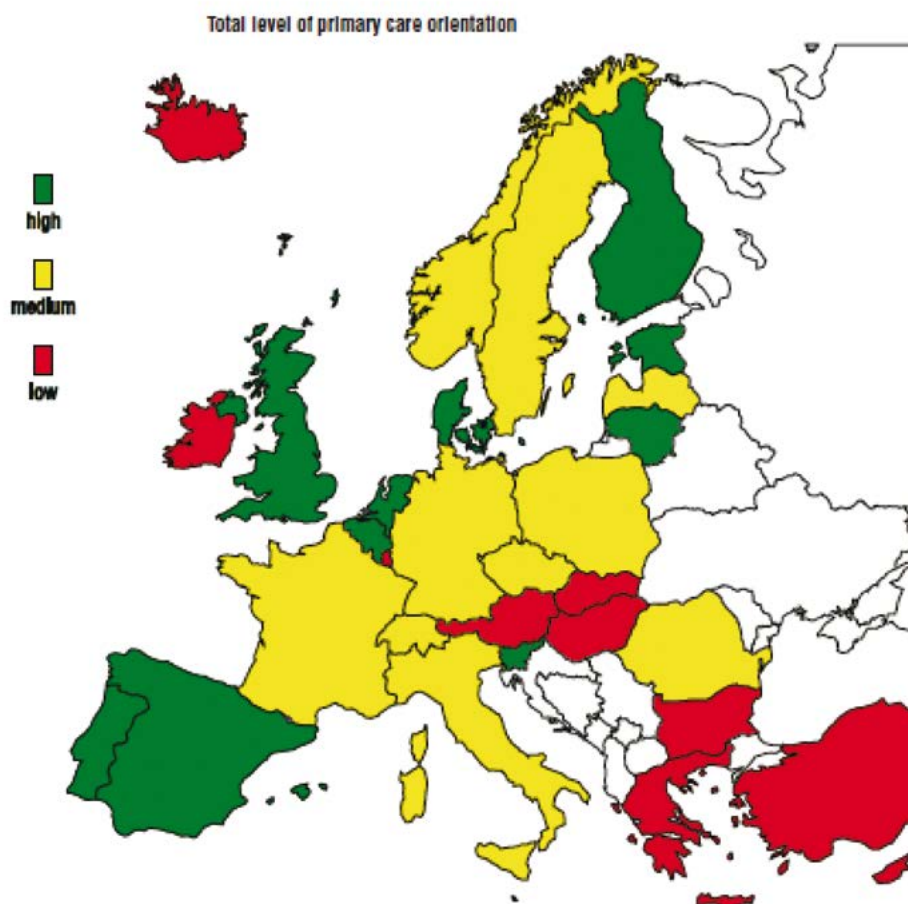
Figura 3. - Dimensioni del processo di cure primarie.

Fonte: EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Building Primary Care in a Changing Europe*, 2015.

Rispetto alla completezza delle cure, in Italia i servizi offerti dai MMG sono ancora limitati se confrontati con il resto dell'Europa, un risultato che comunque sconta anche la storica separazione esistente tra MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS) per l'erogazione delle cure infantili. Tenendo conto di questa particolarità, il risultato italiano resta comunque debole rispetto ad altri paesi in cui i MMG offrono una più ampia gamma di servizi, anche se la tipologia e il numero di servizi resta molto variabile. Ad esempio, la realizzazione in molti Paesi europei di centri *one-stop shop*, dove i pazienti possono accedere a servizi di cure primarie e specialistiche, insieme a servizi di diagnostica, aumenta in modo considerevole la completezza delle cure offerte nel territorio. Se viene valutata l'attrezzatura degli ambulatori, ancora una volta, in paesi con un sistema sanitario nazionale in cui i medici svolgono funzione di *gate-keeper* come Italia e Portogallo, l'attrezzatura

minima a disposizione dei MMG non si dimostra sufficiente per rispondere ai problemi più frequenti e per ridurre l'invio alle cure secondarie. Al contrario, in Finlandia, Islanda, Lituania e Svezia il 90% dei MMG dispone di raggi X ed ecografi, mentre in Olanda, i medici di famiglia, con le attrezzature a disposizione negli ambulatori, riescono a farsi carico del 96-97% dei problemi di salute dei loro pazienti, delegando una minima parte delle richieste di consulto ad altri specialisti.

Figura 4. - Una sintesi delle cure primarie in Europa.



Fonte: EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Building Primary Care in a Changing Europe*, 2015.

La Figura 4 presenta una carta geografica in cui i precedenti indicatori sono riassunti e ponderati per ottenere un quadro di sintesi da cui emerge come le cure

primarie nel nostro Paese si collochino complessivamente su una posizione media a livello europeo, in cui certamente sono possibili miglioramenti soprattutto nelle dimensioni evidenziate come più fragili.

3. Quali riforme sono possibili?

Nonostante i diversi modelli di organizzazione e finanziamento delle cure primarie adottate in Europa, esistono alcuni punti di convergenza che evidenziano come i sistemi dove il MMG agisce da *gate-keeper*, lavora in gruppo ed è remunerato con un sistema misto che combina quota capitaria, pagamenti a tariffa e programmi ad incentivo variamente combinati sono quelli in grado di realizzare una maggiore continuità assistenziale, un migliore controllo dei costi e significativi risultati in termini di salute¹.

Le riforme in corso in Europa si raggruppano in due tipologie:

- a) riforme che rafforzano la medicina generale (come acquirente di servizi o come coordinatore delle cure) e potenziano le cure primarie rispetto agli altri livelli assistenziali;
- b) riforme dirette ad ampliare il portafoglio di servizi offerti dalla medicina generale (come produttore), spesso trasferendo questi servizi da altri livelli di cure.

In entrambi i casi si osserva un passaggio da un sistema organizzativo orientato al servizio ad uno *patient-centered* e che enfatizza il ruolo delle *medical homes* dove il paziente viene preso in carico attraverso un continuum di servizi, anche con un forte utilizzo di tecnologie e-Health. Questo importante cambiamento degli assetti organizzativi dei servizi di cure primarie può avvenire solo accanto alla modifica del ruolo dello stesso MMG che passa da svolgere un ruolo più tradizionale di *gate-keeper*, responsabile dell'uso efficiente delle risorse ad un vero e proprio "organizzatore orizzontale" cui è affidata la responsabilità dell'intero percorso di cura del paziente, un coordinatore verticale di un team multi-professionale e multi-disciplinare, cui è richiesto di gestire anche l'attività di altri professionisti. In questa prospettiva il medico di famiglia sta diventando il "medico della comunità", tanto che si può parlare di funzione di "system-keeping", intendendo con questo termine i nuovi oneri di "tenuta" organizzativa del sistema stesso.

Va comunque precisato come la modifica degli equilibri tra le diverse parti del sistema sanitario stia mettendo in seria difficoltà le cure primarie. Infatti, a fronte di un ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera, il trasferimento del carico assistenziale sul territorio non è sempre stato accompagnato da un adeguato

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever*, Geneva, 2008.

trasferimento di risorse economiche e lo scambio di informazioni necessario per garantire il coordinamento non è sempre adeguato. Il totale di risorse destinato alle cure primarie non è cambiato in misura sostanziale negli ultimi 10-20 anni². È possibile ristrutturare le cure primarie con “isorisorse”?

Vediamo due casi opposti, esempi di sistemi sanitari nazionali che hanno compiuto scelte profondamente diverse rispetto al modello professionale adottato per la medicina generale: Spagna e Inghilterra.

La Spagna è diventata un sistema sanitario nazionale nel 1986. I luoghi di erogazione delle cure primarie sono i Centri di Assistenza Primaria (CAP), che presentano un’elevata accessibilità: sono distanti da qualsiasi residenza al massimo 15 minuti, sono operativi 24 ore su 24 con un pronto soccorso ambulatoriale integrato e non è richiesto ai cittadini il pagamento di alcun *ticket*. Nei CAP lavorano équipe multidisciplinari costituite da medici di medicina generale, pediatri, personale infermieristico e amministrativo, ma è prevista anche la presenza di assistenti sociali, ostetriche e fisioterapisti. Peculiare nel panorama europeo anche il sistema di remunerazione: tutti i membri del team sono dipendenti dello Stato – ad eccezione delle équipe di assistenza primaria private presenti in Catalogna – e ricevono un salario fisso a cui si aggiunge una quota capitaria variabile (pari a circa il 15% del totale). Tutto il personale sanitario lavora tra le 7 e 8 ore al giorno. Il MMG ha il compito di indirizzare il paziente, se necessario, presso uno specialista ambulatoriale prima e una struttura ospedaliera poi (*three stage gatekeeping system*). I pazienti possono prendere appuntamento sia con il medico che con il suo infermiere “di famiglia” che collabora con il medico in un rapporto 1:1. Gli obiettivi di assistenza e di prevenzione collegati agli incentivi sono comuni al medico e all’infermiere dell’équipe.

In Inghilterra nel 2013 le funzioni di committenza e di relativo finanziamento delle cure secondarie vengono trasferite ai MMG riuniti in associazioni private (consorzi). Questi Clinical Commissioning Groups ricevono quasi per intero la quota capitaria necessaria per finanziare l’assistenza specialistica, diagnostica ed ospedaliera, ottenendo in questo modo di fatto il controllo del 70% delle risorse del NHS. Il potere decisionale su cosa deve essere offerto dal NHS e a chi è pertanto collocato nelle mani dei MMG, liberi professionisti convenzionati che possono tenere conto per natura e per assetto delle logiche di mercato, anche prevedendo collaborazioni PPS (*public-private partnership*) con soggetti privati. La riforma Cameron attualmente conosce un momento di forte aversità da parte delle stesse organizzazioni di professionisti e in generale di grande ripensamento, perché di fatto per il momento sembra aver portato ad una generale privatizzazione dei servizi, ad un incremento del ricorso a polizze integrative sanitarie, alla perdita del legame geografico con la propria comunità di riferimento (i consorzi sono privi

² WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The World Health Report 2008*, cit.

di un riferimento strettamente geografico per l'acquisto e la fornitura dei servizi sanitari), e ad un forte allungamento delle liste di attesa.

Rispetto a queste due soluzioni estreme, che comunque hanno il merito di essere nette e precise, l'Italia si caratterizza per una serie di nodi irrisolti e ambiguità ricercate. A questo proposito si può fare riferimento all'art. 25 della legge n. 833/1978, istitutiva del nostro Servizio Sanitario Nazionale, laddove si stabiliva che: "L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino". Una prima formulazione iniziale della legge invertiva l'ordine di presentazione dei soggetti coinvolti, riservando ai medici dipendenti della USL un ruolo complementare e di supplenza per le eventuali carenze e trasferendo al SSN il modello della relazione convenzionale con medici liberi professionisti tipica del periodo mutualistica, anche per prevenire l'accusa di perseguire l'impiegatizzazione dei medici³. "Il disegno di legge governativo prevedeva (art. 13) che l'assistenza medico generica fosse prestata dai medici convenzionati (...) e da personale medico dell'USL nelle zone in cui, e sino a quando, permangono carenze assistenziali". Nella versione finale venne invece approvata la formulazione sopra citata, adottata dai disegni di legge presentati da PCI e PSI e ripresa dal disegno di legge Colombo, che capovolgeva il rapporto fra medici dipendenti e convenzionati, prevedendo che l'assistenza medico-generica fosse prestata in primo luogo dal personale dipendente e, in secondo luogo, dai medici convenzionati. "La formulazione inizialmente prevista dalla legge n. 833/78 era quindi incoerente con gli indirizzi, peraltro impliciti, emanati per la Convenzione Unica Nazionale. La soluzione all'incoerenza venne trovata ignorando la disposizione di legge nel suo chiaro significato originario di privilegiare lo status di medico dipendente anche per la medicina generale fino alla sua riformulazione"⁴.

Diversamente alle altre figure professionali del SSN, il medico di medicina generale è quindi rimasto un libero professionista, non inquadrato in un rapporto di lavoro dipendente, ma convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in base ad un Accordo Collettivo Nazionale, stipulato periodicamente tra la SISAC, per conto della Conferenza Stato-Regioni, e le organizzazioni sindacali. Per effetto di questa collocazione giuridica, fin dal suo nascere il medico di medicina generale non è stato sottoposto alla dirigenza aziendale se non per l'applicazione delle norme della convenzione nazionale e degli accordi integrativi regionale e locale ed ha prevalso una definizione della professione del medico sostanzialmente

³ V. PETRONI - R. PIETROPAOLO, *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, Ragno, 1975, 90.

⁴ F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2006.

individuale, basata sulla libera scelta del cittadino e sul rapporto fiduciario. Oggetto di regolamentazione all'interno delle Convenzioni, più che il ruolo e i compiti del MMG all'interno del SSN, furono i tempi, gli spazi, le modalità operative all'interno delle quali il singolo medico sarebbe stato impegnato ad erogare le attività professionali. Al di là di questi elementi, ben codificati, ogni singolo medico si è trovato in solitaria autonomia a decidere, per ogni patologia, quale livello di assistenza assicurare direttamente da solista e quale delegare agli specialisti⁵.

4. La medicina generale in Italia: privata nel pubblico

Come strategia di superamento dell'esercizio isolato e autoreferenziale della professione medica, a partire dagli anni Novanta, gli Accordi collettivi nazionali hanno gradualmente introdotto diverse forme associative ciascuna con compiti e modalità organizzative diverse, fino ad arrivare nel 2000 all'introduzione delle tre forme associative attualmente in vigore. L'associazionismo ha rappresentato soprattutto una modalità con cui il medico ottimizza l'organizzazione interna del proprio ambulatorio, più che uno strumento per ampliare e migliorare l'offerta di servizi e prestazioni al cittadino e garantire l'integrazione del ruolo del MMG all'interno di una organizzazione più ampia. In questi primi decenni del SSN, pertanto, il MMG è stato in grado di fornire una risposta assistenziale accettabile al bisogno espresso dal paziente, ma non di confrontarsi, crescere, e misurarsi con le sfide che nel frattempo emergevano. La medicina che si è sviluppata in questo contesto non poteva che essere una medicina di attesa, con l'assistenza concentrata su diagnosi e cura attivate dalla richiesta del paziente⁶.

Con l'ACN 2005 e ancor più con quello del 2009 il legislatore ha inteso definire la direzione di sviluppo per superare le criticità evidenti nell'organizzazione del territorio, individuando nuove forme organizzative complesse e strutturate dei professionisti territoriali, denominate inizialmente UTAP (unità di assistenza primaria). Questa terminologia nazionale ha poi assunto varie declinazioni nelle diverse Regioni.

Nel 2012 il decreto Balduzzi ha previsto l'obbligo di adesione a forme organizzative innovative della medicina generale con contestuale superamento di tutte le forme associative esistenti.

Il Patto per la Salute siglato a luglio 2014 ha dato ulteriore impulso alla riorganizzazione delle cure primarie stabilendo non solo l'obbligo per le Regioni di istituire le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure

⁵ F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, cit.

⁶ A. DAPPOZZO - A. DONATINI - C. POLITO, *Il medico di medicina generale e il Decreto Balduzzi: luci ed ombre. Master in Politiche sanitarie*, Università di Bologna, 2015.

Primarie (UCCP) previste dal decreto Balduzzi, ma confermando che a regime le AFT e le UCCP costituiranno le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) rappresentano aggregazioni di medici di medicina generale aventi finalità di integrazione professionale delle attività e conseguimento degli obiettivi di assistenza. Esse si riferiscono ad un'area intradistrettuale, con una popolazione assistita non superiore a 30.000 ed un numero di medici, di norma, non inferiore a 20. Per ogni AFT è individuato un referente con compiti di raccordo funzionale e professionale. Le UCCP (Unità Complesse delle Cure Primarie) rappresentano aggregazioni di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, salute mentale e sanità pubblica, con il supporto di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali. La UCCP è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie (DCP), che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri Dipartimenti. Il cambiamento imposto al sistema da queste nuove forme organizzative è tanto radicale che il legislatore ha sentito la necessità di sancirne l'obbligatorietà dell'adesione da parte dei MMG ma la situazione che si è determinata non è priva di chiaroscuri.

La riforma Balduzzi non ha saputo superare la contraddizione tra la veste giuridico-contrattuale del MMG, che è un libero professionista autonomo, e la sua posizione all'interno dell'organizzazione del SSN, e che rappresenta il reale ostacolo al conseguimento degli obiettivi che il legislatore vuole raggiungere. La riforma, infatti, introduce importanti cambiamenti nell'organizzazione delle cure territoriali e nel ruolo del MMG, ma ne rimanda la realizzazione pratica ai tavoli sindacali di concertazione nazionali e regionali⁷. Il MMG pur rivendicando in varie sedi il desiderio di un ruolo più autonomo, ha sempre tradotto tale richiesta soprattutto nella resistenza rispetto ad azioni esterne di controllo e verifica sul proprio operato, e di recente – in sede di rinnovo dell'ACN – nella resistenza a sottoporsi alle regole di una organizzazione quale l'UCCP e nella richiesta di esercitarvi ruoli di coordinamento. La riforma immagina una figura di MMG fortemente integrata all'interno dell'organizzazione dell'UCCP, ma il successo di tale integrazione è affidato soprattutto alla identificazione di regole organizzative più precise e definite, che il MMG percepisce come tipiche di un rapporto di lavoro subordinato. Questo "irrigidimento" delle regole di lavoro comporta inevitabilmente una perdita di spazio di autonomia da parte del MMG mentre la medicina generale è storicamente uno degli ambiti della sanità in cui più carente è l'applicazione di concetti e strumenti di *accountability*⁸.

In questo contesto l'individuazione delle modalità di intervento più appropriate per integrare medici e pediatri di famiglia nell'organizzazione dell'Azienda UsI

⁷ A. DAPPOZZO - A. DONATINI - C. POLITO, *Il medico di medicina generale*, cit.

⁸ A. DAPPOZZO - A. DONATINI - C. POLITO, *Il medico di medicina generale*, cit.

in modo da garantire i risultati auspicati non è semplice e ogni Regione avrà il compito di definire l'organizzazione dei servizi di assistenza primaria promuovendo lo sviluppo di un modello multiprofessionale e interdisciplinare.

Nell'ipotesi di un approccio di revisione più radicale del sistema, si sarebbero potute sviluppare riflessioni intorno a due opposti scenari:

- a) uno scenario caratterizzato da un completo e reale trasferimento di "potere" gestionale al MMG, come nell'esempio inglese, al quale sarebbero state assegnate le risorse umane e organizzative per realizzare sulla propria popolazione di riferimento obiettivi definiti di salute, ai quali sarebbe stata legata la quasi totalità dei compensi economici (pertanto non garantiti alla fonte). Si sarebbe realizzato pertanto quel reale trasferimento di autonomia che dovrebbe configurare il rapporto con un "vero" libero professionista convenzionato, il quale si assume il rischio economico di impresa e la responsabilità del raggiungimento dei risultati, rispetto ai quali può però realmente esercitare proprie scelte organizzative e di gestione, in un reale rapporto di agenzia⁹;
- b) lo scenario caratterizzato dalla "internalizzazione" della medicina generale, con il passaggio dei MMG ad un rapporto di lavoro subordinato, come nell'esempio spagnolo. In questo caso le UCCP si sarebbero configurate come Unità Operativa dell'Azienda USL, all'interno della quale i medici, oltre al proprio ruolo professionale, avrebbero assunto gradualmente crescenti responsabilità di carattere gestionale con possibili sviluppi di carriera. Meccanismi interni di coordinamento del lavoro sarebbero stati alla base dell'impiego efficiente delle risorse¹⁰.

Tra questi due possibili scenari di sviluppo, il decreto Balduzzi rappresenta una difficile "terza via", più praticabile a breve termine, ma che non può essere considerata un punto di equilibrio del sistema, a meno di non trovare un definitivo allineamento di obiettivi tra pubblico e privato¹¹.

La teoria economica configura il rapporto che intercorre tra MMG e SSN come una relazione di agenzia, all'interno del quale il MMG agisce quale "agente" in nome e per conto del "principale", identificabile nell'Azienda USL. Nel rapporto di agenzia, all'agente viene delegato, dietro corresponsione di una remunerazione, il potere di perseguire gli interessi del principale, senza che quest'ultimo definisca a priori tutte le modalità con cui l'agente raggiungerà e perseguirà gli interessi delegati. Questo modello comporta dunque un'area di autonomia decisionale delegata al MMG, che deve essere successivamente "controllata" dall'azienda, attraverso sistemi di controllo e sistemi di incentivazione. Il controllo dei risultati

⁹ A. DAPPOZZO - A. DONATINI - C. POLITO, *Il medico di medicina generale*, cit.

¹⁰ A. DAPPOZZO - A. DONATINI - C. POLITO, *Il medico di medicina generale*, cit.

¹¹ A. DAPPOZZO - A. DONATINI - C. POLITO, *Il medico di medicina generale*, cit.

si rende necessario a causa dell'asimmetria informativa esistente tra agente e principale, a vantaggio dell'agente, asimmetria che costituisce una caratteristica fondamentale del rapporto di agenzia. Rispetto alla remunerazione, la quota capitaria è il meccanismo di finanziamento prevalente, spesso ponderato per età o altri fattori, frequentemente abbinato ad alcuni pagamenti a tariffa. A questi strumenti, si stanno crescentemente accompagnando pagamenti addizionali che incoraggiano la partecipazione a diverse attività o premiano i risultati ottenuti. Esempio molto famoso nelle cure primarie è il programma *Quality and Outcome Framework* introdotto in Gran Bretagna a partire dal 2004 che utilizza gli incentivi economici denominati *Pay-for-Performance* (P4P). Forme meno rigide di strumenti di incentivazione economica comunque legati ad obiettivi di contenimento della spesa o al miglioramento degli esiti clinici cominciano ad essere utilizzati anche in Italia per assicurare la continuità delle cure ai pazienti cronici, incentivare una maggiore accessibilità nei fine settimana e migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Nel nuovo scenario delineato dalla riforma Balduzzi, diventa cruciale il ruolo del sistema di remunerazione adottato per incentivare i MMG a raggiungere un migliore coordinamento ed assicurare al sistema delle cure primarie la necessaria continuità assistenziale. Di fatto, in un sistema come quello italiano la remunerazione rappresenta lo strumento privilegiato a disposizione delle Regioni per ottenere la collaborazione dei MMG e allineare le funzioni obiettivo del professionista privato con quelle del SSN.

Rispetto al passato, i meccanismi incentivanti dovranno:

- a) essere rivolti più all'incentivazione di esiti di salute che non di processi di diagnosi;
- b) sperimentare programmi ad alto potenziale ("target payments" o meccanismi P4P – *Pay for performance*);
- c) essere riferiti a *performance* di *equipe* e meno al singolo MMG, per promuovere la collaborazione all'interno del gruppo;
- d) superare la consuetudine adottata in passato di utilizzare impropriamente il termine "incentivi" per la remunerazione di attività "ordinarie".

In questo già difficile quadro in transizione si inseriranno in modo crescente le Case della Salute, variamente denominate nei diversi contesti regionali. Strutture pubbliche, emanazioni dei Dipartimenti di cure primarie, il cui coordinamento può essere affidato anche ad un dirigente infermieristico con competenze gestionali e amministrative (è il caso della Regione Emilia-Romagna). "Le Case della Salute, le Società della Salute, i Primary Care Trusts, sono differenze denominative di una comune esigenza di integrazione dei servizi per il territorio non più rimandabile. Nel sistema delle cure primarie occorre, quindi, avviare sperimentazioni gestionali che consentano di tarare modellistiche fortemente orientate alle esperienze e

alle visioni locali”¹². Si tratta di realtà molto complesse il cui cancello di ingresso è rappresentato proprio dalla medicina generale, la cui collaborazione e la cui partecipazione fattiva è assolutamente fondamentale per la realizzazione di un compiuto sistema di cure primarie. Da questo punto di vista sarà importantissimo poter valutare nel tempo le diverse sperimentazioni gestionali che le Regioni italiane stanno attivando in questi anni (le Case della Salute in Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Marche e Umbria, i Presidi Territoriali di assistenza in Sicilia, le Strutture Polifunzionali per la Salute in Campania o gli UCCP finanziati con i CREG in Lombardia) e che potranno rivelarsi fondamentali per far uscire la medicina generale dall’isolamento e favorire il passaggio culturale a nuovi e più razionali equilibri di sistema.

¹² C. CRICELLI, *Le strategie per la riorganizzazione della medicina generale e delle cure primarie*, in *Monitor, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, anno VII, n. 20, 2008, 20-28.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA, EVOLUZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI

Dario Rosini

SOMMARIO: 1. Introduzione. - 2. Il ruolo dell'ospedale nei sistemi sanitari. - 3. Alcuni elementi di organizzazione ospedaliera. - 4. La logica organizzativa ospedaliera tradizionale. - 5. La logica organizzativa ospedaliera per intensità di cura. - 6. Le evoluzioni più recenti in ambito ospedaliero.

1. Introduzione

La prospettiva di questo lavoro è prevalentemente interna al Servizio Sanitario Regionale della Toscana e si focalizza su quelle che sono state le evoluzioni dei modelli organizzativi ospedalieri dal momento in cui è entrato culturalmente in crisi il modello organizzativo tradizionale di ospedale, cioè dai primi anni duemila. Si tratta del periodo post aziendalizzazione nel quale il *focus* del sistema è passato dal disegno istituzionale ai modelli organizzativi interni alle aziende. L'esperienza della Regione Toscana è presa come paradigma di questo percorso, anche se in realtà molte altre Regioni hanno seguito la stessa traiettoria e quindi si tratta di un percorso comune a gran parte delle Regioni d'Italia. L'organizzazione ospedaliera è stato l'oggetto della prima riflessione interna alle aziende perché essa era ed è importante soprattutto dal punto di vista della sostenibilità del sistema. Da questo punto di vista, poiché le risorse a disposizione non aumentano ma, nella migliore ipotesi, rimangono stabili, e il sistema è gravato dal peso di un'epidemiologia caratterizzata dall'incremento della prevalenza di patologie croniche molto costose, le tematiche organizzative proprie dell'ospedale rimangono attualissime.

L'altro punto che viene affrontato riguarda l'analisi degli elementi sui quali si possono strutturare modelli organizzativi diversi all'interno di un ospedale e i principali paradigmi organizzativi che ne possono scaturire. Fatto questo, si può passare a confrontare i due modelli organizzativi ospedalieri principali che negli ultimi anni sono stati al centro del dibattito: il modello tradizionale e quello che viene chiamato per intensità di cura, anche se in realtà quest'ultimo modello è stato declinato in maniera molto diversa tra azienda e azienda. Infine vengono presentate le tendenze evolutive più recenti, tenendo conto del d.m. n.70/2015, il quale ha definito *standard* ospedalieri rigorosi, e focalizzando le novità della recente riforma della Regione Toscana sul tema.

2. Il ruolo dell'ospedale nei sistemi sanitari

Nei primi anni 2000 si assistette ad un cambiamento di paradigma in tema di assistenza ospedaliera. Infatti se da una parte il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 definiva per la prima volta i livelli essenziali di assistenza ospedalieri, dall'altra in Toscana il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 evidenziava in maniera marcata la centralità del tema dell'appropriatezza delle cure.

In quel periodo a livello architettonico il riferimento era l'ospedale modello di Renzo Piano che veniva visto come modello di ospedale ideale. Un ospedale caratterizzato da una struttura orizzontale e compatta, con un numero di posti letto non eccessivo (400-450) e costruito a corpo quintuplo con i servizi di supporto al centro dei corridoi e le stanze dei degenti ai lati. Particolarmente adatto quindi a strutturare le aree cliniche di degenza comuni in base ai bisogni di assistenza dei pazienti.

La Regione Toscana sintetizzò nel 2003, con la d.c.r. n.31 (*Linee di indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera*), gli aspetti salienti di queste tre novità andando a sottolineare sostanzialmente due principi di fondo:

- a) l'ospedale va usato solamente quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario;
- b) il paziente deve essere al centro del sistema organizzativo.

L'idea era quindi che l'ospedale deve concentrarsi solo sulla fase acuta della patologia e lasciare al territorio tutto il resto, sia prima, con la medicina di iniziativa, che dopo il ricovero con la riabilitazione e gli altri servizi distrettuali. Questo anche e soprattutto perché la salute, in linea con gli indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, veniva intesa in senso generale, non tanto come frutto dei soli servizi sanitari quanto di politiche che la Regione Toscana immaginava svolte all'interno delle Società della Salute (non a caso denominate così), politiche urbanistiche, politiche per l'occupazione, politiche ambientali, politiche per il reddito, politiche per l'istruzione, perché era evidente già allora a tutti che la salute dipende, in gran parte, da questi elementi. L'aspetto sanitario ovviamente incide, ma non incide per percentuali altissime, sulla salute delle popolazioni: alcune stime proprio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità parlano di circa il 25%.

La deospedalizzazione proposta dalla Regione Toscana aveva anche una valenza economica perché l'offerta ospedaliera rispetto a quella territoriale è relativamente più costosa¹ ed è un'offerta che tende, come dice la Legge di Roemer², in qualche modo a indurre la domanda, cioè più aumenta l'offerta ospedaliera e più aumenta

¹ Bisogna tenere conto che un paziente trattato inappropriatamente in ospedale costa circa il triplo di quanto costerebbe se fosse trattato appropriatamente sul territorio.

² "Ogni letto ospedaliero attivato è un letto occupato!"

la domanda tendenzialmente inappropriata. Questo vuol dire che bisogna trovare un'offerta ospedaliera giusta rispetto al fabbisogno della popolazione, non eccedente perché, se creiamo offerta inappropriata, avremo domanda e quindi servizi inappropriati e costi inutili.

3. Alcuni elementi di organizzazione ospedaliera

Come si può strutturare il modello organizzativo ospedaliero? Si può strutturare secondo la logica tradizionale, attraverso l'identificazione reparto, primario, specialità oppure si può strutturare secondo altre modalità. Ad esempio, per intensità di cura o comunque in logica di condivisione delle risorse. Si può strutturare stratificando la casistica tra medica e chirurgica, tra urgente e programmata, tra casistica da ricovero diurno e casistica da ricovero ordinario. L'altro problema che ci si deve porre quando si va a definire un modello organizzativo ospedaliero è cercare di capire quali sono le funzioni necessarie in relazione al livello adeguato di casistica. Ci sono infatti delle funzioni che sono necessarie per un certo territorio perché permettono degli esiti migliori. Si pensi all'emodinamica, ove la possibilità di intervenire velocemente sugli infarti impatta fortemente sugli esiti. Ovviamente più la sala di emodinamica è vicina a dove si verifica l'infarto, migliori sono gli esiti. Tuttavia ci può essere un problema di adeguatezza della casistica in zone poco popolate dove avere dei servizi di questo tipo ha poco senso dal punto di vista numerico dell'adeguatezza della casistica. Però bisogna trovare il compromesso tra questi due elementi. Bisogna tener conto anche del fatto che il problema di dire che non è adeguata l'esistenza di una emodinamica non è puramente economico, è un problema anche di formazione dei professionisti. È evidente che se un professionista gestisce pochi casi al mese può avere qualche problema professionale relativo alla qualità delle prestazioni che eroga. Questo è il grande tema di quelli che venivano chiamati fino a qualche anno fa i piccoli ospedali. L'altro aspetto che bisogna prendere in considerazione quando si struttura un modello ospedaliero è cercare di prevedere in anticipo qual è il fabbisogno di posti letto sul quale va dimensionato l'ospedale. Perché se definiamo ora il fabbisogno di un nuovo ospedale che sarà operativo fra 5 o 10 anni, probabilmente il fabbisogno di quell'ospedale sarà completamente diverso quando sarà operativo. Da tenere conto, inoltre, che a livello organizzativo in un ospedale non si può guardare solamente all'assistenza ma anche alla formazione e alla ricerca. Anche gli ospedali non universitari infatti sono spesso eccellenti sedi di ricerca.

Un tema organizzativo molto importante, affrontato pesantemente dalla riforma della Regione Toscana di fine 2015, è il tema degli ospedali in rete. Questo approccio la Regione Toscana lo sta portando avanti dai primi anni Duemila. Da allora si è cominciato a parlare di aree vaste, intese come ambiti territoriali all'interno dei quali i sistemi ospedalieri in collegamento tra loro avrebbero dovuto garantire la

soddisfazione di circa l'80% dei fabbisogni di ricovero della popolazione di quel territorio. L'idea era sostanzialmente questa: se i percorsi assistenziali ospedalieri di area vasta funzionano, i bisogni sanitari ospedalieri dei cittadini dell'area vasta devono trovare soddisfazione, almeno nell'80% dei casi, all'interno del territorio della stessa.

Ciò implica, da una parte, che all'interno dell'area vasta si deve trovare la quasi totalità delle risposte di cui il cittadino ha bisogno e dall'altra, come in tutte le reti organizzative, devono essere evitate le sovrapposizioni e le duplicazioni inutili. L'approccio che è venuto fuori all'inizio è stato quello "hub and spoke", nel quale l'azienda ospedaliero universitaria si trovava al centro, con maggiore tecnologia e maggiore capacità di risposta in termini di complessità. I centri periferici davano comunque le risposte di base secondo un certo livello di gradazione e indirizzavano i casi più complessi verso il centro della rete.

Questo approccio metteva pesantemente in evidenza la scelta della cooperazione a svantaggio della concorrenza. Va ricordato a tal proposito che, secondo il d.l. n. 502/1992, le aziende ospedaliere universitarie avrebbero dovuto essere finanziate a prestazione in logica concorrenziale di mercato. Nel momento in cui si introduceva il concetto di rete ospedaliera di area vasta, di fatto si iniziò implicitamente a chiedere alle aziende di indirizzare i pazienti a uno piuttosto che ad un altro produttore, indebolendo molto il principio della libera scelta del cittadino. La logica del mercato veniva quindi affievolita e si passava da un meccanismo concorrenziale a un meccanismo cooperativo, con tutto quello che ciò comportava dal punto di vista delle tariffe, dell'adeguatezza delle stesse e dell'incentivo che esse rivestivano rispetto al funzionamento del sistema. In Regione Toscana questa scelta della cooperazione è stata rafforzata dalla recente riforma in quanto da un sistema a rete siamo passati a un sistema gerarchico nel quale gran parte dei produttori stanno all'interno di un'unica azienda di area vasta. Addirittura nei primi momenti in cui veniva concepita questa riforma, l'idea di creare un'azienda unica di area vasta che contenesse al suo interno anche le aziende ospedaliere universitarie era stata accarezzata da autorevoli attori. Poi si sono palesati problemi normativi che l'hanno impedito. Comunque sia andata, è indiscutibile che la scelta fatta è stata quella di privilegiare il controllo e la cooperazione alle logiche di mercato.

4. La logica organizzativa ospedaliera tradizionale

Negli ospedali tradizionali l'organizzazione poggiava sulle unità operative. L'unità operativa era il reparto fisico e veniva identificata col primario che dirigeva il personale, sia medico che assistenziale, allocato in tale reparto. Spesso all'interno di questa unità operativa c'erano risorse ad uso esclusivo quali aree di degenza, ambulatori, tecnologie e talvolta anche sale operatorie. L'ulteriore elemento

qualificante era che la professione infermieristica aveva un ruolo ancillare rispetto a quella medica. Dal punto di vista del coordinamento, la situazione organizzativa era caratterizzata da interdipendenze sequenziali o reciproche e il coordinamento delle prestazioni erogate al paziente era lasciato a quest'ultimo, il quale si doveva muovere da un professionista all'altro dietro indicazione del medico di base il quale, come è ben risaputo, si trova fuori dall'ospedale. Quindi dal punto di vista del paziente questo era un modello poco confortevole. Si trattava infatti di un modello che tendeva a creare delle monadi, con il serio rischio di sub ottimizzazioni. Ad esempio, in ospedali di questo tipo erano frequenti problemi in medicina interna perché la radiologia non forniva risposte tempestive oppure c'erano problemi di una chirurgia perché l'altra chirurgia occupava troppo le sale operatorie. In altre parole, l'ottimizzazione dell'attività di un'unità operativa spesso comportava problematiche alle altre. Il cittadino viveva il percorso assistenziale ospedaliero in maniera frammentata e percepiva scarso coordinamento tra i professionisti. In più, talvolta nell'ospedale coesistevano reparti sovraffollati e reparti con letti liberi. Per ovviare a questo problema, spesso pazienti di una unità operativa venivano "appoggiati" in letti di qualche altra unità operativa con enormi problematiche dal punto di vista dei sistemi informativi e del controllo di gestione. In estrema sintesi ci si trovava di fronte a:

- a) basso grado di condivisione delle risorse;
- b) poca efficienza;
- c) molti sovradimensionamenti o sottodimensionamenti locali.

L'ulteriore problema dell'utente in questo modello era quello di venire assegnato a un reparto, a prescindere dal suo bisogno assistenziale. Infatti ogni paziente ha in genere un bisogno assistenziale diverso in relazione alla gravità della sua patologia e al suo grado di instabilità clinica. In quel modello tutti coloro che erano assegnati ad una unità operativa o reparto ricevevano una assistenza media uguale per tutti, sia chi aveva un livello di instabilità e un bisogno di assistenza elevato che chi aveva un bisogno basso perché magari era quasi pronto per essere dimesso. In altre parole, qualcuno aveva troppa assistenza e qualcuno ne aveva poca. Questo modello non teneva neanche conto del fatto che ormai le professioni tecniche e infermieristiche cominciarono ad avere un loro percorso di studi universitari, e i laureati ambivano, da un punto di vista professionale, ad un percorso di carriera diverso da quello tradizionale.

5. La logica organizzativa ospedaliera per intensità di cura

Quello per intensità di cura è un modello organizzativo in cui, di fatto, viene scissa l'unicità tra reparto, primario e personale assegnato. Le unità operative diventano gruppi di professionisti medici della stessa disciplina e il reparto diventa uno spazio fisico separato da quel gruppo di professionisti. In questo

spazio fisico opera personale assistenziale (infermieri e operatori socio-sanitari) e riabilitativo e in ogni *setting* di questa nuova dimensione si fornisce un livello di assistenza diverso, alto, medio o basso. Quindi gli spazi fisici sono organizzati non più per specialità ma per il grado di bisogno del paziente. Le unità operative non gestiscono più i reparti ma gestiscono i pazienti. Il paziente diventa un elemento del sistema che viene assistito nel reparto adeguato rispetto al suo bisogno di assistenza e dall'unità operativa specialistica che è più adeguata rispetto alla sua problematica, alla sua patologia. Dal punto di vista organizzativo l'interdipendenza dei trattamenti da compiere sul paziente (sequenziale e reciproca) rimane perché c'è sempre bisogno di un coordinamento tra professionisti che intervengono su di lui. Però, non essendo i professionisti vincolati a un reparto singolo, possono muoversi e andare loro al letto del paziente, che si trova in uno spazio fisico che non è più legato alla specialità ma al suo grado di bisogno. È per questo che si dice che questo modello mette al centro il paziente.

Questo modello organizzativo quindi prevede:

- a) una condivisione di risorse fra gruppi diversi di clinici in quanto, ad esempio, i posti letto appartengono al presidio ospedaliero e li usa l'unità operativa che ne ha bisogno, in funzione del tipo di pazienti che ha in carico;
- b) l'organizzazione delle risorse in aree differenziate;
- c) la possibilità di ciascuna unità operativa di operare in più aree a livelli diversi di intensità di cura;
- d) la coincidenza della dimensione logistica con quella assistenziale nel senso che il dove avviene l'evento di cura non è più legato alla specialità ma è legato al grado di intensità di bisogno che quel paziente ha;
- e) la nascita di responsabilità gestionali orizzontali di tipo infermieristico, con tutte le implicazioni sui sistemi informativi sul controllo di gestione e sui contratti di lavoro.

In quest'ottica, quindi, ciascuna unità operativa può potenzialmente avere in carico pazienti collocati in ciascuna area dell'ospedale. L'unica eccezione è la terapia intensiva dove i pazienti critici sono seguiti dall'unità operativa di anestesia e rianimazione. In ciascun reparto si trovano quindi pazienti di diverse unità operative in funzione dello stesso livello di bisogno assistenziale. In questo modello poi, in genere, si prevede una certa quantità di letti utilizzabili "a marea" dalle varie unità operative a seconda del grado di bisogno che può presentarsi durante l'anno, ad esempio per picchi influenzali invernali o durante l'estate, per fenomeni che sono caratterizzati da forte stagionalità.

Anche questo modello non è un modello perfetto; esso, anzi, ha molti limiti e chi ha provato a implementarlo spesso ci si è scontrato. Inoltre, alcuni di questi sono stati amplificati magari in maniera artificiosa per mascherare qualche resistenza professionale.

Indubbiamente, al primo impatto, questo è un modello che tende a disorientare l'utenza. Il paziente che arrivava all'ospedale infatti, prima veniva assegnato al

primario X, alla specialità x e veniva collocato su un letto del reparto X. Se un parente andava a trovarlo, gli veniva detto che si trovava nel reparto X.

Nel modello per intensità di cura risulta più difficile trovarlo perché non c'è più il riferimento specialità – primario. Questo è indubbiamente uno degli elementi che ha creato più problemi nelle sperimentazioni. L'altro limite logistico è dato dal fatto che spesso i medici si lamentano di doversi spostare troppo, soprattutto negli ospedali più datati e articolati su più piani. Altro aspetto rilevante da considerare è che gli infermieri e gli operatori socio sanitari che si trovano in queste aree devono avere una formazione non specialistica, una formazione allargata perché si trovano davanti pazienti chirurgici, ginecologici, urologici, quindi di varia natura e devono essere pronti a saperli gestire.

È inoltre un modello che di fatto crea molte resistenze professionali. Basti pensare al ruolo del primario che viene molto ridimensionato. Nel modello tradizionale egli misurava il proprio prestigio con il numero dei posti letto e di infermieri assegnati. Questo metro viene invece radicalmente sostituito nel nuovo modello dalle analisi di esito sulla casistica trattata.

Un problema che si pone spesso nell'implementazione dell'ospedale per intensità di cura è come vengono assegnati i pazienti dal pronto soccorso. Prima, se arrivava un paziente con un problema polmonare, si mandava in pneumologia e il problema era risolto. Oggi oltre a definire che si assegna alla pneumologia, bisogna anche definire se deve essere collocato in una area ad alta, media o bassa intensità di cura. Quindi servono due coordinate per collocarlo all'interno dell'ospedale, non più una.

Infine, gran parte delle aziende che in questi anni hanno provato a organizzare i propri ospedali per intensità di cura si sono spesso scontrate con l'edilizia, cioè con vecchi edifici costruiti con una logica a padiglione che andava benissimo per l'ospedale tradizionale ma che per l'intensità di cura sono assolutamente inadeguati.

La Regione Toscana ha scelto questo modello, ma ha improvvidamente lasciato alle aziende la possibilità di adottarlo in maniera diversa e quindi ci sono state sperimentazioni di varia natura, difficili oggi da ricondurre a un qualcosa di unitario. Dapprima con la riforma di cui alla delibera di giunta n. 1235/2012, poi col Piano Sanitario Regionale 2012-2015 il governo regionale ha cercato di uniformare il settore. Tuttavia, solamente con la riforma di fine 2015 ha finalmente messo due punti fermi molto importanti:

- a) gli ospedali toscani devono essere organizzati per intensità di cure;
- b) per intensità di cure si intende la condivisione delle risorse ospedaliere fra le varie unità operative.

6. Le evoluzioni più recenti in ambito ospedaliero

Nel frattempo è arrivato il d.m. n. 70/2015 che ha definito degli standard in base al bacino di utenza potenziale sempre seguendo la logica della rete. Si cerca di deospedalizzare tutta l'inappropriatezza, andando verso tassi di ospedalizzazione più bassi. Il d.m. n. 70/2015 prevede, a livello nazionale, 160 ricoveri per 1000 abitanti, il piano regionale della Toscana ne prevede 120. In Toscana nel 2014 eravamo intorno ai 132 con grosse differenze fra le tre aree vaste. L'area fiorentina è sempre quella con ospedalizzazione più alta, anche perché c'è un'offerta maggiore e l'offerta ospedaliera induce la domanda.

L'ultima legge regionale toscana approvata alla fine dell'anno prevede il rafforzamento della programmazione di area vasta. In questo senso deve essere sottolineato che la Regione ha sempre, fin dal 2000-2002, insistito su questo aspetto però non è mai riuscita a far sì che le aziende di area vasta collaborassero veramente. Di fatto ci sono sempre stati dei comportamenti più o meno opportunistici. Attualmente la Regione ha rinforzato il suo orientamento sia individuando un direttore di area vasta che deve coordinare l'azienda ospedaliera universitaria e l'azienda territoriale di riferimento, sia legando gli incentivi dei direttori generali delle due aziende di area vasta al raggiungimento, almeno in parte, degli obiettivi comuni. Ha inoltre dato indicazione alle aziende di riorganizzare i presidi ospedalieri dei vari distretti in un unico presidio ospedaliero di zona, accorpando quindi gli eventuali stabilimenti presenti. Ha sottolineato di nuovo la necessità di superare i reparti per specialità e, nel dire questo, ha enfatizzato il fatto che le risorse ospedaliere, quindi spazi, posti letto, tecnologie e sale operatorie, debbono essere organizzate non per unità operativa ma per aree organizzative di presidio, che possono essere a diversa intensità di cura. Ha poi istituito un direttore di rete ospedaliera, passando di fatto da una rete ospedaliera a una gerarchia vera e propria, e ha raggruppato le unità operative in contenitori professionali ancora più grandi, i dipartimenti. Quindi le unità operative non sono più delle monadi, neanche fuori dall'ospedale di appartenenza, perché vengono aggregate all'interno di una singola azienda in un unico dipartimento. Quest'ultimo gestisce le risorse umane assegnate, quindi i professionisti medici assegnati, e i beni sanitari, nient'altro. Tutto il resto (spazi, tecnologie, personale di assistenza) lo utilizza in base ad una negoziazione annuale all'interno dei presidi dove i professionisti vanno a lavorare.

La recente riforma ha anche istituito i dipartimenti delle professioni sanitarie creando una qualche confusione organizzativa perché questa linea gerarchica parallela rispetto all'organizzazione dei presidi di fatto non rende chiaro a chi risponderanno i professionisti dell'assistenza. Probabilmente risponderanno a un direttore infermieristico o tecnico sanitario, ma che sta fuori dal presidio e quindi che non è legato all'organizzazione del presidio e dell'assistenza. Questo aspetto è critico e, a parere di chi scrive, forse dovrà essere presto rivisto.

Riferimenti bibliografici

ERSKINE J. - AGGER S. - ROMERI M. - ROSINI D., *Strategic Asset Planning: An Integrated Regional Health Care System, Tuscany, Italy* in B. RECHEL - J. ERSKINE - B. DOWDESWELL - S. WRIGHT - M. MCKEE (eds.), *Capital Investment for Health. Case Studies from Europe*, World Health Organisation, 2009.

RIGHI M. - NANTE N. - GEDDES M., *I nuovi standard ospedalieri*, tratto dal sito web www.saluteinternazionale.info, 2015.

ROSINI D. - BARTOLI L. - ROMERI M. - MARIOTTI F., *Verso l'organizzazione ospedaliera per intensità di cura*, Trento, Uniservice, 2010.

THOMPSON J.D., *L'azione organizzativa*, Torino, Isedi, 1991.

GLI ORGANI DI GOVERNO E GESTIONE DELL'OFFERTA PUBBLICA A LIVELLO TERRITORIALE

Marco Dugato

Il presente contributo intende offrire qualche spunto in tema di governo e gestione dell'offerta sanitaria pubblica a livello territoriale.

L'analisi sarà condotta sotto un profilo, essenzialmente, giuridico, anche se la riflessione giuridica non può che innestarsi su dati meta-giuridici. Il riferimento prioritario del mio contributo è l'esperienza toscana, per l'interesse del "modello" e per alcune specifiche soluzioni.

Le esperienze regionali sono diverse: dobbiamo considerare ben venti sistemi regionali anziché un sistema sanitario nazionale. I parametri giuridici però sono gli stessi: si tratta dei parametri costituzionali vincolanti. Rileva l'art. 32, ma non solo; anche l'art. 2, che si riferisce allo svolgimento della personalità nelle formazioni sociali e spiega in gran parte il rilievo regionale dato alle organizzazioni non lucrative, cioè il terzo settore; l'art. 3, perché attraverso l'organizzazione del sistema sanitario, attraverso le sue regole e prestazioni si garantisce la salute e l'uguaglianza sociale sostanziale. Non bisogna poi dimenticare gli artt. 41 e 43 per il rapporto fra la libera iniziativa economica privata e i suoi limiti. Quando si trasferisce il discorso alle realtà più complesse come le aziende ospedaliere universitarie tutto si intreccia con l'art. 32, sulla libertà della ricerca, che fa di questi ospedali universitari strutture differenti. Oggi abbiamo, poi, l'art. 118, che si assesta in modo molto diverso dal passato e che racconta che sebbene questo Paese non abbia scelto la via della sussidiarietà orizzontale come via particolarmente cogente, comunque deve fare i conti con la produzione di utilità collettive da parte dei privati. Poi c'è il pareggio di bilancio, che non ci toccava né nel 1978 né con l'aziendalizzazione del '92 - '93.

A fronte di questi parametri le esperienze organizzative regionali sono state diverse. Parlerò del fenomeno dell'aggregazione delle ASL in super ASL (c.d. "Aslone"), delle c.d. "zone-distretto" e delle Società della salute.

Il problema, però, è sempre quello della complessità, cioè di strutture che non assorbono funzioni di strutture esistenti, ma vi si aggiungono, si sommano ad altre strutture esistenti creando un'aggiunta di complessità. Il che comporta la necessità di raccordo, che aggiunge complessità organizzativa. Quanto alla complessità organizzativa, nel settore della sanità secondo me essa non si giustifica solo alla luce del 70 (o più) % del PIL regionale: ci sono ambiti di azione amministrativa come quello del governo del territorio, per il quale si spende di meno ma che sono molto più complessi ma ciò non si riflette sul livello di complessità dell'organizzazione amministrativa. A mio parere, se uno esamina il sistema del 1978, il sistema del 1992 - 1993 e quello del 1999, non c'è proporzione

fra ciò che è cambiato e l'enorme aumento della complessità organizzativa: il progressivo aumento di complessità organizzativa non è giustificato dall'aumento di complessità dell'erogazione delle prestazioni.

Un primo dato ce lo dà l'esperienza più recente: è cambiata la domanda, e necessariamente cambia il rapporto tra la domanda e la risposta. Prima la risposta era a una domanda di salute da parte del malato. Oggi, come si può vedere nella riforma Balduzzi e negli interventi che hanno accompagnato la riforma Maroni in Lombardia, la prospettiva è quella di accompagnare la vita, lo stato di benessere psicofisico del cittadino, non è più sanità-cura. Questo è radicalmente differente. Mentre nel sistema precedente, qualunque sia il rapporto tra assicuratore, produttore e utente, esso nasce da una domanda, la malattia come sinistro, in questo caso invece il ciclo è continuo, e non nasce da una domanda, nasce da un'offerta, e la nuova missione della sanità è quella di offrire l'accompagnamento in una vita che preservi dalla malattia e accompagni nell'accidente della malattia.

La nuova missione, dal punto di vista dell'organizzazione amministrativa, cambia radicalmente le regole, come le cambia nell'ambito di servizi pubblici locali la differenza tra servizio a domanda individuale e servizio in continuità. Il sistema è diverso, l'organizzazione dei servizi è diversa, le regole giuridiche sono necessariamente diverse. Da questo punto di vista, a mio parere, entrano in gioco anche *player* organizzativi che prima non esistevano. Se io posso decidere che la gestione di un ospedale è comunale, sovracomunale, regionale, ASL più piccola, ASL più grande, ed è semplicemente un problema organizzativo del servizio, di efficienza, quando dalla domanda che nasce dalla malattia passo a un sistema che accompagna nella vita, cioè che forma sul tipo di attività fisica da fare, che controlla, che si dedica alla riabilitazione e alla prevenzione, ci sono delle dimensioni imprescindibili che sono quelle vicine: torna in gioco la dimensione locale, di vicinanza territoriale.

Dall'immediato *post* 1999, in cui il rapporto era sostanzialmente Regione-ASL-utente, sistema che ha portato all'aggregazione degli ospedali, alla sussunzione verso l'alto e in dimensione, nascono nuove esigenze: le zone distretto, la società della salute, in Lombardia la trasformazione del medico di base in medico di famiglia che opera a domicilio, i presidi riabilitativi vicini, i mega ambulatori, luoghi deputati alla cura, alla prevenzione, all'ascolto e alla riabilitazione insieme (cfr. art. 3 e art. 71-*bis* l.r. Toscana).

Emerge, quindi, la complessità e l'inadeguatezza degli strumenti organizzativi tradizionali. E qui i legislatori regionali si dividono fra i prudenti e gli innovativi. I primi sommano le strutture organizzative tradizionali alle realtà nuove, creando nuove realtà organizzative e avendo bisogno di nuovi collegamenti, che però hanno il problema di essere più complessi e costosi e di rendere più lenti i tempi di risposta. Il sistema verticistico, che andava bene per far fronte a una precedente domanda, non è più adeguato per rispondere alla nuova domanda. Nascono, come già detto, bisogni ed esigenze organizzative più simili a quelle dei servizi

pubblici locali tradizionali che al servizio sanitario. Nasce l'esigenza di definire ambiti territoriali ottimali, non necessariamente omogenei e ridescritti. Nasce l'esigenza di una rappresentanza, perché se la domanda è individuale, quella del malato, la risposta può essere individuale, ed è una risposta di rimando; nel momento invece in cui si offre un servizio, il momento di formazione dell'offerta deve essere partecipativo, altrimenti c'è il rischio di offrire qualcosa che non viene richiesto, in modo diverso da quello che la gente si aspetta, e di produrre minore efficienza di quanta non si sarebbe prodotta intercettando meglio la domanda.

Se quindi sono cambiate le prospettive, si crea una stratificazione plurilivello dal punto di vista territoriale. E noi, tradizionalmente, dal 1999 in avanti siamo deboli sul livello locale nella sanità, non perché ci sia stato un centralismo regionale oppressivo, ma perché la centralizzazione rispondeva alla domanda precedente; il grande ospedale correttamente attrezzato è sempre più efficiente, ma se si ritorna a una idea diversa di assistenza il problema del livello locale si ripone.

Qui vengo all'analisi giuridica del modello toscano, che è orientato verso un nuovo modello sanitario: la l.r. Toscana 28 dicembre 2015, n. 84, all'art. 3 prevede, fra i principi ispiratori, la centralità e la partecipazione, la sussidiarietà istituzionale, la sussidiarietà orizzontale, l'intervento mediante percorsi partecipativi, l'integrazione delle politiche sanitarie-sociali con quelle settoriali di livello territoriale locale. Questo significa che il legislatore ha espressamente orientato il proprio ordinamento verso le nuove esigenze della salute, sostanzialmente confermando il modello precedente, della centralità dell'azienda, e recuperando il momento partecipativo locale su due strutture: la zona distretto e la società della salute.

In tutto questo si forma un percorso aggregativo nelle ASL sostanzialmente interregionale – e gli ordinamenti regionali simili a quello toscano muovono verso quel sistema – ormai necessario alla luce del fatto che mentre noi discutiamo dell'organizzazione, gli attori pubblici dell'organizzazione sanitaria, cioè le Aziende Ospedaliere, sono state recentemente definite dalla Corte di Giustizia dell'Unione europea operatori economici *tout court*.

Questo, nella sentenza 18 dicembre 2014 (causa C-568/13), riguardante il caso della partecipazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi-Firenze ad una gara d'appalto che si teneva in Lombardia, accanto ad operatori privati. Il Consiglio di Stato, aveva rimesso con ordinanza alla Corte di Giustizia dell'Unione europea il dubbio generato dalla coesistenza di due principi: il primo è che l'azienda regionale è caratterizzata da forte autonomia imprenditoriale (addirittura l'art. 34 della legge regionale Toscana lo dice espressamente), il secondo è che essa trova il limite territoriale nell'ambito regionale di appartenenza. Fuori dal territorio il suo referente, cioè la Regione, non ha potere e quindi non può averla neanche l'Azienda. Il Consiglio di Stato aggiunge anche un'altra questione: la legislazione tende ad evitare la concorrenza sleale (*unfair competition*) e poiché l'Azienda vive in parte di soldi direttamente e indirettamente pubblici, il suo modo di fare concorrenza

a operatori privati altererebbe la concorrenza. La Corte di Giustizia dell'Unione europea risponde, però, che non rinvia nell'ordinamento comunitario (art. 24) nessuna preclusione alla sua partecipazione a gare in concorrenza con privati: nella direttiva appalti non c'è alcuna distinzione fra operatori pubblici e privati. La disarticolazione della concorrenza attraverso i finanziamenti pubblici di quella azienda è perfettamente eliminabile grazie a una contabilità separata (obbligo discendente dalla direttiva n. 2052): tenendo una contabilità separata delle attività in conto terzi e i finanziamenti derivanti dallo Stato è impossibile che si verifichi un'alterazione competitiva.

Questo dato crea un nuovo problema nel rapporto fra pubblico e privato nell'organizzazione e nel governo della sanità, perché l'operatore economico può essere pubblico o privato, e l'Azienda può essere al tempo stesso regolatore e attore: tutto ciò crea un sistema di competizione fortissimo a livello interregionale, non più basato solo sull'acquisizione di pazienti da altre Regioni per far lucro su questi, ma sull'andare fuori dal proprio ambito territoriale per produrre profitto. Questo sistema non può essere affrontato se non attraverso una dimensione quantitativa sufficiente delle aziende territoriali e delle aziende ospedaliere. Questo settore, se dovesse creare un nuovo sistema di concorrenza e competizione, porterà necessariamente le strutture delle singole Regioni a essere maggiormente dimensionate.

Questa maggiore dimensione aziendale delle strutture complicherà il ruolo delle aziende ospedaliere e di quelle ospedaliere universitarie, lo renderà più pesante e a invarianza di spesa le renderà meno efficienti nel governo del "sotto". In un sistema a domanda individuale e a risposta dell'azienda, quel che conta è la velocità del tempo della risposta e quindi le regole possono essere prefissate, dall'alto verso il basso si ha la definizione delle regole, la definizione tariffaria e delle risposte. Invece, in un sistema che va a fomentare il bisogno e a incrementarlo e produrlo dal basso, il sistema non è più quello: il sistema è il livello pubblico integrato territorialmente più limitato, con *governance* a livello più alto e deve quindi mediare e diventa inefficiente.

Non solo, se si guarda sia il sistema delle zone distretto sia quello delle società della salute si capisce che questo livello territoriale ha bisogno di un'integrazione. Zone distretto e società della salute possono convivere nella stessa realtà, ma ad un lettore giurista sembrano due alternative perché la seconda sembra un consorzio tra più soggetti. Inoltre, tra i due i sistemi sembra meglio quello della società della salute perché crea una partecipazione più interna rispetto alla conferenza dei sindaci e la conferenza di partecipazione esterna della zona distretto: le società della salute si occupano di riaggregare realtà in un contesto unitario, realtà che esistevano anche prima ma si parlavano esternamente, cioè attraverso meccanismi non interni e partecipativi di codecisione, ma di relazione (attraverso l'acquisizione del consenso, la richiesta del parere delle rappresentanze, eccetera), mentre nella società della salute questo avviene all'interno dello stesso sistema, che genera il

bisogno, partecipa al bisogno, filtra e risponde al bisogno.

Non ritengo però che la risposta organizzativa alla soluzione della complessità possa essere data da un efficientamento, un miglioramento della situazione organizzativa preesistente: penso che ciò sia improprio, perché nella disciplina normativa oggi vengono inserite delle funzioni e delle priorità che non sono sussumibili a livello regionale, ma sono fortemente legate a una competenza territoriale degli enti locali.

La risposta deve essere quindi diversa e non creare centri nuovi, ma promuovere l'aggregazione in un sistema radicalmente nuovo di competenze e funzioni differenti. Questo, fra l'altro, aumenterà il problema relativo all'acquisizione di beni o servizi. In un sistema policentrico, com'è quello funzionale, la risposta all'acquisizione dei beni e dei servizi – che normalmente prevede il livello più piccolo, più efficiente ma più costoso, quello più accentrato più inefficiente, ma più produttivo di economia di scala – difficilmente può essere realizzato, perché le domande diventano molto diverse e meno standardizzate di un tempo e richiedono un livello nuovo di imputazione della funzione: le gare andranno immaginate attraverso un sistema di rilevazione dei bisogni diverso rispetto a quello che tradizionalmente si è fatto nelle Regioni, e gestite a livello differente e in modo differente rispetto a quello praticato dalle Regioni negli ultimi anni, cioè quello delle centrali di committenza.

Questa fantasia giuridica che propongo si scontra con un cambio culturale molto forte, che non è tanto quello di cambiare un sistema organizzativo – e in parte la Regione Toscana consentirebbe di farlo molto più facilmente per come è strutturata adesso, rispetto all'Emilia-Romagna o altre Regioni – ma di valorizzare le differenze. Il livello territoriale nel nuovo modello di domanda sanitaria deve riconoscere che le domande nascono e si muovono in contesti diversi e pertanto il sistema deve offrire ed elaborare risposte adeguate che non possono che essere diverse a seconda delle aree.

Nasce, quindi, il problema del monitoraggio della differenza, dell'aggiustamento della differenza e del riconoscimento dei risultati differenti sulla base dei modelli differenti. Lo Stato non è mai stato capace di farlo, ha modelli organizzativi che vivono per un mal invocato principio di legalità che presuppone che il modello organizzativo debba essere uguali per tutti, mentre in realtà sono le regole e principi che devono essere uguali per tutti, e da questo punto di vista mi pare che anche le Regioni non abbiano finora introdotto modelli di duttilità del sistema organizzativo.

PARTE II

I CONFINI DEL DIRITTO ALLA SALUTE E LA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

LA SALUTE E I SUOI CONFINI. UNA PROSPETTIVA COMPARATA

Carlo Casonato

SOMMARIO: 1. Introduzione. - 2. La salute, figura complessa (cenni). - 3. Il confine fisico. Dall'integrità fisica all'autodeterminazione: il diritto a se stessi. - 4. Il confine economico. I limiti del diritto alle prestazioni alla luce delle opportunità mancate e delle più recenti sfide. - 5. Il confine scientifico. Oltre l'*evidence-based medicine*, fra *post-truth* e nuove aspettative. - 6. Concludendo: la salute in movimento.

1. Introduzione

In questo contributo intendo trattare di alcune questioni legate al diritto alla salute ed al perimetro del suo riconoscimento. Analizzando tale tema in prospettiva comparata, mi concentrerò su tre dimensioni. La prima riguarda il tradizionale riferimento alla tutela dell'integrità fisica ed il relativo auspicabile ampliamento non tanto alla dimensione psichica e relazionale (tema già oggetto di ampia letteratura) quanto alla promozione di una dimensione di autodeterminazione più ampia e comprensiva. La seconda parte oggetto di trattazione offrirà alcuni spunti relativi al superamento dei confini di carattere economico. Non si affronteranno tanto le tradizionali questioni legate al carattere più o meno condizionato del diritto alla salute, quanto alcune opportunità in Italia ancora non sfruttate. Il terzo profilo riguarda la relazione fra la medicina e il carattere scientifico delle prestazioni offerte nel suo ambito. In termini di tenuta della c.d. *evidence-based medicine*, si affronteranno alcune spinte che, con diverse prospettive, tendono a superarne i confini.

Tali tre ambiti di indagine sono accomunati dalla rilevazione di una costante serie di tentativi di superamento dei limiti tradizionalmente ascritti a ciascuno di essi; tentativi che – vedremo – trovano spinte e giustificazioni assai varie e differenziate. Di alcune si potrà dare una valutazione complessivamente positiva; in relazione ad altre si solleveranno prevalentemente dubbi e interrogativi. In ogni caso, visto il carattere ampio e articolato del tema trattato, mi limiterò in questa sede a dare alcuni spunti di riflessione, che potranno semmai essere seguiti da ricerche più estese e approfondite.

2. La salute, figura complessa (cenni)

Punto di partenza di questo scritto è rappresentato dall'ormai largamente riconosciuto carattere complesso e differenziato del diritto alla salute e della relativa

tutela. La Corte costituzionale italiana, in riferimento all'estensione da riconoscere a tale posizione (trattando in particolare della legittimità della mancata copertura totale della spesa inerente a prestazioni di natura sanitaria erogate a favore di persone anziane non autosufficienti), ha da tempo indicato il principio secondo cui la salute è caratterizzata da una struttura complessa, che attenta dottrina ha indicato contenere "una pluralità di proiezioni sostanziali"¹.

In particolare, la Corte ha precisato come la tutela della salute "si articola in situazioni giuridiche soggettive diverse in dipendenza della natura e del tipo di protezione che l'ordinamento costituzionale assicura al bene dell'integrità e dell'equilibrio fisici e psichici della persona umana in relazione ai rapporti giuridici cui in concreto inerisce. In ragione di ciò, questa Corte ha affermato che, considerato sotto il profilo della difesa dell'integrità fisio-psichica della persona umana di fronte alle aggressioni o alle condotte comunque lesive dei terzi, 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 illeciti [...]. Nello stesso tempo, la Corte ha sempre precisato che, 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". Senza poter assicurare sempre e comunque una tutela illimitata del diritto pur fondamentale alla salute, i giudici hanno confermato come il riconoscimento concreto anche di tale posizione sia oggetto di "un ragionevole bilanciamento con altri interessi o beni che godono di pari tutela costituzionale e con la possibilità reale e obiettiva di disporre delle risorse necessarie per la medesima attuazione".

Su questa linea, non pare possibile trattare in termini indifferenziati dei confini entro cui la tutela della salute si trova riconosciuta e che oggi sono oggetti di un tendenziale superamento. Meglio affrontarne singolarmente diverse articolazioni, la prima delle quali – come anticipato – riguarda il riferimento ai possibili beni tutelati: integrità fisica, equilibrio psichico, benessere complessivo, autodeterminazione.

¹ M. LUCIANI, *Brevi note sul diritto alla salute nella più recente giurisprudenza costituzionale*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, Giappichelli, 2003. La sentenza cui si fa riferimento è la n. 455/1990, da cui anche le citazioni successive. La letteratura al riguardo è sterminata. Fra gli altri, cfr. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e Società*, 1983, 1, 21; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2015; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2012; M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980, 769; R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, in S. RODOTÀ - P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, vol. IV, Milano, 2010.

3. Il confine fisico. Dall'integrità fisica all'autodeterminazione: il diritto a se stessi

Il primo dei confini problematici all'interno dei quali la salute pare essere costretta si riferisce alla tutela dell'integrità fisica della persona². Nessuno, in questi termini, è legittimato a violarla senza consenso, e nemmeno la finalità terapeutica da sola è considerata – oggi – sufficiente ad escludere ipotesi di reato. L'autorizzazione del malato nei confronti del quale è diretto l'intervento, il c.d. consenso informato, è in questo senso, condizione tendenzialmente legittimante, in assenza della quale anche il medico commetterebbe un illecito.

Se tale impostazione è maturata in Italia in tempi recenti, e nemmeno oggi è accolta in termini comprensivi³, essa appare invece principio risalente negli Stati Uniti. Nelle sue originarie manifestazioni giurisprudenziali, la posizione tutelata in termini di *informed consent* si riferiva al diritto del paziente di essere informato sulle procedure mediche proposte, in modo da consentire ai medici di procedere in atti che altrimenti avrebbero costituito reato contro – appunto – l'integrità fisica del malato. Particolarmente significativo uno dei primi e più noti casi in materia (*Mohr v. Williams* del 1905), in cui si sostenne come "in uno stato liberale, il primo e più importante diritto di un libero cittadino, che è alla base di tutti gli altri – il diritto all'invulnerabilità della persona, il diritto a se stessi – è oggetto di un generale riconoscimento, e questo diritto vieta al medico o al chirurgo [...] di violare senza permesso l'integrità fisica del paziente [...] operando senza consenso e informazione"⁴.

Quanto più interessa in questa sede, riguarda il fatto che, anche a seguito dell'insegnamento per oltre un secolo di questo caso nelle *law schools* statunitensi, si vennero a fissare le coordinate di un principio del consenso informato stretto

² Come anticipato, non si tratterà in tale sede del duplice rapporto fisico-psichico della salute (oggetto di vastissima giurisprudenza e letteratura), ma di una sua estensione in termini di scelte individuali collegate alla promozione di una autentica autodeterminazione individuale.

³ In particolare in ambito penale: si veda la sentenza della Cassazione Penale, sez. unite, 21 gennaio 2009, n. 2437 in cui si dispose che "ove il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato il consenso informato, e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle *leges artis*, si sia concluso con esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle eventuali alternative ipotizzabili, e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale, tanto sotto il profilo della fattispecie di cui all'art. 582 c.p. [lesione personale dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente], che sotto quello del reato di violenza privata, di cui all'art. 610 c.p."

⁴ *Mohr v. Williams*, 95 Minn. 261, deciso nel 1905 dalla Minnesota Supreme Court, da cui anche la seguente citazione in lingua originale. Si veda, fra gli altri, A. SANTOSUOSSO, *Corpo e libertà. Una storia tra diritto e scienza*, Milano, 2001, 189.

all'interno dei confini riconducibili alla sola dimensione fisica, corporale della persona ("every person has a right to complete immunity of his person from physical interference of others") venendosi a perdere quel riferimento al "diritto a se stessi" che avrebbe già potuto estendere i confini della tutela anche alla dimensione morale, e non a solo quella fisica, della persona.

Con il passare degli anni e con i progressi della medicina e della sensibilità sociale e giuridica, tale perimetro pare divenuto oggi troppo limitato. Molte terapie e pratiche anche salva-vita – si pensi al classico esempio della trasfusione di sangue per un testimone di Geova – non comportano interventi particolarmente invasivi a livello fisico. Eppure, il consenso informato è atto richiesto e necessario alla legittimità delle procedure. In tali casi – questo il punto – non è tanto la dimensione corporale ad essere oggetto di tutela, ma i convincimenti religiosi, l'impostazione culturale, l'idea di sé e delle proprie prospettive complessive⁵. Gli ambiti in cui tali profili sono tutelati, tuttavia, appare limitato e parziale. Il consenso informato, così, è punto di riferimento per la tutela del corpo nei confronti degli atti che ne lederebbero l'integrità fisica, ma non è divenuto, nella maggior parte degli ordinamenti, una posizione che permetta di decidere di sé in termini ampi. Quel "diritto a se stessi" è stato, insomma, limitato all'interno della decisione di ammettere o rifiutare interferenze fisiche, senza essere "preso sul serio" come principio di autodeterminazione complessiva.

Tali considerazioni portano a considerare l'opportunità di ridefinire la natura del consenso e dei suoi confini, i quali, anziché avere come oggetto la dimensione fisica e come fine la sua integrità, potrebbero giungere ad avere come oggetto la struttura in senso lato morale della persona e come obiettivo il suo rispetto e la sua promozione. Tale passaggio – cui si può qui solo fare un cenno – si lega anche ad altri profili della medicina e del diritto che se ne occupa. Si pensi solo al celebrato mutamento di definizione della salute, da mera assenza di malattia a completo stato di benessere fisico, psichico e sociale (come da definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o alla riscrittura, per via interpretativa, del divieto degli atti che cagionino una diminuzione dell'integrità fisica dell'art. 5 del codice civile italiano in termini di prevalenza della salute anche psichica, fino al riconoscimento del ruolo del medico, da curatore delle malattie a professionista incaricato di prendere in carico la persona nella sua complessiva e globale unità⁶.

Su queste basi, si può dire che il concetto di salute, in taluni ambiti, non è più limitato alla esclusiva tutela dell'integrità fisica, ma si fa talvolta carico

⁵ Si pensi, ancora al caso di Piergiorgio Welby. Alcuni spunti nel *Focus* dedicato a *Giurisdizione e pluralismi* ospitato sul n. 1/2016 del *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*: www.biodiritto.org/rivista.

⁶ Corte cost., sentenza n. 161/1985. In generale, P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei "casi" e astrattezza della norma*, Milano, Giuffrè, 2007.

anche di condurre al rispetto della volontà della persona. Tale passaggio, però, pare ancora incompleto e del tutto parziale, non giungendo ancora a liberarsi della originaria impostazione "fisicista" per considerare la tutela di una più ampia autodeterminazione individuale, inclusiva dei profili non solo fisici, ma complessivamente esistenziali e ontologici della persona in tutte le fasi della sua vita. Quanto ancora rimane escluso, riguarda il passaggio ad un diritto al rispetto ed alla promozione delle scelte sulla propria esistenza, che, in fasi particolari e delicate come quelle del fine vita, si saldano strettamente con la propria struttura morale. Tale ulteriore cambio di prospettiva – qui auspicato – proietterebbe il rispetto delle scelte individuali oltre i confini della mera messa a disposizione del proprio corpo per una terapia, spingendosi fino alla decisione sulle forme, sui tempi e sui modi della propria esistenza; sul suo svolgimento e compimento.

Il superamento di tale confine, in termini pratici, avrebbe il vantaggio di permettere alla persona malata non solo di rifiutare un trattamento, anche di sostegno vitale, ma di richiedere, anche in termini attivi, l'anticipazione dell'evento morte. In presenza del diritto al rifiuto ma in assenza della non punibilità, a determinate condizioni, dell'assistenza al suicidio, infatti, l'ordinamento può presentare una serie di paradossi che vanno dalla discriminazione dei malati che non sono sottoposti a terapie di sostegno vitale, rispetto a quanti soffrono di una malattia che li impone⁷, fino ad un trattamento che può considerarsi crudele nei confronti dei sofferenti.

Su queste basi, ad esempio, una Commissione francese di riflessione sul fine vita sostenne come "lorsque la personne en situation de fin de vie (...) demande expressément à interrompre tout traitement susceptible de prolonger sa vie, voire toute alimentation et hydratation, il serait cruel de la "laisser mourir" ou de la 'laisser vivre', sans lui apporter la possibilité d'un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de la mort"⁸.

E in riferimento alla morte di una malata di sclerosi laterale amiotrofica che considerava il suo dolore insopportabile e la sua condizione ormai insostenibile, la Corte Suprema del Canada ha dichiarato incostituzionale il carattere assoluto del divieto di assistenza al suicidio anche perché esso imponeva "the 'cruel choice' between killing herself while she was still physically capable of doing so, or giving up the ability to exercise any control over the manner and timing of her death"⁹.

⁷ Al riguardo, si permetta il riferimento a C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, Torino, Giappichelli, 2012, 216 ss.

⁸ Si tratta del rapporto diretto a François Hollande, *Penser solidairement la fin de vie*, pubblicato il 18 dicembre 2012.

⁹ Si tratta del caso *Carter v. Canada* del 6 febbraio 2015 (2015 SCC 5). Una breve descrizione delle motivazioni della Corte e il link ai testi originali nel sito www.biodiritto.org. Per un commento, M. TOMASI, *Alla ricerca di una disciplina per il suicidio medicalmente assistito*

Su questa linea, e concludendo sul punto, un passaggio dalle logiche (fisiche) del consenso informato a quelle (esistenziali) di una più piena autodeterminazione potrebbe contribuire a riprendere una suggestione originaria ma rimasta sottotraccia: quella riferibile alla tutela del "diritto a se stessi". Ed anche in Italia, ad esempio, si potrebbe riprendere con profondità e realismo, e senza strumentalizzazioni, il dibattito sulle facoltà e i diritti delle persone gravemente malate che si trovino in condizioni che ritengono ormai insostenibili.

4. Il confine economico. I limiti del diritto alle prestazioni alla luce delle opportunità mancate e delle più recenti sfide

Nel libro *La medicina impossibile*, Daniel Callahan introduce, anche per quanto riguarda l'ambito della medicina e della tutela della salute, il concetto di sostenibilità¹⁰. Il forte aumento dei costi legato ad una serie di fattori che vanno dall'invecchiamento della popolazione alla cronicizzazione delle malattie, dal ricorso a farmaci molto costosi al carattere sempre più tecnologico della medicina contemporanea rende infatti impraticabile – secondo il cd. paradosso della salute – l'opzione di dare gratuitamente a tutti gli ammalati il trattamento in astratto più efficace.

Su questa linea, può ancora citarsi giurisprudenza costituzionale italiana la quale indica come "il diritto a ottenere trattamenti sanitari, essendo basato su norme costituzionali di carattere programmatico impositive di un determinato fine da raggiungere, è garantito 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"¹¹. Anche su tale tema, e in particolare sull'evoluzione che, dopo tale pronuncia, ha riguardato il carattere non assoluto del diritto alla prestazione sanitaria in comparazione con altri interessi, non si può che rinviare alla approfondita e ampia letteratura intervenuta¹²; allo stesso modo, non si può che

in Canada: dal divieto penale a un articolato regime di controlli e cautele, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo online*, 2015, 2.

¹⁰ D. CALLAHAN, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, Baldini & Castoldi, 2000.

¹¹ Il riferimento va alla citata sentenza n. 455 del 1990.

¹² Fra cui: R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, in S. RODOTÀ - P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, cit.; L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, cit.; E. CATELANI - G. CERRINA FERONI

rinvia agli studi specifici che hanno rilevato come i costi della sanità dipendano da un ampio ventaglio di fattori che comprendono le modalità di finanziamento (modello Beveridge, modello Bismarck, modello misto pubblico-privato, modello *out-of-pocket*), i soggetti erogatori (di natura pubblica, convenzionata, privata), il sistema di pagamento (rimborso, *benefit-in-kind*, misto) la gestione dei fondi e la presenza e la natura di un *third payer*; oltre che, ovviamente, l'individuazione dei possibili fruitori dell'assistenza (solo gli assicurati o i cittadini, i residenti, chiunque a prescindere dallo status) e l'identificazione delle prestazioni da garantire (tutte, solo quelle minime o essenziali, solo quelle oggetto di assicurazione)¹³.

Quanto può in questa sede ricordarsi, pure, riguarda lo sforzo, già presente in Callahan, di coniugare la sostenibilità della medicina con la sua eticità; in linguaggio giuridico-costituzionale – potremmo sintetizzare – con la ragionevolezza del bilanciamento con gli altri interessi rilevanti.

Da questo punto di vista, potrebbe ricordarsi, ad esempio, come molteplici indici di carattere internazionale indichino come lo stato di benessere complessivo di una popolazione dipenda in larga parte dai cd. determinanti sociali e economici della salute¹⁴.

In questo senso, per citare solo un esempio, si è arrivati a parametrare la larghezza dei marciapiedi di una determinata zona urbana con i livelli di salute e di aspettativa di vita alla nascita della popolazione residente¹⁵. In termini generali,

- M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, Giuffrè, 2006, 5393; R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Padova, Cedam, 2007; R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il Mulino, 2009; L. BUSATTA, *Il diritto alla salute al tempo della crisi: è costituzionale "abbassare" i livelli essenziali?*, in A. PEREZ MIRAS - E.C. RAFFIOTTA - G.M. TERUEL LOZANO (a cura di), *Desafios para los derechos de la persona ante el siglo XXI: Vida y Ciencia; Sfide per i diritti della persona dinanzi al XXI secolo: Vita e Scienza; Challenges of individual rights in XXI century: Life and Science*, Atti del Seminario italo-spagnolo, Bologna, 3-4 maggio 2012, Aranzadi, 2013, 297-304; L. BUSATTA, *Diritto alla salute e principio d'eguaglianza: può un'eccezione fare la differenza?*, in S. BONINI - L. BUSATTA - I. MARCHI (a cura di), *L'eccezione nel diritto. Atti della giornata di studio dell'associazione Alumni SGCE*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2015, 169-195.

¹³ Fra gli altri, si veda, G.G. CARBONI (a cura di), *La salute negli Stati composti. Tutela del diritto e livelli di governo*, Torino, Giappichelli, 2012.

¹⁴ Anche al riguardo la letteratura, soprattutto anglosassone, è amplissima: *ex multis*, A. ALEMANNI, A.L. SIBONY (eds.), *Nudge and the Law. A European Perspective*, Hart, 2015; M. QUIGLEY, *Nudging for Health: On Public Policy and Designing Choice Architecture*, in *Medical Law Review*, 2013, 21, 588 ss.; F. SIMOES, *Paternalism and Health Law: Legal Promotion of a Healthy Lifestyle*, in *European Journal of Risk Regulation*, 2013, 3, 347 ss.; P. MACKIE - F. SIM, *Legislating for (Public) Health*, in *Public Health*, 125, 2011, 811-812.

¹⁵ R.C. BROWNSON - E.A. BAKER - R.A. HOUSEMANN - L.K. BRENNAN - S.J. BACAK, (2001),

dedicare una maggior attenzione agli effetti sulla salute di una molteplicità di politiche (in ambito urbanistico, dell'alimentazione, dei trasporti, lavorativo, scolastico, ecc.) è azione che permetterebbe anche in Italia di coniugare le esigenze di contenimento della spesa con migliori risultati misurabili a livello di salute¹⁶.

Un ulteriore ambito in cui, in Italia, si dovrebbe certamente investire con maggiore convinzione è quello della prevenzione. Molte delle malattie non trasmissibili possono essere efficacemente combattute con politiche tese al contenimento del fumo e dell'alcool e al consolidamento di abitudini più salubri dal punto di vista alimentare e tese ad una minor sedentarietà¹⁷. Se interessi sia privati (di carattere pubblicitario, ad esempio) sia pubblici (legati alle tasse su alcool e fumo) ostacolano un'efficace azione di prevenzione, può in questa sede sottolinearsi l'importanza, proprio in termini economici, di un mutamento di rotta, il quale permetterebbe di ridurre l'incidenza, anche sul Servizio Sanitario Nazionale italiano, delle spese legate alla cura di malattie evitabili¹⁸.

I risparmi così ottenuti potrebbero essere investiti per far fronte alle sfide che la moderna medicina dovrà affrontare. Se la medicina di precisione o personalizzata, ad esempio, potrà, una volta a regime, condurre ad un contenimento della spesa, la ricerca attualmente in atto richiede investimenti specifici. Allo stesso modo, le più avanzate tecniche di ingegneria genetica, si pensi al CRISPR-Cas9, potranno dare risultati importanti anche in termini di azione precoce sull'eradicazione di alcune malattie¹⁹. Al momento, peraltro, la ricerca è allo stadio iniziale e richiede finanziamenti anche in questo caso mirati.

Environmental and policy determinants of physical activity in the United States, in *American Journal of Public Health*, 91(12), 1995-2003.

¹⁶ M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, Bologna, Il Mulino, 2009; S. PENASA, *La "salute in tutte le politiche": presupposti teorici e fondamento costituzionale*, in *Federalismi.it*, 2015. V. DURANTE, *La salute come diritto della persona*, in S. CANESTRARI - G. FERRANDO - C. M. MAZZONI - S. RODOTÀ - P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo*, vol. I., *Trattato di Biodiritto*, Milano, Giuffrè, 2011, 586 ss.

¹⁷ Si veda, fra gli altri, il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica dedicato a *Stili di vita e tutela della salute*, 2014.

¹⁸ Si veda, al riguardo, il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica dedicato alla *Difesa del Servizio Sanitario Nazionale*, del 2017. In termini generali, si vedano i documenti dedicati dalla OSCE a *The Economics of Prevention* (www.oecd.org/health/economics-of-prevention.htm).

¹⁹ L'acronimo indica i *Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats*, che potremmo tradurre come le ripetizioni palindromiche di gruppi di Dna estraneo disposti a intervalli regolari. Tale tecnica permette di modificare singole lettere del codice genetico (le basi azotate adenina, guanina, citosina e timina) senza intervenire sulle altre.

5. Il confine scientifico. Oltre l'evidence-based medicine, fra post-truth e nuove aspettative

Il terzo e ultimo profilo oggetto di questa breve trattazione riguarda la tendenza contemporanea ad andare oltre i confini segnati dal metodo scientifico-sperimentale. In un momento storico segnato da una cultura che è stata definita dall'*Oxford Dictionary* di "post-truth"²⁰, la scienza in quanto tale pare soffrire una crisi di attendibilità e legittimazione complessiva²¹.

I riflessi sulla credibilità della medicina e dei suoi preparati, già minata da alcune vicende in cui talune compagnie farmaceutiche hanno tenuto condotte illecite gravissime²², sono stati particolarmente significativi, inaugurando una numerosa serie di reazioni tese a superare i risultati e i metodi della cd. *evidence-based medicine*. Come anticipato, tali tendenze non possono essere unitariamente inquadrate, comprendendo azioni sia del tutto condivisibili e ragionevoli sia illusorie e prive di qualsiasi fondamento²³.

Fra le prime, può certamente inserirsi la possibilità di utilizzo di farmaci *off-label*. Tale formula indica l'impiego nella pratica clinica di farmaci già registrati, i quali però vengono utilizzati al di fuori delle situazioni e delle modalità specificate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto. Se il farmaco viene in questi casi impiegato in maniera non conforme a quanto espressamente sperimentato e poi indicato nella scheda tecnica autorizzata, va peraltro sottolineato che, in mancanza di alternative terapeutiche migliori, in presenza di risultati documentati in letteratura e sotto la personale responsabilità del medico curante, il quale dovrà avere particolare attenzione alla informazione e alla sicurezza del paziente, tale utilizzo è stato consentito e disciplinato anche in Italia a partire dalla fine degli anni '90²⁴. In presenza di categorie di malati con cui è difficile svolgere sperimentazione clinica,

²⁰ Si legge nel sito del dizionario: "After much discussion, debate, and research, the Oxford Dictionaries Word of the Year 2016 is *post-truth* – an adjective defined as 'relating to or denoting circumstances in which objective facts are less influential in shaping public opinion than appeals to emotion and personal belief'" (<https://en.oxforddictionaries.com/word-of-the-year/word-of-the-year-2016>).

²¹ Significative, al riguardo, le anticipazioni contenute nel parere *The culture of scientific research*, pubblicato dal *Nuffield Council on Bioethics* nel dicembre 2014 (<http://nuffieldbioethics.org/project/research-culture/>).

²² Si permetta il rinvio a C. CASONATO, *Diritto e scienze della vita: complessità, tentazioni, resilienza*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo*, Il Mulino, 2015, 2, 289 ss.

²³ Il riferimento va a C. PICIOCCHI, *Libertà terapeutica e "medicine non convenzionali": definizioni e confini*, in (L. LENTI - E. PALERMO FABRIS - P. ZATTI) *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ - P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, Giuffrè, 2010, 289 ss.

²⁴ Una serie di informazioni al riguardo al sito del Ministero della Salute: www.salute.gov.it/portale/home.html.

come i neonati, o in situazioni in cui un farmaco è autorizzato solo in alcuni Stati ma non in quello di elezione è quindi possibile rendere ragionevolmente flessibile l'indicazione terapeutica, impiegando il medicinale anche oltre l'*evidence-based*.

Tale clausola di salvaguardia, inoltre, ha permesso, recentemente, di migliorare e rendere più conveniente la cura per alcune malattie, a fronte delle rigidità e di potenziali abusi presenti all'interno del mercato dei farmaci.

Nel caso Avastin-Lucentis, ad esempio, è risultato che il primo farmaco, molto meno costoso del secondo, era egualmente efficace nella cura della maculopatia. In assenza dell'indicazione specifica, ma in presenza di studi pubblicati in merito, alcuni medici avevano preso ad utilizzarlo in modalità *off-label*, innescando un contenzioso che ancora deve concludersi di fronte alla Corte di Giustizia dell'Unione europea²⁵. Quanto è finora emerso, tuttavia, riguarda la circostanza per cui – secondo una decisione del 2014 dell'Autorità Garante della concorrenza e del mercato italiana – Roche e Novartis si erano “accordate illecitamente per ostacolare la diffusione dell'uso di un farmaco molto economico, Avastin, nella cura della più diffusa patologia della vista tra gli anziani e di altre gravi malattie oculistiche, a vantaggio di un prodotto molto più costoso, Lucentis, differenziando artificiosamente i due prodotti”. Dalla documentazione acquisita, infatti, è emerso che le due compagnie farmaceutiche avevano concertato una differenziazione artificiosa dei due farmaci, presentando il più economico (Avastin) come più pericoloso e meno efficace del più costoso (Lucentis). Per questo, l'Autorità ha comminato alle due compagnie una sanzione di oltre 180 milioni di euro, confermando implicitamente l'utilizzo *off-label* di Avastin²⁶.

In una logica equivalente di flessibilità e bilanciamento fra specifiche risultanze sperimentali e esigenze di equità sostanziali si pone il tema delle cd. cure compassionevoli. Al riguardo, può farsi riferimento ad un parere del Comitato Nazionale per la Bioetica – ora in fase di pubblicazione – che ne tratta in termini di trattamenti contraddistinti da eccezionalità i quali possono essere impiegati in assenza di terapie validate e in casi gravi di urgenza e emergenza per pazienti in pericolo di vita. Se tale impiego non deve costituire un'alternativa, esplicita o surrettizia, alla sperimentazione clinica, i medicinali così impiegati devono “avere una ragionevole e solida base scientifica: dati pubblicati su riviste internazionali di tipo *peer-review*, con evidenze scientifiche robuste, almeno su modelli animali e possibilmente risultati di sperimentazioni cliniche di fase I. La prescrizione deve essere a carico di un *panel* di esperti, designati da istituzioni sanitarie pubbliche, in condizioni di totale trasparenza: assenza di conflitti di interesse, pubblicazione

²⁵ La vicenda è riassunta e aggiornata nel sito www.biodiritto.org.

²⁶ Da ultimo, con una sentenza adottata il 22 settembre 2016, il Consiglio di Stato ha accolto il ricorso del titolare di una farmacia territoriale contro una determina AIFA che riservava alle sole farmacie ospedaliere la possibilità di ripartire l'Avastin per la sua utilizzazione *off-label*.

sia della composizione dei prodotti che dei risultati del trattamento, spiegazione esauriente ai pazienti sulla potenziale pericolosità di trattamenti non validati, onere dei farmaci a carico dei produttori e monitoraggio effettuato da istituzioni sanitarie pubbliche²⁷.

Portando all'estremo e così snaturando tali tendenze, si registra da qualche tempo un fenomeno di costante e progressiva spinta a liberare una parte della medicina da qualsiasi requisito scientifico sperimentale. In Italia, così, si è assistito fra la fine degli anni '90 e i primi di questo secolo al caso del multitrattamento Di Bella. Una delle vicende più preoccupanti che ha investito l'Italia è riconducibile al più recente caso Stamina in cui un Tribunale è addirittura giunto a imporre la somministrazione del trattamento consistente nella infusione di cellule staminali, come da metodica Stamina Foundation e secondo il protocollo in uso con la Stamina Foundation, sulla base di un esplicito rifiuto delle logiche mediche, anche intese nei termini più flessibili di cui si è detto. Il Tribunale di Asti ha infatti fatto prevalere il diritto alla pretesa di un trattamento non validato in termini che non trovano alcuna giustificazione né di carattere etico né scientifico né giuridico. Si è su questa linea sostenuto come "il subordinare la somministrazione delle cd. cure compassionevoli alla ricorrenza dei requisiti di scientificità del medicinale [...] e alla acquisizione del parere favorevole del Comitato Etico [...] appare contrario ai precetti degli artt. 32 e 2 Cost., che – come si è visto – impongono, in assenza di rimedi alternativi, una tutela piena e incondizionata del diritto alla salute, inteso anche quale diritto alla tutela della dignità della persona. In particolare, ritiene il Collegio che il postulare la necessaria sussistenza [di tali requisiti, di eticità e scientificità] finisca per realizzare una tutela solo parziale del diritto alla salute: tali requisiti finiscono, infatti, per tutelare esclusivamente il diritto alla salute inteso nella sua primigenia accezione di approntare un presidio terapeutico destinato al regresso della malattia, a scapito dell'altra fondamentale componente del diritto alla salute, inteso come componente della dignità della persona, così finendo per sacrificare completamente l'esigenza (di carattere individuale, inalienabile ed insopprimibile) di assicurare al paziente una decorosa convivenza con la sua condizione patologica in nome della scientificità e della opportunità etica della cura praticata"²⁸.

Sulla stessa linea di mancata considerazione dei requisiti di scientificità dei trattamenti proposti si è posta negli Stati Uniti la proliferazione delle c.d. *Right to*

²⁷ Cfr. il parere CNB su *Cura del caso singolo e trattamenti non validati* (c.d. "uso compassionevole") del febbraio 2015.

²⁸ Si tratta della decisione del Tribunale di Asti del 12 novembre 2012, riportata nel dossier sul caso Stamina curato da L. BUSATTA - M. TOMASI e pubblicato sul sito www.biodiritto.org. Più in generale, cfr. M. TOMASI, *Il diritto alla salute fra comprensione del bisogno e ragioni della scienza: note a margine della vicenda "Stamina"*, in *Rassegna di diritto pubblico europeo*, 2013, 1, 63-85.

Try Laws, fenomeno che, fra l'altro, divide fortemente le preferenze del pubblico dall'opinione dei professionisti²⁹.

In termini generali, pare coerente con le coordinate degli Stati di derivazione liberale la possibilità da parte di adulti, informati e consapevoli, di rifiutare i presidi medici o di sceglierne, a proprie spese, di diversi rispetto a quelli convenzionali. Su questa base, ad esempio, è del tutto legittimo – come noto – il rifiuto di trattamenti anche di sostegno vitale e può discutersi della recente decisione di una *High Court* britannica di permettere che il corpo di una ragazza quattordicenne venisse crioconservato subito dopo la sua morte, nella speranza che futuri progressi possano riattivarne le funzioni cerebrali e curarla³⁰. Se il diritto di scegliere le cure che si ritengono più consone alla propria struttura morale ha un solido fondamento costituzionale, esso però non può vantare una pretesa ad ottenere gratuitamente qualunque prestazione; e, soprattutto, esso si basa su un presupposto di piena consapevolezza dell'efficacia o inefficacia terapeutica di ciò che si sceglie, il quale, nel caso Stamina come in taluni casi statunitensi, non è possibile riscontrare. Il diritto all'autodeterminazione, insomma, deve potersi fondare su una scelta autentica e pienamente informata e non sulla disperazione di quanti, in assenza di opzioni terapeutiche, rischiano di cadere facili prede di approfittatori senza scrupoli.

In alcuni casi, passando a un profilo di analisi del tutto diverso e conclusivo, alcuni sistemi sanitari nazionali o locali decidono di mettere a disposizione dei propri assistiti prestazioni non fondate sulla c.d. *evidence*. Il Dipartimento federale dell'Interno svizzero, a seguito di un referendum che nel 2009 ha ottenuto il 67% di voti favorevoli, ha deciso che siano rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie le prestazioni inquadrabili nella medicina antroposofica, nell'omeopatia, nella terapia neurale, nella fitoterapia e nella medicina tradizionale cinese³¹. Si è quindi stabilito un periodo di prova, dal primo gennaio 2012 fino al 31 dicembre 2017, teso a verificare i tassi di efficacia, appropriatezza e economicità di tali terapie di medicina complementare.

Anche in alcuni territori italiani il sistema sanitario fornisce gratuitamente, o con l'applicazione di tariffe limitate, alcune prestazioni non convenzionali. Presso l'ospedale di Merano, così, è attivo un Servizio di Medicina Complementare che

²⁹ Cfr. M. TOMASI, *Il diritto alla salute fra emozione e razionalità. Le right to try laws negli Stati Uniti d'America*, in *Rivista dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, 2016, 4. Sulle divisioni in tema, R. DRESSER, *'Right to Try' Laws: The Gap between Experts and Advocates*, in *Hastings Center Report* 45, no. 3 (2015): 9-10.

³⁰ Si veda, fra gli altri, *The Guardian* del 18 novembre 2016: *14-year-old girl who died of cancer wins right to be cryogenically frozen*.

³¹ Fra gli altri, cfr. *The Huffington Post* del 15 febbraio 2012: *The Swiss Government's Remarkable Report on Homeopathic Medicine*.

fornisce ai pazienti residenti in Alto Adige una serie di trattamenti che comprendono l'agopuntura, l'aromaterapia, il cd. *healing touch*, l'omeopatia, il massaggio shiatsu³². Da sottolineare come tali trattamenti non siano destinati a sostituirsi alle terapie validate, ma ad affiancarsi, integrandola, alla medicina tradizionale. Nonostante le critiche di parte dei ricercatori, lo stesso Servizio sta conducendo una serie di studi comparativi, per verificare il grado di efficacia dei trattamenti e di soddisfazione dei pazienti trattati.

6. Concludendo: la salute in movimento

Le brevi considerazioni sopra illustrate conducono a confermare come il bene salute, di cui si chiede tutela e promozione anche in termini di diritto costituzionale, sia oggetto di una costante spinta tesa ad ampliarne progressivamente la portata. Si tratta di una posizione che tende a superare i confini tradizionalmente assegnati: dall'integrità fisica all'equilibrio psico-fisico, alla autodeterminazione e al rispetto della identità morale; da un diritto di libertà ad un diritto prestazionale, dall'evidenza alle aspettative più discrezionali e personali.

I limiti entro i quali la salute è giocoforza confinata sono mobili e dipendono da una serie di variabili di carattere culturale, economico e sociale³³.

Alcuni di questi confini sono probabilmente destinati ad essere superati; ed anzi, per taluni di essi, è proprio questo l'auspicio qui rappresentato. Altri confini, invece, pare bene rimangano inalterati, al fine di presidiare la credibilità di un sapere che, seppur nella costante incertezza e nella soggettività che caratterizza alcune sue componenti, seppur animato da uno spirito di dubbio e di scetticismo organizzato (Merton), non può non tendere verso una sua continua rifondazione anche su basi scientifiche.

³² Queste informazioni, come quelle riportate di seguito, sono ricavabili al sito aziendale: www.asdaa.it/it/ospedali/merano/888.asp.

³³ Si permetta, oltre a quanto citato, il riferimento a C. CASONATO - L. BUSATTA - S. PENASA, C. PICIOCCHI - M. TOMASI (a cura di), *Il biodiritto e i suoi confini: definizioni, dialoghi, interazioni*, 2014, e-book.

CULTURA DELLA SALUTE E STILE DI VITA

Silvio Garattini

La cultura della salute è il frutto di molteplici fattori, dalla tradizione alle convinzioni personali, dalle leggi esistenti alla adesione alle conoscenze scientifiche.

Se vogliamo fotografare lo stato della salute, possiamo utilizzare il parametro rappresentato dalla durata di vita, che si esprime attraverso gli anni di attesa di vita alla nascita. Se consideriamo la situazione globale di tutto il mondo, l'attesa di vita alla nascita è per i maschi di 68,8 anni (il dato è relativo alla fine del 2014), mentre per le femmine è di 74,3 anni. Se confrontiamo questi dati con quelli relativi alla situazione italiana, l'attesa di vita alla nascita per gli uomini è di ben 10,6 anni in più rispetto al dato mondiale, e anche per le donne si arriva a 84,6 anni (10,3 anni in più). Siamo quindi in buone condizioni rispetto al resto del mondo.

Se invece guardiamo ad un altro parametro e cioè quello dell'attesa di vita alla nascita associata a buona salute, anche qui abbiamo fatto progressi: non dobbiamo dimenticare che all'inizio del Novecento l'aspettativa di vita in Italia era intorno ai 46 anni e quindi abbiamo assistito quasi ad un raddoppio. Ma se guardiamo alla buona salute, il dato si modifica: per gli uomini il dato relativo all'attesa di vita alla nascita associata a buona salute è pari a 68 anni e per le donne si passa da 84 a 71, a significare che, per un consistente numero di anni, alla presenza di vita non si accompagna una buona qualità di vita. È chiaro che, aumentando l'età anagrafica, cresce la probabilità di una attesa di vita non in buona salute.

Tra i fattori che concorrono all'alterazione dello stato di salute, troviamo senz'altro quello legato agli stili di vita: la differenza tra questi dati - attesa di vita e attesa di vita in buona salute - è dovuta, in larga parte, alla non osservanza di buoni stili di vita.

Un recente studio ha inteso dare conto e rappresentare alcuni significativi dati in ordine al rapporto tra stili di vita e cause di mortalità in soggetti dall'età adulta alla vecchiaia¹. Nell'ambito di questa ricerca viene stabilita una sorta di classifica del rischio arrivando a catalogare quali sono i fattori di rischio maggiori (fumo, alcool, dieta scorretta, sovrappeso, sedentarietà, scarsa durata del sonno) per la popolazione e attribuendo ad essi un livello numerico da 0 a 6. In sintesi, si evidenzia come la mortalità cresce in modo progressivo in rapporto ai fattori di rischio. Questo vale per tutta la popolazione osservata indipendentemente

¹ Il riferimento è a D. DING - K. ROGERS - H. VAN DER PLOEG - E. STAMATAKIS - A.E. BAUMAN, *Additional and Emerging Lifestyle Risk Behaviours and All-Cause Mortality in Middle-aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort*, PLOS Medicine, 2015.

dall'essere maschi o femmine.

È, quindi, un dato inconfutabile: osservare stili di vita individuati dalle conoscenze scientifiche contribuisce ad una maggiore aspettativa di vita; osservare corretti stili di vita fa bene e favorisce la sopravvivenza. Ma come mai, se questo dato è così importante, di fatto non osserviamo questi stili di vita? Si pensi soltanto al fatto che in Italia abbiamo il 25% dei fumatori tra gli adulti, che le donne fumano ormai quanto gli uomini, che l'attività fisica non viene praticata come attività quotidiana, ecc.

Le ragioni sono molteplici e, tra queste, ne individuiamo alcune. La prima è relativa al ruolo dei medici negli interventi di prevenzione. Per fare un esempio, si pensi quanti sono i medici che di fronte ad un fumatore invitano quest'ultimo a non fumare: si tratta solo del 25%, forse perché sono essi stessi fumatori. È difficile fare cultura della prevenzione.

In seconda battuta, va sottolineata l'importanza del coinvolgimento della società civile. La prevenzione non dovrebbe essere una problematica solo dei medici, ma in primo luogo della società: è importante una partecipazione sociale nella identificazione delle priorità, degli obiettivi e nella stesura e realizzazione dei progetti e dei protocolli. E i giovani devono rappresentare, da questo punto di vista, una priorità. Su questi temi, un ruolo maggiore dovrebbe assumerlo anche la scuola, luogo di vita prioritario per la popolazione giovanile e per i futuri cittadini.

Pensiamo poi al ruolo negativo della pubblicità e della sua influenza sulle scelte alimentari della popolazione: vengono purtroppo stimolati comportamenti pericolosi, a cominciare dal promuovere prodotti ad alto contenuto di zuccheri e sale. E poi c'è l'ambiguità dello Stato, che specula sui cattivi stili di vita. Solo per quanto riguarda il fumo, nel 2014 sono state vendute in Italia 74,4 mila tonnellate di sigarette, oltre a 4,2 mila tonnellate di tabacchi trinciati e 1,7 mila tonnellate di sigari. Con queste vendite il Governo ha introitato 13 miliardi di euro, un chiaro conflitto di interessi che evidentemente non rende credibile un impegno per una campagna anti-fumo.

A margine di queste brevi riflessioni, è importante sottolineare come la prevenzione sia fondamentale per la salute e quindi per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, bene straordinario per il nostro Paese. Oggi la prevenzione è considerata la "Cenerentola" del SSN, con l'impiego dello 0,2% dei 113 miliardi che spendiamo ogni anno per la salute: le risorse attualmente disponibili sono inadeguate; i programmi regionali non sono coordinati e la gran parte del lavoro in questo ambito è lasciata alla generosità del volontariato. Prevenzione ed evidenza scientifica sono gli elementi imprescindibili per il presente e il futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO, PROBLEMATICHE E COMPARAZIONI

Alessandro Petretto

SOMMARIO: 1. Introduzione. - 2. Fornitura pubblica e produzione pubblica di prestazioni sanitarie. - 2.1. Prestazioni sanitarie e *well-being* individuale. - 2.2. Dalle ragioni dell'intervento pubblico in sanità ai sistemi sanitari - 2.3. Equità nella salute: nozione generale e obiettivi intermedi - 3. Assicurazioni sanitarie e sistemi di finanziamento. - 4. La struttura del finanziamento della sanità in Italia. - 4.1. Finanziamento pubblico e privato. - 4.2. Finanziamento in base ai fabbisogni *standard* e incentivi. - 4.3. La procedura per la distribuzione del Fondo sanitario nazionale in base ai fabbisogni *standard*. - 5. Sintesi e considerazioni conclusive.

1. Introduzione

Il presente lavoro propone un'analisi dei modelli di finanziamento dei sistemi sanitari, sulla base delle categorie concettuali della moderna economia pubblica¹. La sanità e la cura della salute forniscono un "caso" di studio illuminante per esaminare l'articolazione dell'intervento pubblico secondo le varie tipologie. Nel mondo industrializzato l'intervento pubblico in sanità può esprimersi in numerosissime rappresentazioni e i risultati in termini di *Health care*, equità dell'accesso e soddisfacimento del diritto alla salute, possono essere conseguiti con diverse tipologie, nessuna delle quali ha dunque un primato assoluto. Ciò fa della struttura dei sistemi sanitari un tema molto delicato e scientificamente stimolante per gli economisti pubblici.

Nel momento in cui si analizzano e si valutano i diversi sistemi non si può prescindere da alcune considerazioni preliminari che investono la cura della salute nei principali Paesi industrializzati, governati con sistemi democratici. Innanzi tutto, si tratta di un settore in cui una pressione crescente si esercita sulla spesa, sia pubblica che privata, per effetto di un processo inflativo dal lato dei costi, dovuto allo sviluppo della frontiera della tecnologia medica e alla conseguente dinamica della qualità delle prestazioni, e, dal lato della domanda, per motivi demografici. In secondo luogo, si tratta di un sistema in cui operano una moltitudine di agenti economici, con preferenze, funzioni obiettivo e interessi specifici confliggenti,

¹ Per una recente analisi teorica dei sistemi sanitari ci permettiamo di rinviare a A. PETRETTO, *On the fuzzy boundaries between Public and Private in Health-Care Organization and Funding systems*, in *Rivista di Politica Economica*, gennaio/marzo, 2013, 326-369 e A. PETRETTO, *Economics of Institutions and Law*, cap. 5, DISEI, Università degli Studi di Firenze, 2017.

per cui è illusorio cercare di ricondurre il tutto ad un *decision-making* unitario e aggregato. In terzo luogo, qualunque sia il sistema prescelto, il suo *outcome* è direttamente dipendente dal flusso di incentivi che si distribuiscono tra gli agenti coinvolti. Secondo la moderna teoria economica, i sistemi sanitari sono, in effetti, tanto più efficienti quanto più riescono a riallineare in via ottimale gli incentivi di medici, pazienti, erogatori di servizi e ente pagante in modo tale da ricondurre le prestazioni al livello di effettivo bisogno, in condizioni di costi delle prestazioni contenuti e di allocazione efficiente delle risorse tra gli agenti stessi. All'interno delle organizzazioni sanitarie sussistono condizioni di asimmetria informativa nei rapporti di agenzia che si instaurano tra superiore e subordinato che influenzano il processo decisionale. Di conseguenza, cruciale risulta l'esistenza di un efficace sistema di incentivi e di delega decisionale tali da stimolare il subordinato, dotato di una maggior spettro di informazioni, ad agire e scegliere in modo conforme agli obiettivi del sistema sanitario².

La distribuzione di incentivi tra agenti economici con *pay-off* indipendenti chiama in causa i flussi di finanziamento che dai contribuenti-utenti arrivano allo Stato, agli enti decentrati, fino ai providers delle prestazione sanitarie. Alle diverse tipologie di questi meccanismi è dedicata questa relazione.

Il lavoro è così organizzato. Nel paragrafo 2 viene esaminata la distinzione tra fornitura pubblica e produzione pubblica di servizi sanitari per la cura della salute. Dalla separazione di questi due concetti deriva infatti la specificazione dei vari modelli sanitari. Nel paragrafo 3 esamineremo il problema del finanziamento dei vari modelli organizzativi e dei vari sistemi di assicurazione sociale. Ci concentreremo quindi, nel paragrafo 4, sulla struttura di finanziamento del Sistema sanitario italiano, che prefigura, possiamo dire, l'applicazione di un apparente federalismo fiscale. Il paragrafo 5 concluderà la relazione, con alcuni commenti riassuntivi.

2. Fornitura pubblica e produzione pubblica di prestazione sanitarie

2.1. Prestazioni sanitarie e *well-being* individuale

Le Prestazioni sanitarie, come le cure mediche di base, i servizi diagnostici, le visite specialistiche, i ricoveri ospedalieri e i farmaci, sono rivolte a curare uno stato di malattia con l'intento di pervenire ad un certo livello di salute individuale. Quest'ultimo, nella classica accezione coniata da Amartya Sen, rappresenta un "funzionamento" (*functioning*) in grado di influenzare, al pari, o forse anche di più, di altri come la nutrizione, l'istruzione di base, il livello individuale di *well-being*.

² Su questi aspetti vedi P. ZWEIFEL - F. BREYER - M. KIFMANN, *Health Economics*, cap. 9, Heidelberg, Springer, 2009.

Il livello di salute non dipende tuttavia direttamente ed esclusivamente dalle prestazioni sanitarie, quanto da un processo produttivo che avviene all'interno del nucleo familiare, a sua volta inserito in un contesto sociale, che dipende, in modo rilevante, dalle condizioni ambientali, dal livello delle conoscenze, dallo stile di vita, dalla cultura ecc.

Dal punto di vista dell'analisi microeconomica del consumo, le prestazioni sanitarie sono beni di natura privata, in quanto rivali e escludibili, ma non sono beni di consumo diretto, come il pane e il vino, essendo piuttosto input intermedi del processo produttivo che determina il livello del funzionamento "salute"³. Nondimeno il consumatore-utente formula, perlopiù tramite il medico di base, una domanda individuale di prestazioni. In particolare, la quantità desiderata di una prestazione si ottiene uguagliando il *beneficio marginale* della cura che si persegue con questa prestazione al *costo di opportunità* della stessa. Il beneficio marginale è una misura della disponibilità a pagare per una prestazione, ed è data dall'utilità marginale della salute veicolata sul valore della prestazione tramite con un indicatore di "appropriatezza". Questa riflette la produttività delle cure, così come è specificata *ex-ante* dal medico. Il costo di opportunità è pari alla quota del "prezzo" alla produzione (costo marginale) sopportata dal consumatore, che riflette in modo specifico la forme di finanziamento della sanità. In generale questa quota è inferiore ad uno, dato che alla prestazione non corrisponde un prezzo "pieno"; il finanziamento proviene, come vedremo, dai premi assicurativi, dai contributi sanitari o dalla fiscalità generale e tutto al più può contemplare un moderato *co-payment* (ticket). E' chiaro che quanto più si riduce questa quota tanto meno opera il segnale di scarsità in teoria inviato all'agente economico dal costo di opportunità.

2.2. Dalle ragioni dell'intervento pubblico in sanità ai sistemi sanitari

La moderna teoria della *Public Economics* individua una serie di motivazioni che inducono ad una presenza non marginale del settore pubblico nell'organizzazione e prestazione di servizi sanitari⁴.

Innanzitutto, per quanto le prestazioni siano, come detto, beni privati, ciò non di meno spesso generano *effetti esterni positivi*, nel senso che i benefici dei servizi si estendono anche a chi non li consuma direttamente. Le vaccinazioni e la gran

³ Vedi R. ANDERSON - M. GROSSMAN, *Health and the household*, in *Review of Economics of the Household*, vol. 7, 219-226, 2009; P. ZWEIFEL - F. BREYER - M. KIFMANN, *Health Economics*, op. cit., cap. 3; J. HURLEY, *An Overview of the Normative Economics of the Health Sector*, in A.J. CULYER - J.P. NEWHOUSE (a cura di), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 2000.

⁴ Vedi P. ZWEIFEL - F. BREYER - M. KIFMANN, *Health Economics*, op. cit., cap. 5; J. HURLEY, *An Overview of the Normative Economics of the Health Sector*, op. cit.

parte degli interventi di medicina preventiva forniscono i casi più emblematici. Una fornitura esclusivamente fondata sul calcolo "privato" di convenienza economica produrrebbe una sotto-fornitura, dal punto di vista del benessere sociale, delle prestazioni sanitarie corrispondenti.

Le prestazioni sanitarie poi sono spesso *beni meritori*, per i quali è immaginabile che una valutazione sociale si aggiunga e integri quella esclusivamente privata. Si tratta di una di quelle circostanze in cui elementi paternalistici si inseriscono nel calcolo economico. I motivi di fondo, possono essere, come vedremo, legati a fenomeni di imperfetta (miope) informazione individuale e di ordine equitativo. Quando le prestazioni assumono questa caratteristica il loro prezzo al consumo risulta sussidiato, fino, se del caso, all'esenzione.

Nel curare la propria salute gli individui non hanno un'informazione perfetta sulla natura dei prodotti che intendono acquisire. Le prestazioni sanitarie sono in generale *experience goods*: una particolare categoria di beni dei quali i consumatori non conoscono *ex-ante* la qualità, in questo caso la produttività delle cure, ma solo *ex-post* sono in grado di accertarne i benefici. Talvolta tendono addirittura ad assumere anche la forma di *credence goods*, quando la qualità delle prestazioni non viene mai accertata. Sotto questo profilo cruciale è la relazione Medico (l'agente, più informato) – Paziente (il principale, disinformato), che non può essere lasciata ad una regolazione contrattualistica prettamente privata. Alla base di questa relazione ci sono, in particolare, i rapporti di convenzione tra Stato e medici di base.

Per il sostenimento delle spese per le cure mediche, data l'incertezza connessa al rischio malattia e l'avversione nei confronti di questo, emergono condizioni per sviluppare forme assicurative. Tuttavia, in questo contesto, si realizzano conclamati casi di *fallimento dei mercati assicurativi*, in presenza di asimmetria informativa assicuratore-assicurato. I classici casi di *Moral Hazard ex-post* ("terzo pagante") e di *Adverse selection* inducono ad equilibri nei mercati assicurativi privati inefficienti. In queste circostanze, pur mantenendo la logica assicurativa, un meccanismo di *social insurance* può garantire, a determinate condizioni, equilibri *Pareto-improving*⁵ rispetto a quelli efficienti-vincolati⁶. Ma la carenza dei mercati

⁵ Vedi P. ZWEIFEL - F. BREYER - M. KIFMANN, *Health Economics*, op. cit., cap. 5; D.M. CUTLER - R.J. ZECKAUSER, "The anatomy of Health insurance", in A.J. CULYER - J. P. NEWHOUSE (a cura di), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 2000.

⁶ Nel primo caso, si può dimostrare che un equilibrio, con copertura parziale, può essere migliorato (pur mantenendo forme di *risk sharing*) da un sistema di controlli che possono operare solo all'interno di un'organizzazione pubblica se soggetta ad un vincolo di bilancio "non-soffice". Nel secondo caso, si può dimostrare che un equilibrio *separating* alla *Rothchild-Stiglitz* dove solo gli alti rischi sono totalmente coperti, può essere migliorato in termini paretiani, o dalla fornitura di un pacchetto base uguale per tutti e successiva assicurazione supplementare cui ricorreranno gli alti rischi, o dall'applicazione di un premio medio per tutti

assicurativi si manifesta anche per le situazioni individuali in cui la probabilità dell'evento malattia è prossima all'unità (anziani, portatori di handicap, poveri socialmente esclusi, ecc.). La copertura di questi alti rischi può essere solo assicurata da un sistema tipo *social insurance*.

Infine, in *health care* si possono determinare situazioni di *insufficienza di offerta* per il prevalere di *condizioni monopolistiche*, quando l'organizzazione per la fornitura di servizi sanitari si concentra territorialmente laddove maggiori sono i rendimenti privati degli investimenti, per cui si possono generare monopoli locali che sfruttano la posizione di rendita spaziale. In altri territori, dove i rendimenti sono più bassi date le aspettative di domanda, invece, si avrebbe una carenza di presidi e quindi un'offerta di prestazioni carente.

Si noti, come tutte le spiegazioni addotte, tranne l'ultima, forniscono la razionalità dell'intervento pubblico sotto forma di *public provision* di cure sanitarie, secondo cui il settore pubblico è chiamato a finanziare, con la fiscalità, la prestazione di cure, indipendentemente dall'erogatore. L'ultima spiegazione fornisce la razionalità di unire alla *public provision* anche la *public production* di prestazioni, secondo cui il settore pubblico non solo finanzia con la fiscalità la prestazione di cure, ma anche è chiamato a effettuarne direttamente l'erogazione. Questa distinzione è cruciale per analizzare i diversi modelli di organizzazione sanitaria. Al momento ci limitiamo a indicare come un sistema sanitario possa - attraverso l'intervento pubblico ma che contempla erogatori non pubblici, e in ogni caso separati dal finanziatore pubblico - perfettamente internalizzare gli effetti esterni, conseguire finalità equitative, provvedere all'assicurazione nei confronti del rischio di malattia e alla fornitura di prestazioni in condizioni di appropriatezza.

2.3. Equità nella salute: nozione generale e obiettivi intermedi

Equità nella salute significa garantire a tutti l'opportunità di raggiungere un buon stato di salute indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e territoriali. L'obiettivo è consentire il recupero della funzionalità fisica, l'assenza di complicanze e garantire adeguate attese di vita. Il concetto è quindi relativo ad una nozione generale di *uguaglianza dei risultati*⁷, poiché, sviluppando le precedenti *human capabilities*, si consente a tutti di raggiungere un livello adeguato del "funzionamento salute".

Le vie concretamente percorribili per raggiungere questo risultato sono però relative ad alcuni obiettivi più immediati e quindi di natura intermedia. Si

(*Community rating*); quest'ultimo può essere, infine, approssimato da un sistema di contributi sanitari commisurati al reddito da lavoro o da imposte generali dedicate (vedi *infra*).

⁷ Vedi A. WILLIAMS - R. COOKSOON, *Equity in Health*, in A.J. CULYER - J. P. NEWHOUSE (a cura di), *Handbook of Health Economics*, North Holland, Amsterdam, 2000.

tratta di perseguire, a seconda dei casi e degli strumenti utilizzabili, le seguenti nozioni di uguaglianza. La prima e più immediata concerne l'*uguaglianza della spesa pro-capite*; quando viene contemplata una quota-capitaria "secca" per il finanziamento delle agenzie periferiche (regioni e aziende sanitarie). Mentre con l'*uguaglianza delle prestazioni in relazione al bisogno* (fabbisogno standard), si fa riferimento alla prestazione di livelli essenziali di assistenza (vedi infra) e al relativo finanziamento tramite una quota-capitaria "ponderata", cioè corretta da variabili socio-demografiche di contesto. Con l'*uguaglianza dell'accesso alle prestazioni*, si mira a garantire dagli erogatori accreditati uguali trattamenti *ex-ante* ai pazienti, indipendentemente dal rischio individuale (*no cream-skimming*, vedi infra) e dal reddito. Con l'*uguaglianza dei pagamenti individuali* si richiede un costo uniforme per ricevere le cure mediche e i trattamenti e con l'*uguaglianza del consumo* si richiede, per alcune prestazioni uno stesso livello di utilizzazione *ex-post*, date le preferenze, il reddito individuale e le patologie di riferimento.

Alcuni di questi obiettivi intermedi sono più facilmente ottenibili di altri, ma spesso sono tra loro contrastanti, e, in ogni caso, raggiungono condizioni di *equità vincolata*, diciamo di *second best*, rispetto a quella di *first best*, connessa al raggiungimento di un dato livello del funzionamento salute.

3. Assicurazione sanitaria e sistemi di finanziamento

La logica assicurativa pervade tutti i sistemi di finanziamento della sanità, anche quelli esclusivamente pubblici. La spesa sanitaria va infatti a finanziare un'attività di copertura di un rischio, quello della malattia, copertura che deve essere per lo più garantita a tutti gli individui, data l'avversione nei confronti dello stesso.

Secondo questa ottica, i sistemi di finanziamento sanitario si distinguono a seconda di come si realizza la così detta *Medical care triad* che coinvolge (a) gli enti finanziatori, e indirettamente i contribuenti (o assicurati), (b) i *providers* e (c) gli utenti⁸.

In particolare si distinguono le seguenti forme di finanziamento:

- premi assicurativi in caso di assicurazione privata facoltativa
- *Community rating insurance* (obbligatoria) (CRI), cioè premi assicurativi basati sul rischio medio
- *payroll taxation* (con quote a carico dei datori di lavoro), in caso di assicurazione obbligatoria pubblica nei modelli così detti à la Bismark, tipici dei sistemi europei continentali
- la fiscalità generale, utilizzando imposte erariali specificamente destinate, nei modelli così detti à la Beveridge.

⁸ D.M. CUTLER - R.J. ZECKAUSER, *The anatomy of Health insurance*, op. cit.

È chiaro che il meccanismo assicurativo in senso stretto opera solo nel caso di assicurazione privata, nel quale il premio è direttamente e esclusivamente collegato al rischio individuale; nel secondo, il premio prevede un'esplicita sussidiazione degli alti rischi da parte dei bassi rischi. Nel caso successivo, la sussidiazione incrociata è presente ma non traspare in modo evidente. Nel terzo, infatti, il premio è costruito sotto forma di una quota proporzionale del reddito prodotto dal lavoro, anche con eventuali *upper limits* di pagamento. Così, poiché il rischio di malattia è in generale inversamente correlato alla produttività del lavoro e quindi al reddito, anche in questo caso, i bassi rischi finiscono per sussidiare mediamente gli alti rischi. Nell'ultimo caso, il meccanismo assicurativo è certamente molto mitigato ma di fatto permane in aggregato. L'ammontare delle risorse provenienti dalle imposte destinate al finanziamento della sanità deve coprire *ex-ante* il valore complessivo dei rischi assicurati, commisurati, come vedremo, dai livelli essenziali di assistenza. Tuttavia, la logica assicurativa, in questo caso, viene irrimediabilmente violata se, svincolandosi da tali livelli, si procede alla disinvoltata pratica del ripiano *ex-post* dei deficit sanitari.

La successiva Tabella 1 riassume le forme di finanziamento dei sistemi sanitari pubblici.

Tabella 1. *Sistemi sanitari pubblici e finanziamento*

SISTEMI SANITARI PUBBLICI	PRELIEVO TRIBUTARIO OBBLIGATORIO	GETTITO diretto a
à la Beveridge	Imposte generali	Fisco
à la Bismark	Contributi sanitari	Enti gestori (mutue)

Nel caso del finanziamento della copertura assicurativa tramite il prelievo tributario obbligatorio emergono interrelazioni e *trade-off* tra obiettivi redistributivi, perseguibili con la progressività del sistema tributario, e obiettivi di *social insurance*. In particolare, essendo, come detto, i rischi inversamente correlati al reddito, la copertura assicurativa realizza obiettivi di redistribuzione verticale, affiancando l'analogo ruolo svolto dall'imposizione progressiva, anzi riducendone le distorsioni. Tuttavia, in presenza di fenomeni di asimmetria informativa, tipo azzardo morale *ex-post* e selezione avversa, si manifestano dei *trade-off* a causa dei quali la piena copertura assicurativa pubblica non è necessariamente socialmente desiderabile, mentre lo diventa il ruolo dell'assicurazione privata supplementare⁹.

⁹ Vedi A. PETRETTO, *Optimal Social Health Insurance with Supplementary Private Insurance*, *Journal of Health Economics*, 18, 727-745, 1999; R. BOADWAY - M. LEITE MONTEIRO - M.G. MARCHAND - P. PESTIEAU, *Social Insurance and Redistribution with Moral Hazard and Adverse Selection*, in *Scandinavian Journal of Economics*, 108 (2), 279-298, 2006. Questi contributi

Nei Paesi dell'OCSE si presenta una casistica molto articolata di queste forme di finanziamento. La successiva Tabella 2 sintetizza la complessa casistica¹⁰.

Tabella 2. Sistemi di finanziamento della sanità nei Paesi OCSE

Servizi Sanitari nazionali sostenuti da fiscalità generale (modelli à la Beveridge)	Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito
Sistemi di assicurazione sociale finanziati da contributi obbligatori a fondi assicurativi (modelli à la Bismark)	Austria, Belgio, Francia, Germania, Ungheria, Giappone, Lussemburgo, Olanda (prima della riforma del 2006), Polonia
Sistemi basati sull'assicurazione privata obbligatoria, finanziati da CRI	Svizzera, Olanda (dopo la riforma del 2006)
Sistemi sociali misti che combinano i tre casi precedenti	Corea del Sud, Grecia, Turchia, Slovacchia, Repubblica Ceca
Sistemi di prevalente assicurazione volontaria finanziati da premi assicurativi basati sul rischio individuale, salvo <i>Medicaid</i> e <i>Medicare</i>	U.S.A.
Sistemi privati misti finanziati da pagamenti diretti dei pazienti	Messico

Nei primi quattro gruppi, quelli più legati alla tradizione di *welfare* europeo, nessun paese confida solo su un metodo di finanziamento. Nei SSN del primo gruppo, accanto alla tassazione generale sono presenti anche contributi sociali, o imposte di scopo gravanti sui salari. Ciò avviene nel Regno Unito, ma anche, se pur in termini sfumati, in Italia, dove il finanziamento proviene dall'IRPEF e dall'IRAP. Mentre i sistemi del secondo gruppo e terzo gruppo, dei fondi di assicurazione sociali e private obbligatorie, sono spesso integrati da risorse derivanti dal sistema tributario. Il sistema U.S.A. è come noto un sistema in trasformazione, dopo la riforma Obama, non ancora del tutto a regime. Il Messico rappresenta un *outlier*.

originali sono riassunti in A. PETRETTO, *On the Fuzzy Boundaries Between Public and Private in Health-Care Organization and Funding systems*, op. cit.

¹⁰ Vedi G. MURARO - V. REBBA, *Il finanziamento della sanità nei Paesi dell'OCSE: struttura e dinamica*, in *Politiche sanitarie*, 9 (3), 121-132, 2008.

4. La struttura del finanziamento della sanità in Italia

4.1. Finanziamento pubblico e privato

Il finanziamento del sistema sanitario in Italia è disciplinato da una serie di norme che si sono succedute nel corso degli anni '90, in particolare dalla delega contenuta nell'art. 10, 1° comma, della legge n. 133 del 1999. La nuova formulazione del Titolo V all'art. 119 di cui alla legge costituzionale n. 3 del 2001 e la conseguente legge delega sul federalismo fiscale, legge n. 42 del 2009, non innovano in modo particolare per quanto riguarda la sanità. Piuttosto uniformano ad altri settori del *welfare state*, come l'assistenza e l'istruzione, il meccanismo invalso in sanità.

Il Titolo V della Costituzione prevede, infatti, all'art. 117, che, per le funzioni destinate al soddisfacimento di diritti sociali (lettera *m*) del 2° comma), sia lo Stato centrale a determinare i *Livelli essenziali delle prestazioni* (LEA), come vincolo di responsabilità politica dello stesso nei confronti dei cittadini, utenti e contribuenti. In tal senso si adegua la legge delega stabilendo un meccanismo di perequazione basato sul fabbisogno *standard* commisurato ai livelli essenziali, da coprire al netto delle entrate *standard* destinate a queste funzioni.

Ad ogni modo, il meccanismo per la sanità configura un sistema decentrato a due stadi Stato-Regioni-ASL, secondo cui lo Stato centrale finanzia le Regioni, alimentando il Fondo sanitario nazionale con tributi specificamente assegnati, pur senza vincolo di destinazione. Questo finanziamento è destinato a coprire i *Livelli essenziali di assistenza*, che definiscono formalmente l'area di responsabilità pubblica nei confronti del diritto alla salute. Le Regioni, sulla base di questo finanziamento erariale, finanziano a loro volta le ASL.

È questo il primo "pilastro" di *spesa inframarginale*, a cui si aggiunge un secondo "pilastro" di *spesa marginale*, in quanto rivolto a coprire le prestazioni extra-Lea, finanziabili con imposte regionali al di sopra del livello *standard* nazionale e i *ticket* sanitari. Questa componente potrebbe essere, come in molti Paesi europei, finanziata dalle assicurazione integrative, regionali e obbligatorie. Un terzo "pilastro" riguarda la spesa privata, eventualmente sostenuta da assicurazioni private, a copertura delle spese *out-of-pocket*.

In quasi tutti i Paesi europei vale, grosso modo, un sistema a tre pilastri; la differenza sta nelle dimensioni relative dei tre pilastri stessi. In Italia, l'ampiezza del primo pilastro, dovuto al carattere di onnicomprensività assunto nel tempo dai LEA, ha in un certo senso limitato lo sviluppo del secondo, impedendo, di fatto, l'affermazione dei fondi sanitari pubblici e aziendali (i c.d. "Fondi doc")¹¹, previsti

¹¹ La copertura con assicurazione integrativa del secondo pilastro non raggiunge l'1% della spesa sanitaria complessiva in Italia, mentre, ad esempio, rappresenta il 12,8% in Francia, il

fin dalle riforme dei primi anni Novanta, senza però limitare il terzo pilastro, che, anzi, è venuto, nel tempo, crescendo in aggregato. L'Italia è infatti uno dei Paesi UE in cui la spesa privata (principalmente *out-of-pocket* e meno in assicurazioni private) è cresciuta più della spesa pubblica, soprattutto a causa del fenomeno del razionamento, sotto forma delle liste di attesa presso le strutture pubbliche, che spinge, in molte Regioni, numerosi utenti fuori dal SSN, per un'ampia gamma di prestazioni. Ciò produce il paradosso secondo cui il SSN italiano, dichiaratamente pubblico e con sostanziale integrazione delle strutture, in realtà ha una spesa sanitaria pubblica che non arriva all'80% della spesa sanitaria complessiva, mentre è circa l'87% nel Regno Unito, il cui SSN è basato su uno schema che enfatizza la concorrenza amministrata.

L'ampia estensione della gamma delle prestazioni rientranti nelle configurazioni dei LEA e del relativo finanziamento pubblico tramite la fiscalità generale, se pur condivisibile sotto il profilo degli obiettivi equitativi, può alla lunga risultare non sostenibile dal punto di vista della tenuta finanziaria e/o della conseguente crescita della pressione fiscale. Un ampliamento del secondo pilastro, affiancato allo sviluppo di un sistema articolato e progressivo di *co-payment* assicurabile, potrebbe limitare questi problemi di insostenibilità nel lungo periodo, pur mantenendo intatto il carattere di universalità del servizio e elevato il grado di copertura pubblica della prestazioni sanitarie.

4.2. Finanziamento in base ai fabbisogni *standard* e incentivi

Il meccanismo di finanziamento del fabbisogno commisurato ai LEA ha ovviamente finalità equitative, ma è rilevante anche in termini di incentivi all'efficienza, dal momento che il riferimento a valori standardizzati esalta il significato di trasferimento *fixed-price*, stabilito *ex-ante* indipendentemente dalla spesa e dai costi effettivamente sostenuti, come invece fa un trasferimento *cost-plus* basato sulla spesa storica. Sia la spesa sanitaria effettiva, storica, che la funzione del fabbisogno dipendono dal livello dei costi unitari e dal livello qualitativo dei servizi sanitari: all'aumentare del livello di assistenza aumenta l'uso dei fattori produttivi, siano impiegati efficientemente o inefficientemente, e così la spesa sanitaria pubblica. La spesa *standard* esprime il fabbisogno in funzione dei prezzi dei fattori, della qualità e della quantità, nonché di un insieme di variabili di contesto che influenzano i costi unitari: teoricamente è il prodotto di un costo unitario efficiente ed un livello di produzione definito dai LEA.

Si tratta di una grandezza quindi indipendente dai comportamenti degli operatori che generano i costi di produzione, per cui tendenzialmente un finanziamento su

10% in Germania e l'8,4% in Irlanda. Il fenomeno delle assicurazioni sanitarie è comunque in crescita e sta generando un mercato importante.

questa base spinge al contenimento dei costi.

Tuttavia, il sistema di finanziamento può anche inviare disincentivi agli agenti, come indicato nella successiva Tabella 3.

Tabella 3. *Incentivi del sistema basato sui fabbisogni standard*

<i>Incentivi corretti</i>	<i>Incentivi distorti</i>
Regione che, se pur efficiente dal punto di vista tecnico ed economico, produce un livello inferiore ai LEA, ricevendo il trasferimento perequativo commisurato al fabbisogno, ottiene un finanziamento superiore alla spesa effettiva; è quindi potenzialmente incentivata ad adeguare l' <i>output</i> effettivo al LEA (<i>output requirement</i>).	Regione, ancora inefficiente, che produce un livello di <i>output</i> notevolmente inferiore ai LEA, può sostenere una spesa effettiva addirittura inferiore a quella <i>standard</i> . Il finanziamento sulla base del fabbisogno <i>standard</i> potrebbe, in questo caso, premiare l'inefficienza della Regione, per cui occorre imporre alla Regione di adeguare sia i livelli di prestazione che i costi effettivi.
Regione che, ancora efficiente quanto a costi unitari, produce un livello superiore ai LEA, è vincolata a finanziare questo eccesso di spesa sanitaria effettiva, rispetto al trasferimento perequativo commisurato al fabbisogno, solo ricorrendo all'autonomia tributaria (<i>fiscal accountability</i>).	
Regione, inefficiente ma che produce un livello di <i>output</i> pari a quello stabilito dai LEA, e che quindi sostiene una spesa effettiva superiore a quella <i>standard</i> , è incentivata a contenere i costi unitari per rientrare nel finanziamento (<i>cost-containment</i>).	

In merito alla misurazione del fabbisogno *standard* di spesa sanitaria per le Regioni, è però del tutto illusoria l'idea che, per ogni singola prestazione del SSN si possa calcolare il costo specifico della Regione per poi risalire, per semplice sommatoria dei costi delle prestazioni comprese nei LEA, alla determinazione del fabbisogno complessivo e così per tutte le Regioni. Carenza di dati, assenza di una specifica contabilità industriale analitica dei costi e l'ampissima gamma di prestazione inserite nei singoli LEA rendono inapplicabile questa procedura

bottom-up, che risulterebbe peraltro rigidamente pianificatoria.

Una via alternativa, è quella che segue la procedura *top-down*, prevista in Italia con il d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68, in applicazione della legge delega n. 42 del 2009. Consiste nel fissare un livello di spesa aggregata ammissibile, cioè un fabbisogno finanziabile, e ripartirla tra le Regioni sulla base degli elementi di costo più emblematici, legati alle fasce per età dei consumi sanitari e ai costi unitari di Regioni *benchmark*.

4.3. La procedura per la distribuzione del Fondo sanitario nazionale in base ai fabbisogni *standard*

Il punto di partenza della procedura è costituito dal "...valore delle risorse destinabile al finanziamento del SSN che il Paese è nella condizione di assicurare per l'erogazione in condizioni di efficienza e appropriatezza dei LEA...determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza...".

Quindi, il finanziamento complessivo destinato al SSN è fatto pari ad un livello definito nel d.lgs. n. 68 del 2011 come il *fabbisogno sanitario standard nazionale*, nell'ambito del quale sono fissati i *fabbisogni standard regionali*. Per le Regioni, la determinazione dei fabbisogni *standard* opera quindi attraverso un vincolo macroeconomico, in virtù del quale vengono ripartite le destinazioni regionali di un *Fondo sanitario nazionale*, FSN.

È pertanto opportuno analizzare due accezioni di fabbisogno (spesa) *standard*.

La prima si riferisce al fabbisogno (spesa) *standard ex-ante*, ottenuto come applicazione dei costi *standard* e livelli *standard* di servizio.

A livello regionale è G_i^S , $i=1,..n$ che aggregando diviene a livello nazionale $\sum_i G_i^S = G^S$.

La seconda accezione si riferisce al fabbisogno (spesa) *standard "finanziabile"*, G_i , $i = 1,..n$; $\sum_i G_i = G = FSN$, connesso al totale di finanziamento

del SSN – cioè il Fondo sanitario nazionale – compatibile con gli equilibri macro-finanziari e la relativa ripartizione per Regioni.

A livello regionale i due concetti di fabbisogno possono divergere in tutte le direzioni, a seconda dei criteri con cui si è definito il fabbisogno regionale "ideale" (costi *standard* e LEA a livello regionale) e dello schema di riparto adottato, $G_i^S \geq (<)G_i$, $i = 1,..n$, mentre è plausibile sia $G^S \geq G$, oppure $G = \alpha G^S$, $\alpha \leq 1$. Il coefficiente α è una sorta di "indice di sacrificio", dato che rappresenta di quanto la costruzione della spesa *standard* finanziabile, sulla base del vincolo

macroeconomico, differisce in proporzione dal fabbisogno effettivo, dovuto a costi e livelli di servizio efficienti.

La spesa *standard* finanziabile della Regione i , è destinata alle tre funzioni di identificazione dei LEA (i macro-livelli): a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, pari al 5% del totale; b) assistenza distrettuale pari al 51%; e c) assistenza ospedaliera pari al 44%.

Per cui dato $k=1,2,3$, G_{ik} è la spesa *standard* nella Regione i per il macro-livello k e naturalmente la spesa sanitaria, fabbisogno *standard*, complessiva è data da

$$G_i = \sum_k G_{ik}, i = 1, \dots, n.$$

L'ammontare totale, per macro-livello e per il complesso della spesa, per tutte le Regioni, è dato da $G_k = \sum_i G_{ik}$; $G = \sum_k G_k = \sum_i G_i$.

Il meccanismo in applicazione del d.lgs. n. 68 del 2011 consiste nell'individuare, per ciascuna Regione, e per ciascun macro-settore, un coefficiente di riparto, in funzione di un appropriato costo *standard*, desunto con riferimento alla performance media di una serie di Regioni *benchmark*, da applicare al fabbisogno nazionale.

A tal fine, nel d.lgs. si individuano le Regioni *benchmark* come "...le tre Regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia, sentito il Ministero per i rapporti con le Regioni, in quanto migliori cinque Regioni", sulla base di criteri di qualità, appropriatezza, ed efficienza definiti in sede di concertazione Conferenza Stato-Regioni. "...A tale scopo si considerano in equilibrio economico le Regioni che garantiscono l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e di appropriatezza, con le risorse *ordinarie* stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale (cioè previste in sede di riparto del FSN senza considerare le maggiori entrate derivanti dall'attivazione della leva fiscale), ivi comprese le entrate proprie regionali *effettive*". Nell'individuare le Regioni *benchmark* si dovrà tener conto dell'esigenza di garantire una "rappresentatività in termini di appartenenza geografica al Nord, al Centro e al Sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica".

Secondo il d.lgs. n. 68 del 2011, il *costo standard unitario per macrolivello k* , c_k^S , è dato dalla "...media pro-capite pesata del costo registrato dalle Regioni *benchmark*". A tal fine il livello della spesa delle tre macro-aree nelle Regioni *benchmark* è computato, con riferimento ai modelli economici noti con la sigla "LA" (Livelli di Assistenza), al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale, non tenendo conto delle maggiori entrate regionali e della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e scorporando le quote di ammortamento, con ulteriore copertura. Per la ponderazione, occorrerà prima calcolare le popolazioni pesate di ogni Regione in corrispondenza di ciascun

livello di assistenza, e poi calcolare la media ponderata dei costi, per ogni livello, usando come ponderazione le popolazioni pesate.

Una volta calcolati i tre costi *standard* medi, uno per ogni LEA, delle Regioni di riferimento si dovranno applicare tali costi *standard* alle popolazioni pesate di ogni Regione, distintamente per ciascun LEA, e si otterrà il fabbisogno *standard* di ogni Regione. Il fabbisogno *standard* nazionale, per ogni LEA, sarà la somma dei fabbisogni *standard* regionali. Poiché, come detto in precedenza, tale fabbisogno potrà essere superiore oppure inferiore all'attuale fabbisogno nazionale occorrerà procedere ad un riproporzionamento dei fabbisogni *standard* di ogni Regione così che il fabbisogno *standard* nazionale di ogni LEA venga a coincidere con quanto stabilito a livello di FSN, divenendo un fabbisogno "finanziabile".

Per formalizzare la nozione chiave di *media pro-capite pesata del costo registrato dalle Regioni benchmark* sono state proposte diverse interpretazioni¹². Quelle prevalenti ottengono il risultato, in qualche modo paradossale, di evidenziare come ininfluenti i costi *standard* stessi, in quanto il costo *standard* risulta una costante moltiplicativa della popolazione pesata, per cui il riparto avverrebbe esclusivamente in base a quest'ultima, così come peraltro avviene ormai da molti anni, prima della riforma.

Il ragionamento è il seguente. Sia, per ogni singola Regione *benchmark*, $j=1,2,3$, la spesa-procapite "pesata" per fasce di età, $f=1,..F$, per il macro-livello k pari a

$$g_{jk} = \frac{G_{jk}}{POP_{jk}^p}, \quad POP_{jk}^p \equiv \sum_{f=1}^F POP_{jf} \lambda_{kf} \quad [1],$$

dove λ_{kf} sono i pesi rappresentativi dei consumi sanitari, per macro-settore, per fasce di età.

Secondo la lettera dell'art. 22 del d.lgs. n. 68 del 2011, il costo *standard* è pari alle media della spesa pro-capite pesata delle tre Regioni scelte:

$$\bar{g}_k = \sum_{j=1}^3 g_{jk} \frac{POP_{jk}^p}{\sum_{j=1}^3 POP_{jk}^p} = \frac{\sum_{j=1}^3 G_{jk}}{\sum_{j=1}^3 POP_{jk}^p}, \quad k = 1,2,3 \quad [2].$$

Il fabbisogno regionale per il macro-settore k diviene dunque

$$G_{ik}^S = \bar{g}_k POP_{ik}^p, \quad i = 1,..n, \quad [3]$$

¹² Per un'analisi della discussione tecnica a vedi A. PETRETTO, *A note on Standard Costs Criteria for Allocating the Italian National Health Fund to Regions*, in *Economia Pubblica*, vol. 1, 5-21, 2014.

mentre, a sua volta, quello nazionale è rapportato al totale nazionale della popolazione pesata e risulta pari a

$$G_k^S = \bar{g}_k \sum_{i=1}^n POP_{ik}^p = \bar{g}_k TPOP_k^p. \quad [4]$$

Questo fabbisogno *standard* diviene "finanziabile" se riproporzionato con l'indice $\alpha \leq 1$, in precedenza introdotto: $\alpha = FSN/G^S$; dove $G^S = \sum_k G_k^S$, per cui è

$$G_k = \alpha \bar{g}_k TPOP_k^p; G_{ik} = \alpha \bar{g}_k POP_{ik}^p, i = 1, \dots, n, \quad [5]$$

La quota della Regione i sul fabbisogno *standard* nazionale per il macro-settore k , che diventa il criterio di riparto del finanziamento totale prefissato, sarà:

$$\Pi_{ik} = G_{ik} / G_k = \frac{POP_{ik}^p}{TPOP_k^p}, k = 1, 2, 3; i = 1, \dots, n. \quad [6]$$

che è, come detto, pari semplicemente alla quota di popolazione pesata relativa al macro-settore k .

Infine, aggregando per k , $\Pi_i = \sum_k \Pi_{ik}$ si ottiene quanto riceve complessivamente la Regione i dal Fondo:

$$G_i = \Pi_i FSN, i = 1, \dots, n \quad [7].$$

In conclusione, il coefficiente di riparto della Regione i dipende dalla quota di popolazione pesata sul totale indipendentemente dallo scostamento tra costo effettivo e dal costo *standard*. Sarebbe, tuttavia, più opportuno sperimentare metodi che evitino questa che appare come una contraddizione allo spirito del dettato legislativo secondo cui, in qualche modo, si dovrebbe tendere a premiare (sanzionare) le regioni efficienti (inefficienti)¹³.

5. Sintesi e considerazioni conclusive

Nell'esaminare le caratteristiche dell'intervento pubblico in campo sanitario occorre tenere distinte le motivazioni che inducono ad una *fornitura pubblica* da quelle che ammettono anche una *produzione pubblica* di cure; le due forme di intervento non sempre coincidono. Nel caso di produzione pubblica, questa può essere integrata o separata dall'ente pubblico acquirente di servizi per conto degli iscritti al SSN e finanziatore ("mercato interno" alla pubblica amministrazione). I

¹³ Per possibili varianti vedi A. PETRETTO, *A Note on Standard Costs Criteria for Allocating the Italian National Health Fund to Regions*, op. cit.

sistemi organizzativi di *health care* sono, di conseguenza, numerosi e non vanno identificati con gli altrettanto numerosi sistemi di finanziamento; valga l'esempio del SSN britannico, a finanziamento interamente pubblico, ma basato su un mercato interno ad alta concorrenza e libertà di scelta dei fornitori da parte dei pazienti e dei medici di base.

I sistemi sanitari basati sulla prevalenza di assicurazioni private, come in USA, non garantiscono una copertura dei rischi adeguata e sono ormai quasi ovunque integrati da assicurazioni sociali. In tale direzione si muove la riforma portata avanti dal Presidente Obama. Anche i sistemi a pianificazione integrata e centralizzata, *command & control*, stentano a raggiungere, per carenze informative e imperfetta diffusione degli incentivi tra gli agenti coinvolti, gli obiettivi prefissati e sono anch'essi generalmente superati. In tale direzione si sono mosse le riforme attuate dai principali paesi europei nel corso degli anni '90 che hanno dato luogo a sistemi misti.

Le nozioni di equità nella salute sono peraltro molteplici e non sempre congruenti. L'obiettivo di *first best* finale è garantire a tutti l'opportunità di raggiungere un buon stato di salute ("*functioning*") indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e territoriali. Le corrispondenti *human capabilities* riguardano il recupero della funzionalità fisica, l'assenza di complicanze e adeguate attese di vita. Il concetto è quindi relativo ad una nozione generale di *uguaglianza dei risultati*. Le vie concretamente percorribili per raggiungere questo risultato sono però relative ad alcuni obiettivi più immediati e quindi di natura intermedia.

Tutti i sistemi di finanziamento, anche quelli relativi ai SSN, tendono ad uniformarsi alla logica *social insurance*, volta ad assicurare, in condizioni di equilibrio, un rischio individuale e sociale. Al riguardo, la teoria mostra come un sistema misto assicurazione sociale pubblica, per la copertura di un pacchetto base, più assicurazione privata supplementare e integrativa, possa costituire una configurazione efficiente. In effetti, tutti i sistemi di finanziamento tendono a modellare un sistema a "tre pilastri", distinguendosi per le dimensioni assunte dai tre.

Al riguardo il SSN italiano tende a privilegiare il primo (spesa pubblica volta al finanziamento dei LEA), limitando il secondo (spesa finanziata da assicurazioni integrative con Fondi doc), senza però riuscire contenere il terzo (spesa privata *out-of-pocket*). I sistemi sanitari regionali in Italia sono comunque variegati e fortemente condizionati nei risultati dalla difficile applicazione e dalla tenuta, in termini di *commitment* politico, del sistema di finanziamento basato sui fabbisogni sanitari.

Sembra di poter affermare, comunque, che il SSN italiano debba andare verso sistemi di razionamento per garantire la sostenibilità futura davanti all'evoluzione demografica e allo sviluppo del progresso tecnico in campo medico. Si tratta, in primo luogo, di definire quali sono le prestazioni "essenziali, efficaci, appropriate e uniformi" – il pacchetto base – a cui i cittadini hanno diritto, tenendo conto della

frontiera della scienza medica in continua espansione. I LEA in Italia soffrono di un difetto di pretesa onnicomprensività. È essenzialmente una declaratoria perché il diritto dipende dalle strutture esistenti sul territorio e dal funzionamento dei servizi locali. In primo luogo, si rende indispensabile un nuovo rapporto medico di famiglia – pazienti, con incentivi all'efficienza e responsabilizzazione dei decisori la spesa. In secondo luogo, occorre ripensare ai criteri di priorità per l'accesso ai servizi, esplicitando i principi di giustizia distributiva che dovrebbero presiedere alle scelte, secondo un ordine gerarchico.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Claudia Tubertini

SOMMARIO: 1. I livelli essenziali di assistenza: molteplici sfaccettature, molteplici limiti. - 2. L'impatto della crisi economica sull'efficacia dei LEA: un problema comune a tutt'Europa. - 3. Quali soluzioni?

1. I livelli essenziali di assistenza: molteplici sfaccettature, molteplici limiti

Nell'avvicinarsi al tema dei livelli essenziali di assistenza, è bene, anzitutto, rammentare che si tratta di una nozione che può essere esaminata sotto differenti punti di vista, e che presenta, quindi, diverse sfaccettature. Dal punto di vista del soggetto che usufruisce del servizio, ovvero dal lato della domanda, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono anzitutto un insieme dei diritti da soddisfare, da cui discende l'attenzione del legislatore per l'appropriatezza e l'effettività delle prestazioni da garantire; mentre dal punto di vista del soggetto che organizza ed eroga la prestazione, ossia il lato dell'offerta, si tratta del sistema di attività, servizi e prestazioni assicurato dalla Repubblica, dal quale deriva la diversa preoccupazione per l'efficacia, l'efficienza e l'economicità di quanto complessivamente apprestato.

Un altro presupposto ormai assodato è che la precisa definizione (attraverso "cataloghi" o "liste") delle prestazioni da erogare ha generalmente un effetto positivo proprio sul lato della "domanda", ovvero, sulla tutela delle situazioni giuridiche soggettive degli utenti. Infatti, a fronte di un puntuale obbligo normativo, si supera la possibile obiezione dell'esistenza di ostacoli finanziari o organizzativi nel concreto apprestamento di tali servizi, limitando, a priori, il tasso di discrezionalità di cui la Pubblica Amministrazione, inevitabilmente, dispone nel momento in cui è chiamata ad organizzare e fornire il servizio stesso. La definizione normativa delle prestazioni appare dunque destinata a rafforzare in modo particolare i diritti, come quello alla tutela della salute, il cui concreto soddisfacimento dipende dall'esercizio di poteri pubblicistici di programmazione, organizzazione e predeterminazione di condizioni e modalità di accesso: tutti poteri che fanno sì che quella situazione giuridica soggettiva che la Costituzione definisce "diritto fondamentale alla salute" abbracci, in realtà, un fascio di situazioni giuridiche soggettive, alcune delle quali senz'altro di interesse legittimo¹.

¹ Sul punto, mi sia consentito rinviare a C. TUBERTINI, *Pubblica Amministrazione e livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, Bononia University Press, 2008.

Questo effetto sulla domanda appare importante da sottolineare, in quanto all'origine dei primi interventi normativi di definizione delle prestazioni sanitarie vi era soprattutto l'esigenza di operare sul lato della offerta, ovvero di ridurre il grado di onnicomprensività dei servizi sanitari nazionali. In realtà, nella compilazione di queste liste di prestazioni ci si è ben presto resi conto che la necessità di rispettare l'ampia definizione di "tutela della salute" derivante dalle fonti internazionali, comunitarie e nazionali, e la volontà politica di non arretrare le conquiste sociali già raggiunte, impedivano l'espunzione dal servizio sanitario di una quantità rilevante di prestazioni. Con ciò è spiegato il motivo per cui la tecnica di catalogazione delle prestazioni abbia avuto un limitato impatto nell'ottica della riduzione della spesa (complessivamente marginali sono le prestazioni inserite nelle cd. liste negative), mentre la precisazione dei caratteri e dei confini del servizio pubblico derivante dai cataloghi, e, quindi, la concreta individuazione delle prestazioni esigibili, ha assunto un preciso effetto e significato di garanzia degli utenti.

In questa traiettoria si colloca anche l'esperienza italiana di definizione legislativa dei livelli essenziali di assistenza, avvenuta nel 2001 in attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 1 del d.lgs. n. 502/1992, così come modificato dal d.lgs. n. 229/1999, contestualmente all'introduzione, concordata tra Stato e Regioni, di nuovi meccanismi di finanziamento del servizio sanitario, volti a rafforzare la responsabilità delle Regioni per eventuali disavanzi di spesa. Nella compilazione di questo testo, l'obiettivo iniziale di riduzione della spesa si è presto affiancato a quello di una precisa garanzia dei contorni del servizio pubblico e della sua dimensione ampiamente comprensiva di una gamma di prestazioni di prevenzione e cura.

La legge cost. n. 3/2001, che ha attribuito al legislatore statale una nuova competenza generale in ordine alla "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117, 2° comma, lett. m) Cost.), ha attribuito definitivamente alla definizione dei LEA un significato di "nucleo garantito di prestazioni" che i pubblici poteri hanno il "dovere di assicurare" e che sono, dunque, correlativamente anche esigibili.

Dalla nuova clausola costituzionale si è addirittura ricavato, in capo ai pubblici poteri:

a) un dovere "di garanzia", cioè di predisposizione di tutte le condizioni di contesto (informative, organizzative, finanziarie, di controllo) necessarie a rendere effettivo il soddisfacimento dei diritti. Una clausola, in sostanza, che prende atto della stretta interdipendenza tra effettività della prestazione e contesto amministrativo di riferimento, e si rivolge quindi anche alle Pubbliche Amministrazioni affinché creino il contesto possibile all'esigibilità del diritto²;

² Il punto è sottolineato, *ex multis*, da V. MOLASCHI, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*,

b) il dovere di copertura finanziaria, ovvero, l'impegno dei pubblici poteri di assicurare un quadro di risorse coerente con i costi delle prestazioni oggetto dell'obbligo di servizio;

c) il dovere di assicurarne il godimento in condizioni effettive di uguaglianza su tutto il territorio nazionale, superando gli squilibri presenti e assicurando che non se ne creino di ulteriori: conseguenza particolarmente importante in un sistema quale quello italiano, caratterizzato già in partenza da una rilevante differenziazione organizzativa nei vari contesti regionali, oltre che da una differenza "resa istituzionale" delle Regioni.

Questa ricostruzione dei LEA proposta, soprattutto, da quella parte della dottrina più attenta a valorizzarne gli effetti sulla garanzia dei diritti non deve, tuttavia, far dimenticare alcuni limiti strutturali della disciplina dei livelli essenziali, che possono essere riassunti nei seguenti termini:

a) politicITÀ nella scelta del perimetro delle prestazioni di servizio pubblico. Una volta chiarito che il legislatore non può senz'altro intaccare il nucleo essenziale ed incompressibile del diritto (le prestazioni necessarie a garantire l'integrità psico-fisica), che deve senz'altro adoperarsi per garantire tutte le prestazioni che appaiono essenziali (in termini di bisogni effettivi della popolazione, in un dato momento storico ed in considerazione della definizione via via attualizzata di "salute"), e che la definizione delle prestazioni e delle condizioni soggettive e oggettive di accesso al servizio deve rispettare i canoni dell'uguaglianza e della ragionevolezza³, il resto è affidato alla scelta del legislatore al quale spetta, in ultima istanza, il bilanciamento tra la tutela della salute e la tutela di altri diritti;

b) politicITÀ sul piano delle risorse finanziarie a disposizione, ovviamente al di fuori delle scelte del tutto irragionevoli e contrarie al principio di uguaglianza. Nella distribuzione delle risorse finanziarie destinate alla copertura del servizio sanitario, la riserva del ragionevole e del possibile trova quale effettivo limite *la proceduralizzazione* delle decisioni attinenti le risorse finanziarie, che devono vedere coinvolte, secondo adeguati meccanismi concertativi, i livelli territoriali responsabili dell'organizzazione ed erogazione del servizio⁴;

c) discrezionalità amministrativa e tecnica della P.A., anch'essa assai ampia e che parimenti incide sull'esigibilità effettiva delle prestazioni. La discrezionalità amministrativa opera, soprattutto, sul versante organizzativo. Questo ambito di discrezionalità organizzativa, si noti, a volte sfugge persino al sindacato del giudice

Torino, Giappichelli, 2008, spec. 175 ss.

³ Sul punto, cfr. C. BOTTARI, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino, Giappichelli, 2011, 2a ed., 99 ss.

⁴ R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F.A. ROVERSI MONACO - C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini, Maggioli, 2012, 88 ss.

amministrativo, anche per motivi legati all'assenza di interesse a ricorrere contro atti generali (come i piani di riorganizzazione delle reti ospedaliere) che appaiono invece, nella sostanza, fortemente incisivi sull'esigibilità effettiva delle prestazioni.

Vi sono poi dei difetti estrinseci, inerenti a come il legislatore e la pubblica amministrazione hanno concretamente applicato il concetto costituzionale di "garanzia dei LEA": come l'ancora parziale sforzo di ulteriore definizione legislativa del contenuto materiale dei LEA, in termini di individuazione delle prestazioni, ma, soprattutto, dei loro requisiti di qualità.

Infine, sono da considerare anche i difetti strutturali del sistema di tutela giurisdizionale, ancora caratterizzato da: a) un difficile riparto di giurisdizione tra giudice ordinario e giudice amministrativo, anche in materia di tutela della salute; b) l'efficacia limitata al caso di specie delle pronunce del giudice ordinario che ampliano l'elenco dei LEA⁵; c) la scarsa valenza dei rimedi avverso l'inefficienza, ovvero la violazione di *standard* di servizio.

2. L'impatto della crisi economica sull'efficacia dei LEA: un problema comune a tutt'Europa

Pur con i limiti ora evidenziati, la previsione di un catalogo, anche se per categorie generali, di prestazioni ha permesso al giudice – chiamato a tutelare le posizioni giuridiche soggettive degli utenti del servizio, di fronte ad un diniego di assistenza – di interpretarlo, anche alla luce di elementi di contesto, e di ricavare da esso le prestazioni incluse o escluse nella nozione di "LEA". Parimenti, il giudice – specie amministrativo – ha potuto, grazie alla previsione legislativa dei LEA, sindacare le scelte operate dalle amministrazioni regionali e locali, censurando quelle previsioni amministrative che, per esigenze di carattere finanziario, finivano per imporre condizioni e limiti di accesso alle prestazioni garantite tali da impedirne l'effettivo godimento.

Se vi è un punto, tuttavia, su cui la tutela giurisdizionale non è stata sufficiente a garantire il godimento dei LEA, è senz'altro quello dell'equità interterritoriale; ed il problema, è evidente, è stato acuito dalla crisi finanziaria.

La questione delle risorse, come è noto, è strutturale nella sanità, a causa dell'inarrestabile aumento della popolazione anziana, dell'altrettanto inarrestabile progresso tecnologico e relativo costo delle prestazioni, e dell'avanzamento delle conquiste sociali, che hanno portato un progressivo ampliamento della nozione stessa di "salute". Era quindi inevitabile che la crisi economica ed istituzionale che ha attraversato non solo l'Italia, ma tutta l'Europa, finisse per incrementare le

⁵ Per un'efficace rassegna delle pronunce in materia C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni*, in *Giur. cost.*, fasc. 4, 2011, 3371.

difficoltà di tenuta finanziaria dei sistemi sanitari nazionali.

La politica sanitaria in Europa, abbandonando la visione *health for all*, è stata declinata sempre più come fattore produttivo per la crescita economica dei mercati, restringendo la dimensione pubblica della salute entro i vincoli macroeconomici.

Del resto, la stessa Unione europea, se da un lato ha continuato a sancire la centralità dei sistemi sanitari per la coesione, la giustizia sociale e lo sviluppo sostenibile (artt. 114 e 168 TFUE), dall'altro ha imposto, come è altrettanto noto, l'obiettivo della riduzione del deficit pubblico con misure di inusitata rigidità.

Vale la pena in questa sede ricordare che l'accesso universale ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità è stato assunto come valore comune dei sistemi sanitari europei⁶ e, in quanto obiettivo della strategia Europa 2020⁷, deve essere promosso con linee guida e parametri di riferimento nei paesi membri attraverso il cd. Metodo aperto di coordinamento. Tuttavia, per l'Unione l'obiettivo del vivere tutti in buona salute non ha un fine esclusivo in sé, bensì resta subordinato all'obiettivo prioritario di fare dell'Europa "l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo".

La crisi ha accelerato questo processo, come dimostra la circostanza che, a partire dal 2010, l'assistenza sanitaria diventa materia monitorata nel contesto della sostenibilità delle finanze pubbliche all'interno del ciclo del semestre europeo (e non più come parte delle politiche di lotta alla povertà e all'esclusione sociale).

Questo cambio di impostazione nelle politiche europee ha avuto un riflesso evidente nelle misure applicate dai diversi Paesi, e che – non a caso – presentano inusitati tratti di similitudine anche in sistemi sanitari improntati a modelli diversi (universalistici e assicurativi)⁸.

Così, i tagli al fabbisogno sanitario pubblico (in particolare nei paesi maggiormente colpiti dalla crisi) o una maggiore pressione sulla contribuzione sociale sono state politiche comuni. Non sono però mancate politiche anticicliche di aumento dei fondi pubblici (si vedano i casi di Austria e Svezia), o di compensazione della contribuzione caricata sul costo del lavoro con l'incremento dei trasferimenti dalla fiscalità generale (Germania). La copertura dei deficit sanitari è avvenuta con ricorso all'indebitamento (Francia, Portogallo, Austria), oppure utilizzando soprattutto la leva fiscale locale (Italia). Per sostenere i sistemi

⁶ Cfr. COM (2007) 630, *White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*.

⁷ Cfr. Regolamento UE n. 282/2014 dell'11 marzo 2014 sulla istituzione del terzo programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2014-2020).

⁸ Sui caratteri essenziali dei due modelli e loro evoluzione cfr. M. D'ANGELOSANTE, *Sistemi universalistici e sistemi occupazionali a confronto*, in A. PIOGGIA - S. CIVITARESE MATTEUCCI - G.M. RACCA - M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011, 21.

di sicurezza sociale sono state introdotte o aumentate imposte di scopo (Belgio e Francia). Nella ricerca di risorse aggiuntive alcuni Paesi hanno agito con politiche selettive, innalzando per esempio le aliquote contributive per i redditi più elevati da lavoro autonomo (Francia), oppure tagliando le agevolazioni fiscali legate alla sottoscrizione di polizze di assicurazioni sanitarie private o alla spesa *out of pocket* (Danimarca, Irlanda). Non mancano poi controlli più stringenti e tetti sulla crescita della spesa sanitaria (Austria, Belgio, Francia, Portogallo e Spagna) e, più in generale, sull'intera spesa pubblica (Danimarca e Spagna).

Tra le politiche di contenimento della spesa sono state privilegiate misure efficientiste dai risparmi immediati con tagli lineari ai prezzi e ai volumi di prestazioni. Ne sono esempi la riduzione o il congelamento delle retribuzioni (Austria, Danimarca, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna, UK) e il blocco del *turn over* (Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna, UK); la revisione dei budget ospedalieri (Austria, Danimarca, Grecia, Italia, Olanda; Portogallo, Italia, Irlanda del Nord) e/o dei tariffari delle prestazioni (Danimarca, Francia, Irlanda Inghilterra, Italia); l'accorpamento di strutture e/o chiusura di ospedali (Belgio, Danimarca, Grecia, Italia, Olanda, Portogallo, Spagna); la regolazione degli acquisti di farmaci e dispositivi medici sfruttando il potere di monopsonio nelle procedure centralizzate (Danimarca, Francia, Grecia, Italia, Olanda, Portogallo e Spagna), l'introduzione di prezzi di riferimento, di sconti obbligatori o la riduzione del *mark up* sui prezzi nella filiera del farmaco (Belgio, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo); l'introduzione di tetti sui volumi di spesa di farmaci e dispositivi medici e la divisione dei rischi per ripianare eventuali sforamenti (Belgio, Grecia, Italia, Portogallo)⁹.

Queste misure, un po' ovunque, hanno ridotto la garanzia effettiva del diritto alla salute. Emblematico è il caso della Francia, dove la riduzione della entità del rimborso per le prestazioni ricevute, nonché l'introduzione di misure di *gatekeeping*, hanno portato ad un aumento delle assicurazioni private e quindi ad una strisciante privatizzazione, se non ad una vera e propria rinuncia alle cure da parte di ampi strati di popolazione, anche per la complessità burocratica dell'ottenimento della copertura assicurativa.

Nelle dimensioni della copertura sanitaria con la crisi non sono mancate politiche che hanno messo in discussione lo stesso concetto di universalità quale elemento di base del sistema sanitario pubblico. Nel sistema sanitario spagnolo, diventato di tipo assicurativo dopo il d.l. n. 16/2012, il diritto di accesso ai servizi sanitari per i migranti irregolari è stato limitato ai soli servizi di emergenza-urgenza, mentre i cittadini dell'Unione europea che hanno perso il lavoro sono coperti solo se sottoscrivono costose polizze di assicurazione privata. A questo

⁹ E. CARUSO, *Sanità: vexata quaestio con una mano si dà e con l'altra si taglia*, in G. ARACHI - M. BALDINI (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2015*, Bologna, Il Mulino, 2015.

modello le Comunità autonome hanno dato risposte molto articolate, creando nuovi divari in un sistema già molto differenziato; e il *Tribunal Constitucional*, pur non trattando ancora direttamente la legittimità costituzionale del nuovo modello, ha tuttavia rigettato la richiesta presentata dal governo di sospendere alcune leggi autonome che estendevano la copertura del servizio. Non a caso, contro questa riforma e il passo indietro rispetto alla universalità del servizio, si è dichiarata l'Associazione spagnola dei giuristi per la salute.

Anche in Irlanda è stata soppressa la copertura gratuita alle cure primarie per le persone anziane over 70 più benestanti. Nei Paesi dove la copertura universale non è garantita, sono state ristrette le soglie *mean tested* per l'accesso alle cure gratuite.

Di fronte a questi interventi, le Corti costituzionali hanno per lo più riconosciuto la discrezionalità del legislatore nella compensazione tra sforzo economico a tutela della salute ed altri capitoli di spesa. Specie nei sistemi di tipo assicurativo, l'impressione generale è che vi sia stata una maggiore tolleranza verso le differenze soggettive di accesso a diverse categorie di prestazioni.

In Italia, in particolare, la riduzione della spesa pubblica destinata alla sanità è stata di una rilevanza tale da consentire, nell'arco di un triennio, il sostanziale azzeramento dei disavanzi delle Regioni. Tuttavia, questa politica ha determinato anche delle conseguenze negative. Si è lamentata, in particolare, una riduzione strisciante delle prestazioni effettive, per l'impossibilità di molte Regioni di potenziare la rete territoriale compensando così la razionalizzazione della rete ospedaliera¹⁰; un aumento delle compartecipazioni, con notevoli divaricazioni tra le Regioni; un aumento, in alcune realtà, delle liste di attesa; il sostanziale azzeramento della capacità delle Regioni di fornire prestazioni integrative, ulteriori a quelle essenziali, possibilità che è addirittura vietata espressamente per le Regioni sottoposte a piano di rientro¹¹. In definitiva, come si è già anticipato, ciò che si è registrato è stato l'aumento delle disparità regionali¹². Proprio le Regioni sottoposte a piano di rientro appaiono quelle nelle quali l'attuazione dei LEA presenta maggiori criticità: a dimostrazione che la riduzione del deficit ha intaccato *de facto* la soglia dell'essenzialità¹³.

¹⁰ Cfr. A. PIOGGIA, *Razionalizzazione organizzativa in sanità: quali modelli*, in C. BOTTARI - F. FOGLIETTA - L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per sperare la crisi*, Rimini, Maggioli, 2013, 70.

¹¹ Cfr. Corte cost., 4 aprile 2011, n. 123; 15 febbraio 2012, n. 32; 4 aprile 2012, n. 91; 22 maggio 2013, n. 104.

¹² F. GIGLIONI, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle Regioni*, in *Giorn. dir. amm.*, 2015, 529 ss.

¹³ C. TUBERTINI, *Gestioni commissariali e governo del sistema: i nodi irrisolti*, in C. DE VINCENTI et al. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna,

Ad alimentare questo contesto, ha contribuito anche la giurisprudenza costituzionale, che più volte ha avallato le scelte del legislatore. Più attivo invece è risultato il giudice ordinario, nel garantire direttamente, anche in un contesto contrassegnato dalla crisi, importanti prestazioni rientranti nel nucleo essenziale del diritto alla salute¹⁴.

3. Quali soluzioni?

Di fronte a questo panorama, ci si chiede quali soluzioni in concreto possano essere approntate non per stravolgere, ma per migliorare un modello – quello dei LEA “all’italiana” – che tutto sommato funziona: e questa convinzione si rafforza, guardando a quello che sta succedendo in altri Paesi a noi vicini. Senz’altro ciò che occorre è uno sforzo maggiore in direzione di una precisazione dei contenuti delle prestazioni incluse nei LEA, per attenuare i margini di discrezionalità organizzativa e di scelta “opportunistica” delle prestazioni da erogare. Si può fare anche un ulteriore sforzo sul controllo di qualità, sulla scia di altri Paesi, potenziando il raffronto qualitativo dei vari soggetti che erogano le prestazioni, anche per appianare le differenze tra i territori, oltre che per distribuire equamente le risorse. Ma soprattutto, ciò che occorre è non arretrare troppo sulla garanzia della copertura finanziaria del servizio. Il rischio, altrimenti, è quello di un arretramento non temporaneo, ma definitivo, del livello di tutela sinora garantito, danneggiando strutturalmente un servizio che ha sinora assicurato, nel complesso, risultati molto positivi in termini di salute della popolazione.

In questa prospettiva, non può che essere salutata con favore l’ormai imminente conclusione del percorso di aggiornamento della disciplina legislativa dei LEA. Nel nuovo testo è evidente, infatti, lo sforzo di precisazione del contenuto dei livelli essenziali di assistenza, divisi in attività, servizi e prestazioni, ed il maggiore dettaglio nella definizione delle tipologie.

Altrettanto positiva, nella prospettiva della maggiore garanzia di uguaglianza interterritoriale, appare l’istituzione della nuova Commissione nazionale LEA, alla quale viene affidato il compito di valutare gli standard di qualità e di vigilare sulla loro uniforme applicazione; così come importanti sono le misure introdotte in vista della uniformazione dei requisiti di accesso alle prestazioni, per utenti provenienti da diverse Regioni.

Si tratta di condivisibili aggiustamenti e precisazioni del nostro modello sotto il profilo della uguaglianza e della esigibilità effettiva, che devono essere ora

Il Mulino, 2010, 75 ss.

¹⁴ Cfr. ad es. Cassazione civ., sez. Lavoro, sent. n. 9969/2012, in tema di diritto al riconoscimento delle cure palliative.

messi al banco di prova ma che rappresentano un tassello essenziale per la stessa definizione dell'impegno finanziario dello Stato. Senza la disciplina dei LEA, in sostanza, la politicità – e qui torniamo al punto di partenza – nelle decisioni di spesa sarebbe ancor maggiore.

IL RUOLO DELLE ASSICURAZIONI NELLA TUTELA DELLA SALUTE

Sara Landini

SOMMARIO: 1. Premessa. - 2. Il rischio salute e le coperture. - 3. Mutualità e tutela della salute.

1. Premessa

Banca d'Italia ha recentemente pubblicato le informazioni raccolte nella rilevazione del 2014 dell'Indagine sui bilanci delle famiglie italiane (campione di 8000 famiglie).

La percentuale di famiglie che avevano acquistato almeno una polizza malattia o infortuni era nel 2014 pari al 3,3% (circa 800 mila su un totale di 24 milioni) in ulteriore calo rispetto al 2012, anno della precedente rilevazione (3,8%). La diffusione delle coperture sanitarie è diminuita in modo evidente tra le famiglie residenti nelle aree a maggior diffusione assicurativa: al Nord le famiglie assicurate sono scese al 4,8% dal 5,5% nel 2012 e al Centro al 3,5%, dal 4,8% nel 2012. Nelle regioni del Sud si è invece registrato un lieve aumento (0,8%, 0,7% nel 2012).

La diffusione delle polizze sanitarie per condizione professionale ha mostrato caratteristiche simili, registrando un calo consistente (7,7%, dall'8,5 nel 2012) tra i lavoratori autonomi, categoria naturalmente più propensa ad assicurarsi, e uno ancor più profondo tra i lavoratori dipendenti (3,1%, dal 4,1% nel 2012). La percentuale di famiglie assicurate con capofamiglia in pensione è invece aumentata, seppur in misura molto lieve (2,4%, dal 2,3% nel 2012).

Da questi dati muove la nostra riflessione sul ruolo di due grandi attori della Sanità Integrativa: le assicurazioni a premio e le mutue.

2. Il rischio salute e le coperture

Pitacco definisce il rischio salute come "situazioni di bisogno, che si creano a seguito di alterazioni del normale stato di salute dell'individuo"¹.

Per le assicurazioni di persone l'interesse assicurato è l'integrità della

¹ E. PITACCO, Prodotti assicurativi sanitari e previdenziali nel nuovo scenario demografico. Profili attuariali, Relazione al Congresso di scienze e tecnica delle assicurazioni, 2004, in www.ecostat.unical.it.

persona colta nei diversi profili di detrimento della medesima: infortunio e malattia. In questa ipotesi, data la natura del danno e la sua indeterminabilità in concreto, la quantificazione dell'indennizzo è rimessa a criteri predeterminati convenzionalmente ordinati secondo il tipo e la gravità della lesione personale. Come osserva la dottrina², seguita dalla giurisprudenza maggioritaria³, il fatto che l'indennizzo in queste ipotesi sia determinato in astratto come nelle assicurazioni sulla vita, non toglie che si tratti di assicurazioni contro i danni. L'infortunio e la malattia sono, infatti, considerati nelle polizze come eventi dannosi la cui gravità rileva ai fini della determinazione dell'indennizzo.

È importante distinguere le assicurazioni malattie da altre assicurazioni aventi ad oggetto lo stesso evento, ma rientranti piuttosto nell'assicurazione del patrimonio. È il caso dell'assicurazione per le spese mediche.

Come osservato dalla dottrina per le assicurazioni infortuni e malattie, la loro classificazione all'interno del ramo danni – ad opera oggi del codice delle assicurazioni private – non deve essere sopravvalutata nel senso di ritenere automaticamente applicabili a tali contratti tutte le norme di cui agli artt. 1904 ss.⁴

Dubbi, inoltre, potrebbero essere sollevati circa l'applicabilità della disciplina del contratto di assicurazione sulla vita o del contratto di assicurazione contro i danni a quelle polizze difficilmente riconducibili alla rigida distinzione assicurazioni contro i danni – assicurazioni sulla vita di cui all'art. 1882.

Mi riferisco alle *permanent health insurance*, che, come le assicurazioni sugli infortuni, non sono assicurazioni sulla durata della vita, ma su una eventuale invalidità parziale e comunque distinte dall'assicurazione infortuni per la durata del rapporto⁵.

Infatti nel caso di *permanent health insurance* l'assicuratore si impegna a pagare al *grantee* una somma in caso di *total* o *partial disability* dell'assicurato, somma che verrà calcolata sulla base della percentuale di invalidità e che verrà corrisposta al *grantee* a partire dalla fine del *deferred period* stabilito nella polizza. La copertura assicurativa, però, cesserà in caso di morte, pensionamento o mancato pagamento del premio.

Da ultimo le compagnie offrono coperture che prevedono condizioni di polizza atte a stimolare condotte virtuose, dal punto di vista della alimentazione e dello

² In tal senso G. VOLPE PUTZOLU, *Le assicurazioni. Produzione e distribuzione*, Bologna, Il Mulino, 1992.

³ La giurisprudenza tende ad applicare le norme sull'assicurazione contro i danni, e in particolare gli artt. 1904, 1913 e 1915, anche alle assicurazioni contro gli infortuni. Cfr. Cass., 25 novembre 1999, n. 13140, in *Mass. Foro it.*, 1999; Cass., 11 marzo 2005, n. 5435, in *Dir. ed economia assicuraz.*, 2006, 159.

⁴ V. G. VOLPE PUTZOLU, *Le assicurazioni. Produzione e distribuzione*, cit., 152.

⁵ V. G. VOLPE PUTZOLU, *op. ult. cit.*, 190.

stile di vita, prevedendo particolari riduzioni del premio in caso di rispetto di certi *standard* predeterminati o prevedendo programmi *check up* volti a favore interventi precoci.

Si evidenzia così una funzione previdenziale piuttosto che indennitaria.

Anche in questo caso però la funzione non vale a qualificare il contratto in termini di un contratto di assicurazione sulla vita⁶. Non intendiamo qui entrare sulla questione della funzione strettamente previdenziale delle polizze vita, si tratta caso mai di indagare sugli aspetti rilevanti nella qualificazione dei contratti di assicurazione.

Se si distoglie l'attenzione dalla funzione economico sociale in senso astratto, per piegarla piuttosto sulla causa in concreto e sulla funzione economico individuale ovvero sulla funzione disegnata dalle parti⁷, con riferimento al contratto di assicurazione, assume rilievo centrale il rapporto rischio/premio.

Mentre nelle polizze vita il rischio è disegnato sulla base di tavole di mortalità e dalla probabilità di sopravvivenza, in caso di polizze malattia altri sono i dati sul piano attuariale che vengono considerati e sulla base dei quali viene disegnata l'economia del contratto ovvero sugli interessi condivisi dalle parti nella formazione

⁶ Contra L. DI NELLA, *Le assicurazioni per il rischio di non autosufficienza*, in *Rass. dir. civ.*, 2013, 335.

⁷ Così G.B. FERRI, *Il negozio giuridico tra libertà e norma*, Rimini, Maggioli, 1995, 208-209. La teorizzazione della causa come funzione del negozio in senso soggettivo trova in vero luogo in data anteriore rispetto all'opera dell'autore citato. V. in particolare F. CARUSI, *La causa dei negozi giuridici e l'autonomia della volontà nel diritto privato italiano*, Napoli, Conte, 1947, 150-152. Rilevanza degli interessi delle parti contraenti sotto il profilo causale è riconosciuta da C. SCOGNAMIGLIO, *Interpretazione del contratto e interessi dei contraenti*, Padova, Cedam, 1992, 225 ss. Si è parlato altresì di causa come "interesse obiettivato nel regolamento contrattuale": così D. CARUSI, *La disciplina della causa*, in E. GABRIELLI (a cura di), *I contratti in generale*, I, Torino, Utet, 1999, 532. E ancora, la causa è stata identificata "con l'assetto astratto di interessi cui la norma subordina l'assunzione di rilevanza giuridica dell'affare privato": U. LA PORTA, *Il problema della causa del contratto*, I, *La causa ed il trasferimento dei diritti*, Torino, Giappichelli, 2000, 25. Sul punto, solo per motivi di completezza, ricordiamo le osservazioni di Betti sulle teorie soggettiviste di S. PUGLIATTI, *Precisazioni in tema di causa nel negozio giuridico*, in *Nuova riv. dir. comm.*, 1947, 13-21. Betti rilevava in particolare l'errore di una visione unilaterale soggettiva dal momento che una ragione variabile e contingente non potrebbe costituire motivo di interesse e tutela degli atti di autonomia privata da parte dell'ordinamento. Così E. BETTI, *Teoria generale del negozio giuridico*, 2a ed., Torino, Utet, 1960, 172 ss. L'approccio funzionale al problema della causa pone dei dubbi dal punto di vista del significato pratico di tale soluzione, dal momento che una funzione, sia essa intesa in senso oggettivo o soggettivo, sarà immanente in ogni atto posto in essere dai privati e non nei soli contratti. Sul punto v. R. SACCO - G. DE NOVA, *Il contratto*, in *Trattato di diritto civile* diretto da R. Sacco, t. I, Torino, Utet, 1993, 635 ss.; M. BESSONE - V. ROPPO, *La causa nei suoi profili attuali (materiali per una discussione)*, in G. ALPA - M. BESSONE (a cura di), *Causa e consideration*, Padova, Cedam, 1984, 3 ss. e in particolare p. 13.

del vincolo contrattuale⁸.

Nelle assicurazioni danni il rischio è la possibilità che si verifichi il sinistro ovvero un pregiudizio al patrimonio, alle cose o all'integrità fisica dell'assicurato. Nell'assicurazione vita il rischio è il possibile verificarsi di un evento della vita umana. La distanza che intercorre sul piano attuariale tra un sinistro ed un evento legato alla vita umana anche in termine di fattori esogeni ed endogeni incidenti sul calcolo delle probabilità finisce per incidere sulle regole proprie dell'assicurazione contro i danni e dell'assicurazione sulla vita oltre che sul calcolo delle riserve. Aspetti come la presenza dell'interesse a contrarre, il principio indennitario, la copertura degli atti intenzionali presentano diversità a seconda che li si considerino per l'uno o l'altro sottotipo di contratto di assicurazione. Con riferimento alle assicurazioni sulla salute si nota come, in caso di polizze annuali, nel calcolo del rischio assumono importanza aspetti di previsione di sinistrosità e inflazione tipici dei contratti di assicurazione contro i danni. Per contro nel caso contratti *long term* assumono maggior rilievo problemi connessi con la durata aleatoria della vita dell'assicurato il che legittimerebbe ad usare basi di calcolo proprie delle assicurazioni sulla vita⁹.

In caso di *longevity risk*¹⁰, coperto ad esempio con le polizze *long term care* (LTC), abbiamo una stretta commistione tra funzione previdenziale e indennitaria anche dal punto di vista del calcolo rischio.

Per LTC si intende quel contratto con cui l'assicuratore si impegna a provvedere con interventi necessari a fronte di situazioni di bisogno di assistenza che si possono verificare soprattutto in età avanzata, situazioni di bisogno non necessariamente provocate da infortunio o specifica malattia ma anche da senescenza e conseguente riduzione dell'autosufficienza.

Le prestazioni fornite da una copertura LTC possono essere sia una diaria prestabilita, di norma variabile con il grado di autosufficienza; sia il rimborso delle spese per l'assistenza ancorché non integrale per la presenza di *franchise*, scoperti e massimali; sia la prestazione alternativa di rendita ed assistenza (senza

⁸ S. PIMONT, *L'économie du contrat*, Aix En Provence, Presses.universitaires, 2004, 25 sottolinea attraverso un'attenta indagine giurisprudenziale "une tendance utilitaire et pragmatique qui, prenant en compte la réalité de l'opération économique formant le substrat de la convention, protège les intérêts très concrets attendus par les parties".

⁹ E. PITACCO, *Il rischio salute nell'ambito delle assicurazioni vita. Profili tecnico-attuariali*, in *Atti del V Congresso nazionale di Scienza delle assicurazioni*, Torino, 1996, 69-70.

¹⁰ Inteso come "rischio 'sistematico' derivante dalla futura evoluzione dello scenario demografico, ed alle sue conseguenze sulla gestione tecnica di prodotti previdenziali e di coperture assicurative sulla salute quali le assicurazioni malattia per anziani e le assicurazioni Long Term Care, sia a livello individuale che a livello di collettività": E. PITACCO, *Prodotti assicurativi sanitari e previdenziali nel nuovo scenario demografico. Profili attuariali, Relazione al congresso di scienze e tecnica delle assicurazioni*, 2004, in www.ecostat.unical.it.

alcun onere di spesa) in istituti convenzionati.

Nei casi in cui la copertura assicurativa preveda una prestazione pecuniaria, occorre stabilire le condizioni al verificarsi delle quali la prestazione stessa deve essere erogata. Di norma si tiene conto o della richiesta di assistenza LTC domiciliare o con ricovero; oppure della comprovata mancanza di autosufficienza nello svolgere determinate "attività elementari" (le c.d. "activities of daily living"), usuali nella vita quotidiana; o infine del raggiungimento di un determinato *score* partendo da schemi di "punteggio".

Tornando alla questione della qualificazione delle polizze malattia, la verità è che, come osservava la dottrina in materia di assicurazione infortuni¹¹, forse occorre superare il bipolarismo danni e vita recuperando la unitarietà funzionale del contratto di assicurazione che mira alla traslazione di un rischio e verificando caso per caso la disciplina applicabile.

3. Mutualità e tutela della salute

Il mutualismo operante nel settore della sanità integrativa risulta variegato (società di mutuo soccorso, casse di previdenza, fondi autonomi e casse aziendali), pur presentando principi comuni: assenza di fini lucrativi, non discriminazione delle persone assistite, principio della porta aperta per cui chiunque può aderire a prescindere dalle proprie condizioni di salute, rinuncia al recesso per cui l'organismo erogante la garanzia non può mandare via nessuno dei propri "associati" senza tralasciare lo stesso principio mutualistico inteso come comunanza di mezzi finalizzati all'erogazione di sussidi per i soggetti che si trovano a dovere fronteggiare determinate condizioni di disagio.

I soci costituiscono il fulcro delle mutue intorno a cui si organizza l'attività. Il rapporto con gli aderenti all'organismo è un rapporto *uberrimae fidei* essendo basato sul concetto di fiducia quale pre-condizione di una relazione duratura.

Anche quando l'ente mutualistico, distinto dalla mutua assicuratrice, eroga servizi assicurativi, come nel caso delle società di mutuo soccorso nella sanità integrativa, nello stipulare contratti collettivi cui far aderire come assicurati i propri soci, effettua un'intermediazione che continua a distinguere l'operazione assicurativa complessiva da quella realizzata con un'assicurazione a premio.

La scarsità di risorse da impegnare nell'erogazione di servizi sanitari ha portato ad una generale riflessione circa l'opportunità, per non dire la necessità di organizzare la domanda di servizi sanitari e sociali attraverso una struttura multi-pilastro (pubblico e privato), laddove nel privato devono essere ricomprese le

¹¹ V. G. VOLPE PUTZOLU, *L'evoluzione dell'assicurazione sulla vita. Problemi giuridici*, in *Atti del V congresso nazionale di scienza delle assicurazioni*, cit., 85 ss.

imprese di assicurazione che erogano coperture per il rischio malattia.

Al riguardo diviene importante segnare il confine tra enti mutualistici e assicurazioni private nelle quali le caratteristiche dell'oggetto della copertura e la presenza di forti asimmetrie informative rende il rapporto inefficiente a causa di frequenti fenomeni di selezione avversa (la difficoltà di discriminare i rischi porta ad omogeneizzare i rischi e i premi per cui solo i soggetti con più alto rischio arrivano a ritenere conveniente la copertura) e di azzardo morale che determinano a loro volta un innalzamento dei premi. Nell'assicurazione a premio proprio per la necessità e la difficoltà di compiere una adeguata selezione del rischio al momento dell'assunzione dello stesso è frequente la previsione di coperture solo annuali con rinnovo automatico salva facoltà di disdetta bilaterale, il rischio e il correlato premio sono valutati su base individuale per cui per talune fasce arriviamo a condizioni di inassicurabilità o a condizioni di assicurabilità a premi elevati e insostenibili.

Accanto a queste considerazioni non si può mancare di riconoscere un diverso apporto in termini di valore aggiunto sociale da parte degli organismi mutualistici.

Quello che manca al momento sono parametri che permettano di attribuire valore contabile alle condizioni che danno distintività sociale. Questo al fine di porre in evidenza le caratteristiche valoriali dell'erogazione di sanità integrativa da parte del *non profit* vista la forte competizione degli "assicuratori *for profit*". L'elemento distintivo principale tra fondi e assicurazioni risiede in primis nel fatto che le assicurazioni a premio gestiscono il meccanismo assicurativo in modo puramente attuariale secondo una logica di profitto, laddove i secondi si basano su principi di solidarietà tra gli aderenti pur perseguendo obiettivi di economicità gestionale. Gli enti *non profit* della sanità integrativa generalmente ripartiscono il rischio tra gli aderenti e in alcuni casi stipulano un contratto di assicurazione in modo da ridurre la loro esposizione al rischio finanziario.

Lippi, Rago e Ugolini¹² hanno dato vita ad una ricerca volta a misurare il valore aggiunto del *non profit* nel settore sanitario. Si è in particolare cercato di valutare la capacità delle mutue sanitarie integrative di costruire reti di protezione in grado di ampliare ed integrare quelle offerte dal settore pubblico. Gli autori pongono in luce un valore aggiunto culturale (ispirazione e diffusione dei principi solidaristici) e sociale (maggiore interazione tra soci, tra socie e società). Come valore aggiunto economico si nota che il mutualismo e la ripartizione del rischio tra gli aderenti riduce notevolmente comportamenti opportunistici e fenomeni di azzardo morale. Il rischio non è trasferito ad un soggetto terzo, ma ripartito tra gli aderenti. Inoltre non viene effettuata selezione del rischio anche se sono previsti meccanismi (periodi di carenza, scoperti, ecc.) idonei ad evitare condotte opportunistiche e

¹² M. LIPPI BRUNI - S. RAGO - C. UGOLINI, *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative. Le società di mutuo soccorso nella costruzione del nuovo welfare di comunità*, Bologna, Il Mulino, 2012.

meccanismi di selezione avversa.

L'obiettivo di realizzare una collaborazione tra i diversi pilastri del sistema sanitario dovrebbe portare a rendere il *welfare* sostenibile rispondendo alle esigenze della collettività. Le mutue sanitarie integrative possono fornire un contributo in tal senso. Interventi legislativi dovrebbero portare a valorizzarle anche sul piano fiscale. Una uniformazione del trattamento fiscale tra mutue e assicurazioni a premio porterebbe ad un impoverimento delle prime. Del resto sistemi avanzati nella sanità integrativa come la Francia ammettono ai benefici fiscali anche le imprese di assicurazione purché sussistano strette condizioni e in particolare purché le stesse eroghino anche polizze di solidarietà¹³. Di recente il Ministro delle finanze francese ha emesso una circolare volta a precisare le condizioni per l'agevolazione fiscale¹⁴.

¹³ Cfr. J. M. ANDRE, *L'assurance maladie complémentaire en France: état des lieux et perspectives*, in *RDSS*, 2011, 210; M. BORGETTO, *Les complémentaires santé, renouveau ou déclin de l'assurance maladie?*, in *RDSS*, 2014, 789; B. DORMONT, *La couverture des soins par les assurances-maladie obligatoire et complémentaires: quels enjeux pour le système de soins?*, in *RDSS*, 2014, 806.

¹⁴ Circolare n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (NOR: AFSS1502895C) La présente circulaire apporte des précisions quant aux dispositions que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables suite aux modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Elle rappelle les dispositifs fiscaux et sociaux particuliers qui s'attachent à ces contrats, précise le contenu du nouveau panier de soins qu'ils doivent couvrir, les modalités d'entrée en vigueur de cette réforme ainsi que son application en cas de contrats multiples.

PARTE III

DOVE IL PUBBLICO NON ARRIVA IL CASO TOSCANA

IL SISTEMA SANITARIO TOSCANO. LA SUA EVOLUZIONE NEGLI ULTIMI DECENNI

Marco Geddes da Filicaia

SOMMARIO: 1. Una breve cronistoria. - 2. Lo stato di salute del SSN. - 3. Il sistema sanitario toscano. - 4. Il servizio sanitario toscano: provvedimenti e prospettive in un periodo di crisi economica. - 5. Qualche riflessione conclusiva sul quesito: "Dove il pubblico non arriva".

1. Una breve cronistoria

Nel 1970 con la legge n. 281 si è attuata, dopo lunga attesa, la nascita delle Regioni a statuto ordinario, a cui sono stati trasferiti, in occasione del ripiano dei deficit degli enti mutualistici, i compiti in materia di assistenza ospedaliera e vengono contestualmente sciolti i consigli di amministrazione degli enti ospedalieri (legge 17 agosto 1974, n. 386). Segue, con il d.p.r. n. 616/1977, il trasferimento agli Enti locali di ulteriori competenze in materia socio sanitaria: la gestione di tale settore è affidata ai Comuni e la programmazione ed organizzazione alle Regioni.

Con la Riforma sanitaria del 1988 (legge 23 dicembre 1988, n. 833) si crearono le Unità Sanitarie Locali, il cui bacino di utenza doveva di regola comprendere una popolazione fra i 50.000 e i 200.000 abitanti. Le USL erano il complesso dei presidi, uffici e servizi dei comuni singoli o associati, preposti ad assolvere, nel proprio ambito territoriale, i compiti del servizio sanitario nazionale. Tale orientamento legislativo, fortemente "municipalistico" nel senso più elevato del termine, corrispondeva peraltro ad una visione politico amministrativa propria della nostra regione. Furono istituite quaranta USL e il Comune di Firenze, ad esempio, era articolato in cinque USL (10A, B, C, D, E), ciascuna delle quali gestiva sia le attività territoriali, articolate in distretti, sia quelle ospedaliere. Ad esempio la 10 A comprendeva l'Ospedale di Santa Maria Nuova, fino ad allora Arcispedale, che aveva avuto, nel suo ambito, anche la "succursale" (in termini storici e non più di dimensione) di Careggi; la 10 E comprendeva l'Ospedale Pediatrico Meyer (allora localizzato nella sede originaria, in prossimità della ferrovia e delle Cure), l'ex manicomio di San Salvi, l'Ospedale Oftalmico; la 10 D l'Ospedale di Careggi e il CTO (fino ad allora dell'INAIL). Era la localizzazione del "fabbricato", per usare un termine da edilizia ospedaliera, che ne determinava l'attribuzione gestionale, restando peraltro nell'ambito delle competenze (e del patrimonio) del Comune in cui aveva sede.

Vorrei riprendere una riflessione di quegli anni sul servizio sanitario, poiché alcuni elementi sono analoghi all'attuale dibattito. La Riforma era una necessità

politica di grande rilievo per rispondere alle domande di una democrazia di massa e la paura dei costi era ingiustificata, come dimostrava il collasso del sistema mutualistico¹; "l'istituzione del SSN, al di là di alcune sue debolezze e di alcuni errori di prospettiva, fu e resta tuttora una delle riforme più importanti della storia dell'Italia repubblicana"².

La gestione della sanità affidata ai Comuni si confaceva agli orientamenti politici prevalenti nella Regione Toscana, per il riconoscimento della stretta connessione tra politiche della comunità locale e salute degli individui, oltre che nell'attribuzione alla comunità stessa della responsabilità verso i diritti dei suoi cittadini³. Si trattava di una visione in cui la capillarità dei servizi, la loro articolazione in distretti socio sanitari di piccole dimensioni (lo slogan "piccolo è bello", pervadeva anche il settore produttivo toscano, con la crisi delle grandi imprese e la tenuta delle piccole imprese organizzate in distretti industriali), rispondeva a una esigenza di "partecipazione", diffusa negli anni settanta nel paese e nelle realtà socio politiche più avanzate e che contribuiva a disegnare la organizzazione di altri settori della società: le amministrazioni cittadine articolate in quartieri, i consigli scolastici con gli organismi di partecipazione, le diverse forme di rappresentanza dei lavoratori previste dallo Statuto dei lavoratori ecc.

Con le riforme degli inizi degli anni novanta (d.lgs. nn. 509/1992 e 518/1993) si attua la *aziendalizzazione*, attribuendo alle aziende la personalità giuridica pubblica, l'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. La Regione Toscana istituisce 12 Aziende sanitarie territoriali e 4 Aziende ospedaliere: Santa Chiara di Pisa, Le Scotte di Siena, Careggi e Meyer a Firenze. Si ricalca, in questo modo, una articolazione provinciale (le 10 provincie a cui si aggiungono la Versilia e l'Empolese) e le Aziende ospedaliere sono identificate in riferimento alle sedi universitarie.

La Toscana sceglie, in questo modo, un modello che è stato definito "cooperativo – integrato", in cui si ricerca sia una integrazione istituzionale (il ruolo dei Comuni, con le conferenze dei sindaci ecc.), sia una integrazione socio-sanitaria. A tale modello si contrappongono altre soluzioni, quali quella della Lombardia, che attua un modello competitivo, con una vasta rete di offerta pubblica e privata, attraverso cui intende accentuare la qualità delle cure e il controllo della spesa⁴.

Segue una ulteriore riforma del sistema sanitario, volta a una sua razionalizzazione (Riforma Bindi, d.lgs. n. 229/1999) e, successivamente, la riforma del Titolo V

¹ G. RUFFOLO, *Riforme e controriforme*, Bari, Laterza, 1973.

² S. LUZZI, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli, 2004, 315.

³ M. ROSSANDA, *Il bene salute tra politica e società*, in *Rivista Democrazia e diritto*, Supplemento al n. 6/1988, 11.

⁴ R. DEL VECCHIO - A. ZANNA, *Sistema sanitario italiano: modelli regionali a confronto*, EGAP, 2013.

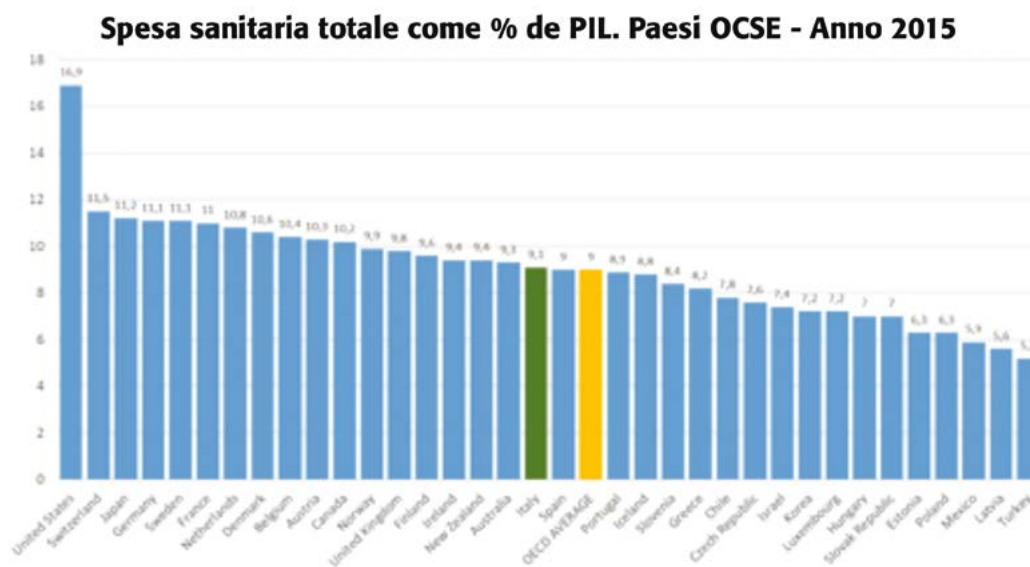
della Costituzione (legge cost. 18 ottobre 2001, n. 3), che attribuisce alle Regioni potestà esclusive in ambito sanitario.

2. Lo stato di salute del SSN

Riporto qui in sintesi, prevalentemente con immagini e schemi, lo “stato di salute” del Servizio sanitario nazionale, che risente fortemente della crisi finanziaria di questi anni.

L’Italia si caratterizza per una spesa sanitaria complessiva relativamente bassa, come evidenzia la Figura 1, che offre un confronto fra i paesi dell’OCSE.

Figura 1. - Confronto della spesa sanitaria totale come % del PIL – Paesi OCSE – Anno 2015.



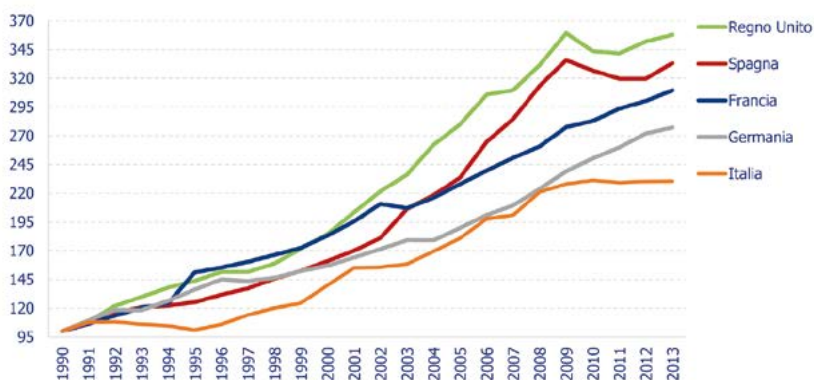
Fonte: *OECD Health Statistics*, 2016.

La posizione dell’Italia, prossima alla media, si colloca tuttavia a livelli inferiori di quasi tutti i Paesi dell’Unione Europea e assai distante dalle nazioni vicine, con situazioni socio economiche analoghe (Germania, Francia, Inghilterra); questo si traduce in una spesa sanitaria *pro capite*, in valori assoluti, estremamente più bassa rispetto ai principali Paesi dell’UE: Italia 3.740, UK 4.015, Francia 4.415, Belgio 4.614, Danimarca 4.943, Germania 5.217, Olanda 5.343 (\$ PPP; Anno

2015)⁵.

L'Italia, pur avendo avuto un tasso di incremento più contenuto nella spesa sanitaria pubblica rispetto ad altri Paesi che hanno attraversato analoghe crisi economiche, presenta negli ultimi anni un totale appiattimento (Figura 2).

Figura 2. - *Andamento della spesa sanitaria pubblica in cinque Paesi della UE dal 1990 al 2013 (1990 = 100).*

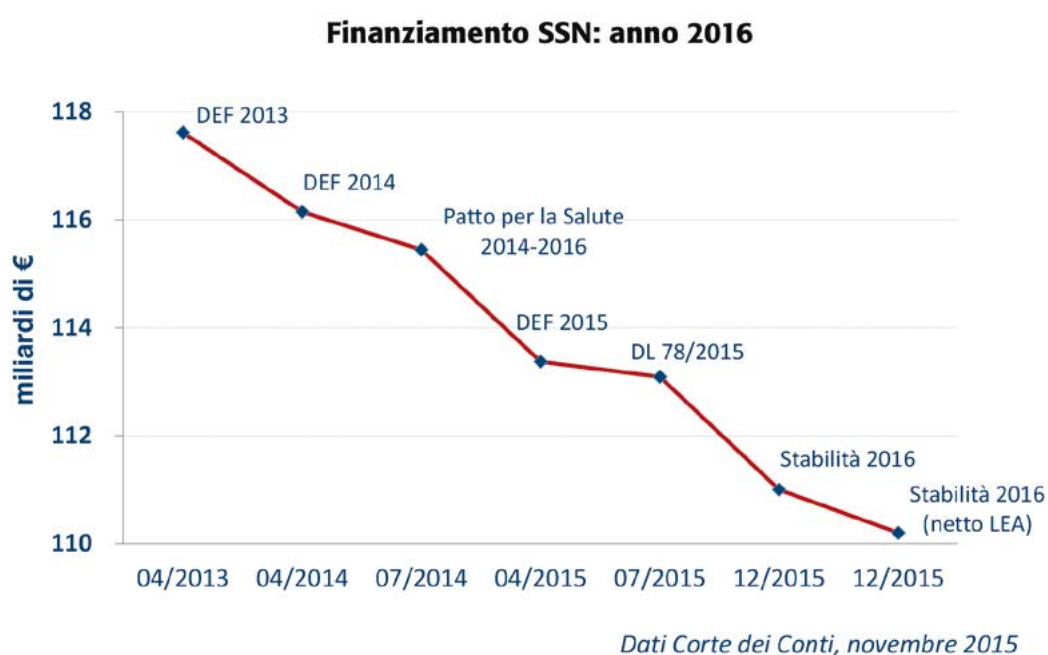


Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati OECD, 2015.

⁵ *Ibidem.*

Dal 2013 in poi il finanziamento del Servizio Sanitario nazionale ha avuto ulteriori contrazioni, come evidenzia una fonte autorevole, quale la Corte dei Conti⁶ in occasione dell'audizione alle Commissioni Bilancio riunite di Senato e Camera dei Deputati (Figura 3).

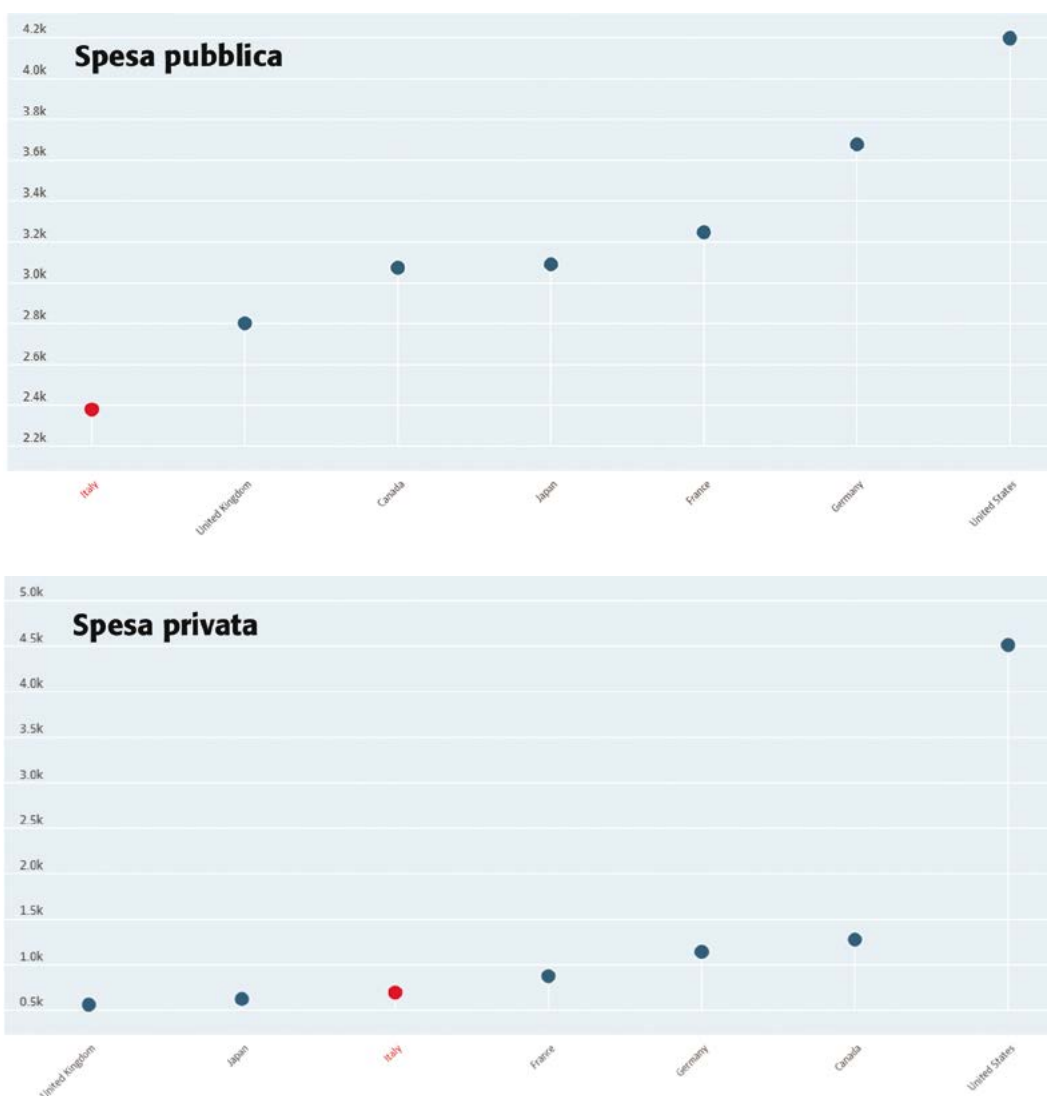
Figura 3. - Finanziamento SSN 2016 a seguito dei provvedimenti economici attuati dal 2013.

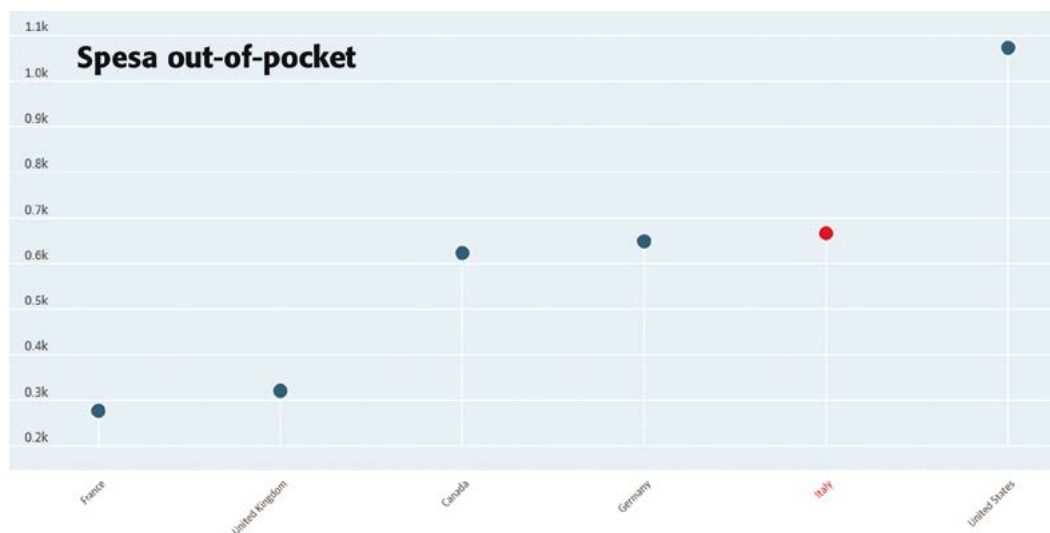


⁶ Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, Audizione sul Disegno di legge di stabilità 2016 presso le Commissioni Bilancio riunite di Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati.

Altra caratteristica del nostro Paese è che, a fronte di una spesa sanitaria pubblica ridotta e di una spesa sanitaria privata contenuta, la spesa sanitaria privata out of pocket, cioè pagata direttamente dal paziente, è, anche in termini assoluti, estremamente elevata, come evidenzia questo confronto (Figura 4).

Figura 4. - Il confronto con sei Paesi evidenzia come l'Italia si collochi con la più bassa spesa pubblica, la spesa privata a livelli bassi e la spesa out of pocket a livelli elevati, superata solo dagli Stati Uniti (dollari/pro capite, 2013).





Fonte: OCSE, *Health Expenditure and Financing: Health Expenditure Indicators*.

A fronte di queste risorse destinate alla sanità quale è la qualità del Sistema sanitario italiano? Una risposta sintetica appare difficile e, in particolare, fuorviante. I dati di organismi internazionali sono utili, ma dovrebbero essere interpretati con accuratezza e buon senso, e non – come spesso è capitato – utilizzati in *slogan* e per finalità estranee ad una utile valutazione.

Il nostro SSN è stato valutato fra i migliori da parte del WHO (2000)⁷ e del Rapporto Bloomberg del 2014⁸. Gli indicatori che lo rendevano tale erano tuttavia non fortemente correlabili al suo funzionamento. Nel rapporto del WHO grande rilievo avevano alcuni elementi, quali speranza di vita e mortalità infantile, che sono dati “di lunga durata” e connessi prevalentemente a determinanti extra-sanitari in senso stretto; il contenuto costo del servizio sanitaria nonché la copertura assistenziale generalizzata giocavano un ulteriore ruolo, anche nel Rapporto Bloomberg.

Più interessante – a mio modo di vedere – è evidenziare quelle che sono le criticità sulle quali sarebbe necessario intervenire, dato per acquisito che lo stato di salute della popolazione italiana è elevato, la copertura assistenziale ampia e basata su un sistema universalistico, cosa assai positiva!

Ho selezionato a tal fine una serie di indicatori rilevati nelle ultime inchieste a

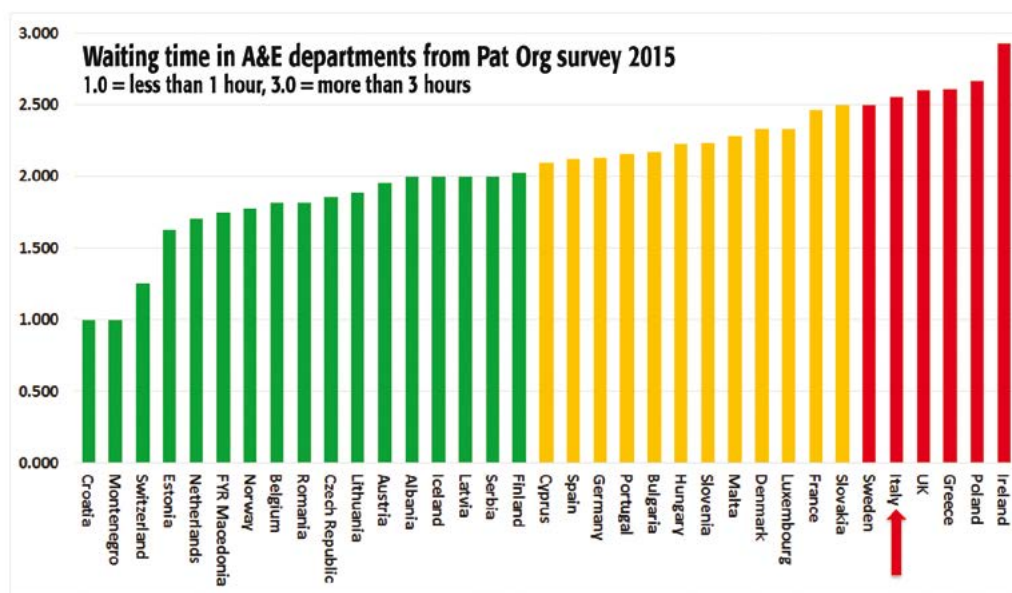
⁷ WHO, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva, 2000.

⁸ <http://www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>.

livello internazionale⁹, che propongo alla vostra attenzione (Figura 5):

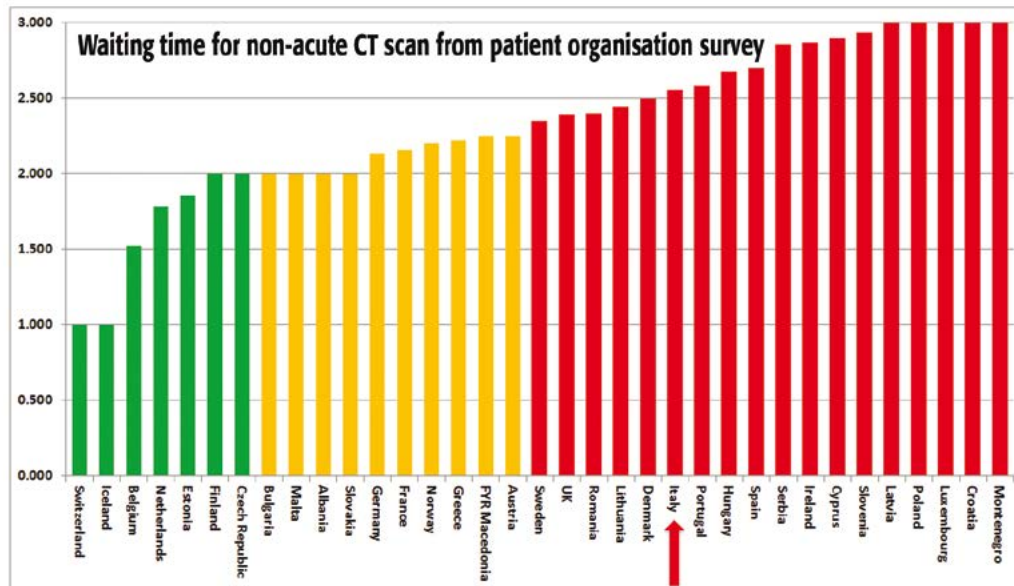
Figura 5.

A - I tempi di attesa al Pronto Soccorso

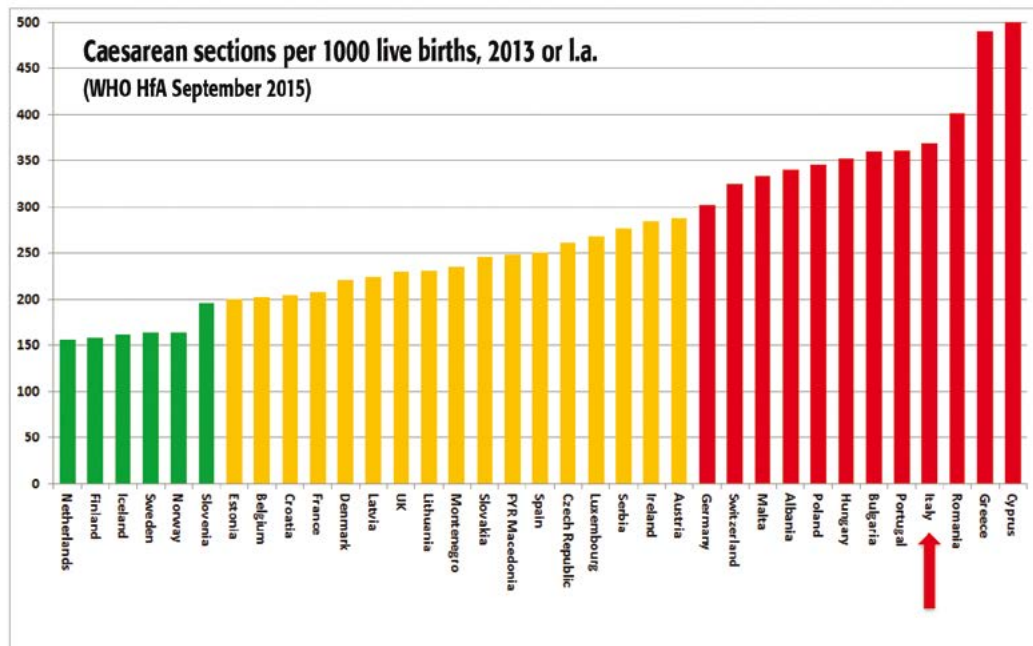


⁹ WHO, *Health for all database*, 2015; Eurostat, *Eurohealth*; OECD, *Health at a Glance*, 2015; European Observatory on Health System and Policies, 2015.

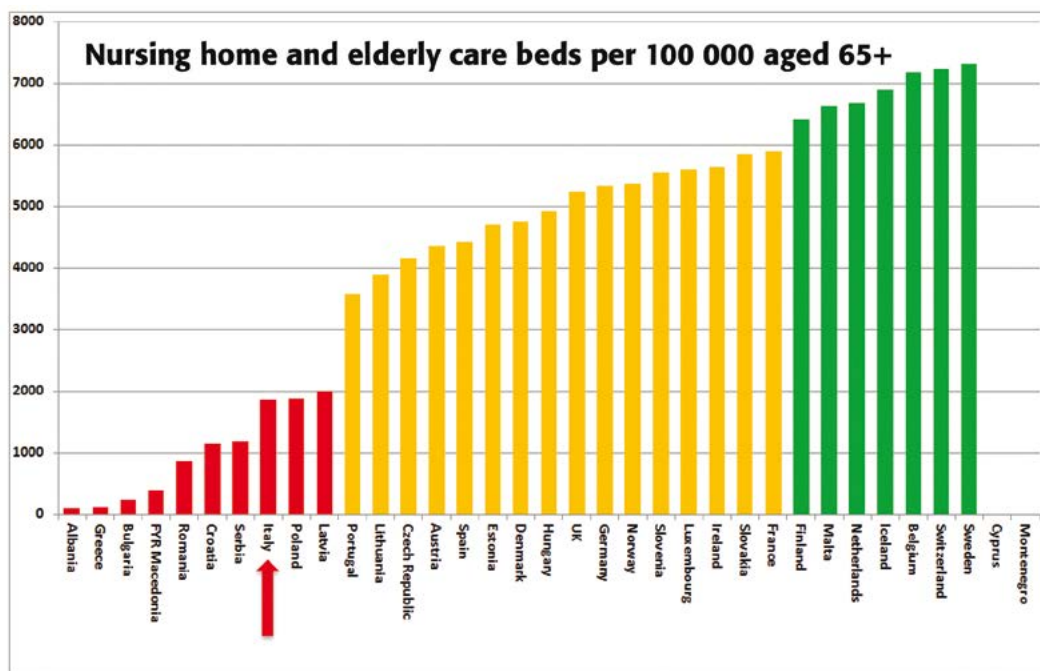
B - Attesa per una TC non in emergenza



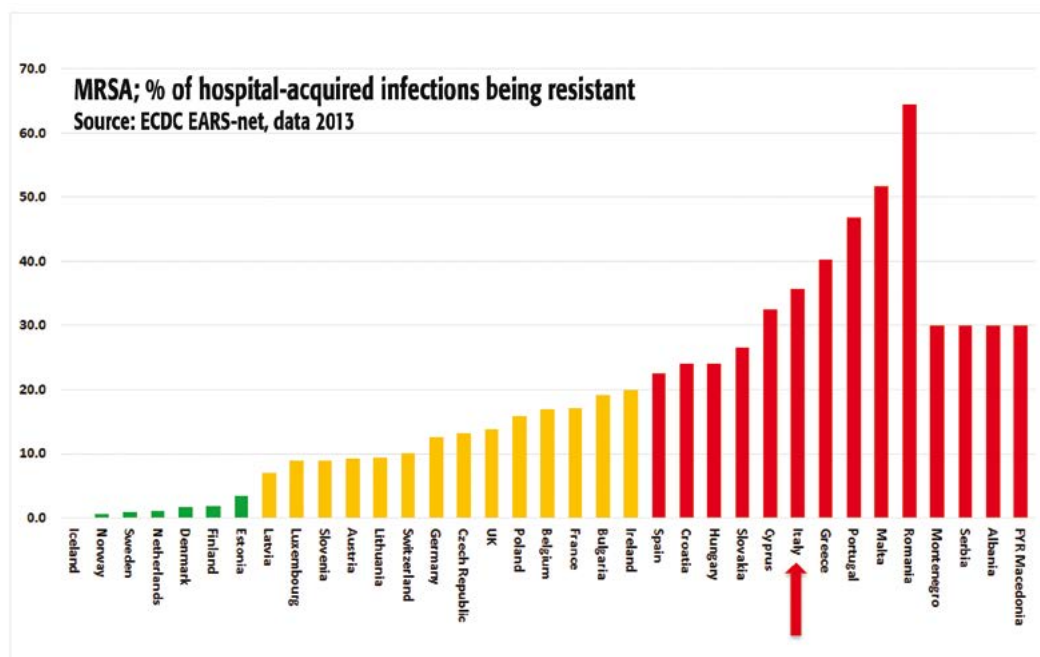
C - Tagli cesarei per 1.000 nati vivi



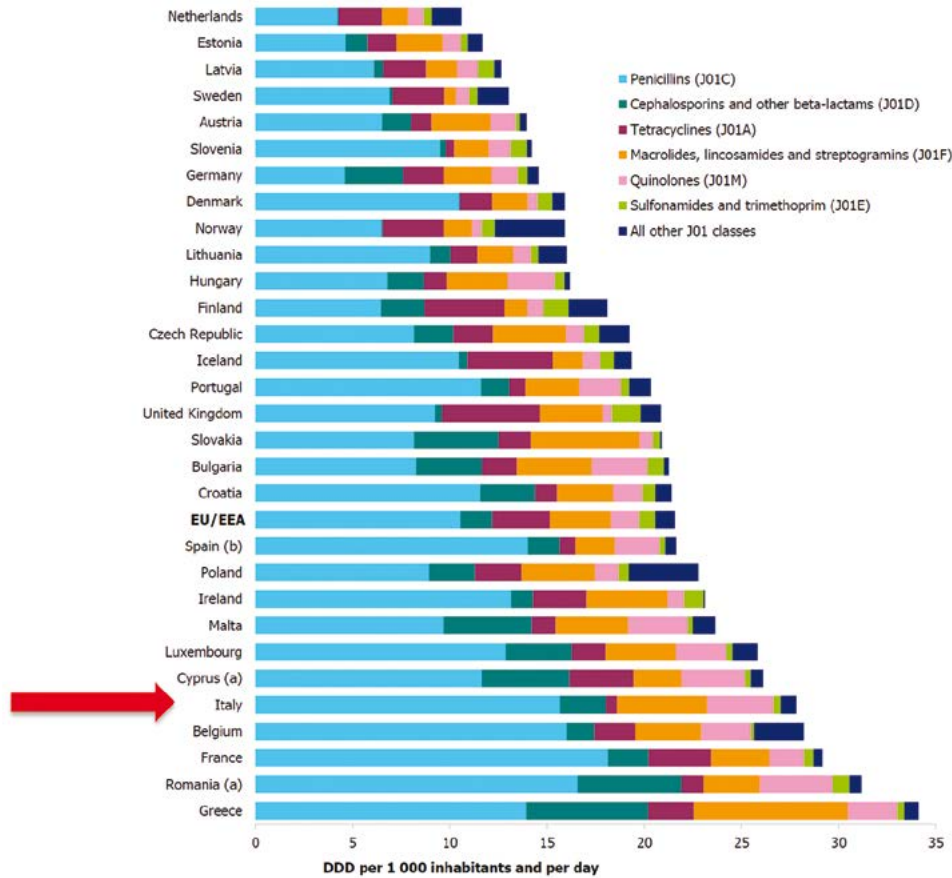
D - Letti per 100.000 anziani in residenze assistite



E - Infezioni MRSA (Stafilococco resistente alla Meticillina) acquisite in ospedale

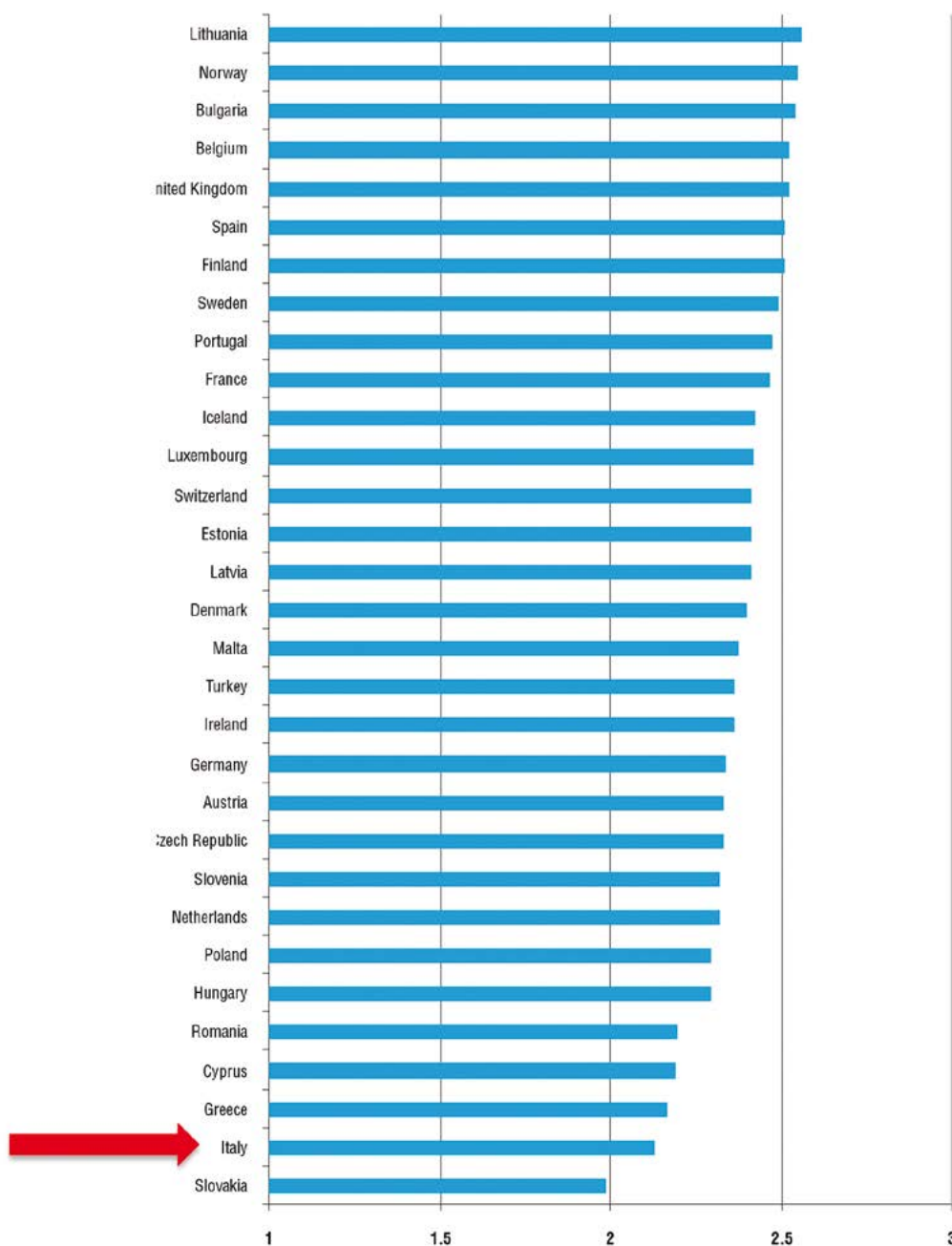


F - Consumo di antibiotici per abitanti



G - Livello di estensione (ampiezza della gamma di prestazioni offerte) dalla assistenza di base

Total comprehensiveness of primary care score by country (scale 1 (low) - 3 (high))



Questi indicatori evidenziano in modo significativo le criticità della assistenza sanitaria italiana.

Le carenze sono prevalentemente organizzative e gestionali, come evidenziano i tempi di attesa al pronto soccorso (A) e, in particolare, le attese nella diagnostica per immagini (B). I tempi di attesa sono una criticità del nostro sistema e non certo per carenza di risorse tecnologiche, dato che abbiamo circa il doppio delle Tac della Germania, oltre il doppio (2.3) della Francia e oltre il quadruplo (4.2) del Regno Unito! Analoga proporzione per molte altre tecnologie, quali ad esempio le Risonanze magnetiche. Una situazione quindi caratterizzata da una eccessiva presenza di tecnologie, che però presentano un livello di obsolescenza elevatissimo¹⁰.

Presentiamo un eccesso di tagli cesarei (C), per una non adeguata adesione alle linee guida e comportamenti inappropriati, specie in ambito privato.

A fronte di una rilevante rete ospedaliera, abbiamo carenze nella assistenza agli anziani (D), come peraltro nella assistenza domiciliare e nella lungo degenza.

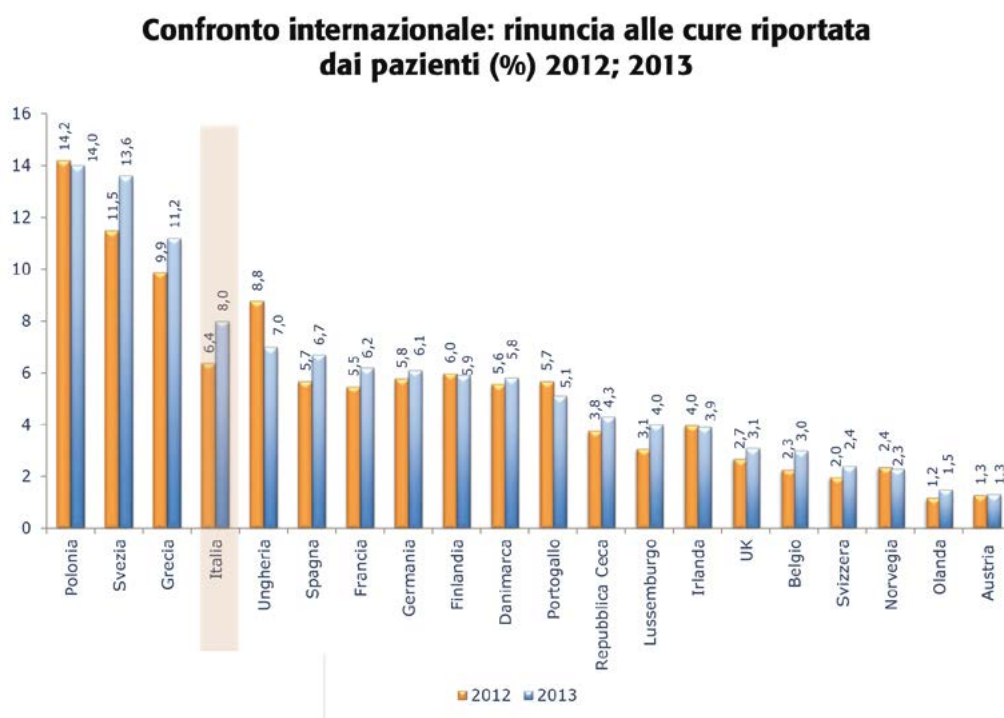
Grave la situazione delle infezioni ospedaliere resistenti agli antibiotici (E) per un duplice motivo: la scarsa igiene ospedaliera (isolamento, lavaggio delle mani) e, in particolare, l'elevato consumo di antibiotici, evidenziato nella Figura 5.F).

Infine il grafico G evidenzia la debolezza della medicina di base, che offre un limitato servizio, per carenza di aggregazione fra medici di base e specialisti, limiti della convenzione nazionale, scarsa prossimità a presidi diagnostici territoriali e conseguente ricorso improprio al pronto soccorso.

Questi dati, seppure sommari, rendono conto degli elementi di crisi dei servizi sanitari su cui si dovrebbe intervenire, a cui si aggiunge peraltro la crisi economica e l'incremento delle povertà, che ha portato, in Italia in misura assai accentuata, alla rinuncia alle cure (Figura 6).

¹⁰ ASSOBIOMEDICA, *Il parco installato delle apparecchiature di diagnostica per immagini in Italia: lo stato dell'arte tra adeguatezza, obsolescenza e innovazione in un'ottica di sostenibilità del sistema*, Studi, n. 32, novembre 2015.

Figura 6. - Confronto internazionale – rinuncia alle cure riportata dai pazienti (%); anni 2012 e 2013.

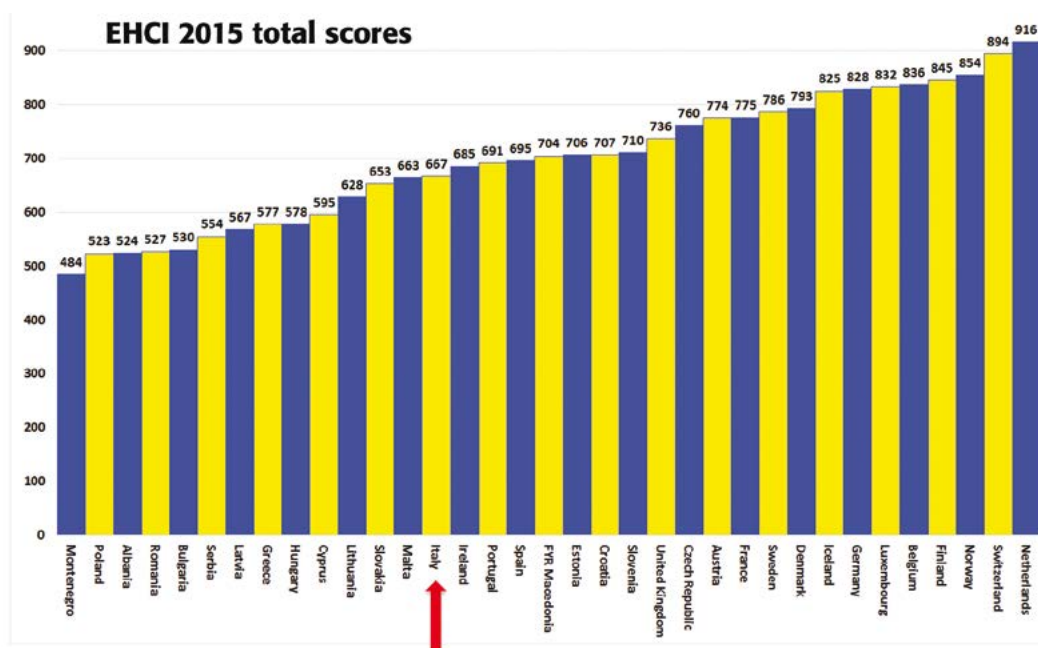


Nel nostro Paese, come risulta dalla indagine Istat sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (2014) il 49% delle prestazioni sanitarie per riabilitazione, il 40% della specialistica e il 23% della diagnostica è interamente pagato di tasca propria dagli utenti. Il sistema sanitario pare quindi restringere progressivamente il proprio intervento ai ricoveri e al medico di base, nella sua funzione più generalizzata di visita e, in particolare, di prescrizione.

Conseguentemente il giudizio sul servizio sanitario italiano, in base alle statistiche dell'Health Consumer Powerhouse (Figura 7), realizzate con 48 indicatori suddivisi in 5 classi, non risulta particolarmente positivo¹¹.

¹¹ L'indice è costruito in base a 48 indicatori suddivisi in: 1 - Patient rights and information; 2- Accessibility (waiting times for treatment); 3- Outcomes; 4 - Range and reach of services provided; 5 - Prevention; 6 - Pharmaceuticals. <http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015>.

Figura 7. - La valutazione del SSN italiano in confronto ad altri Paesi, anno 2015.



3. Il sistema sanitario toscano

Il quadro qui delineato non rende conto, ovviamente, delle notevoli differenze territoriali e del sistema sanitario toscano, in merito al quale si pone il quesito di dove stia andando.

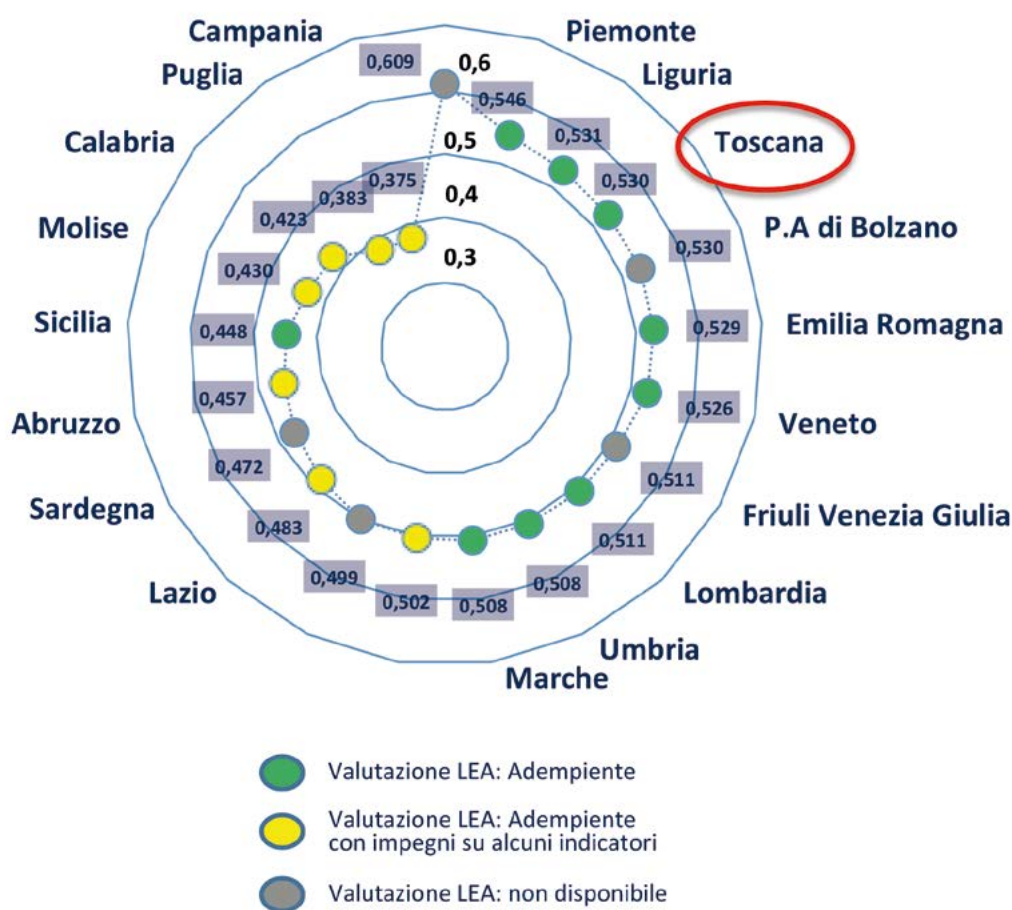
Dirò subito che la situazione sanitaria toscana, sia in termini di salute della popolazione che di sistema sanitario, si colloca nella fascia alta della graduatoria delle regioni, con punte di eccellenza. Anche qui, tuttavia, parrebbe utile una disamina critica, volta a verificare i punti su cui intervenire, lasciando da parte le periodiche graduatorie, in occasione delle quali ogni presidente o assessore evidenzia – forse inevitabilmente – la superiorità della propria regione.

Conseguentemente la Lombardia dichiara essere la più virtuosa, poiché per la sanità spende meno delle altre Regioni, in rapporto al proprio PIL. La spesa pro capite in termini assoluti, sia pubblica che privata, è invece assai inferiore nelle Marche e in Umbria. La Toscana ha vinto la gara sui LEA, classificandosi prima nel 2014 e l'Emilia Romagna batte le altre Regioni sul piano della integrazione socio-sanitaria, con un'elevata percentuale di anziani assistiti a domicilio (12%; media nazionale = 4%). Per equità e capacità di risposta ai bisogni di salute primeggiano, nell'ordine, Emilia Romagna, Umbria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto e

Piemonte¹².

Una indicazione della performance complessiva della sistema toscano è ricavabile dalla Figura 8, che mette insieme le *performance* (la Toscana è in posizione analoga alla PA di Bolzano e all'Emilia Romagna) e la griglia dei Lea (Livelli Essenziali di assistenza).

Figura 8. - Valutazioni di performance e Adempimento Lea.

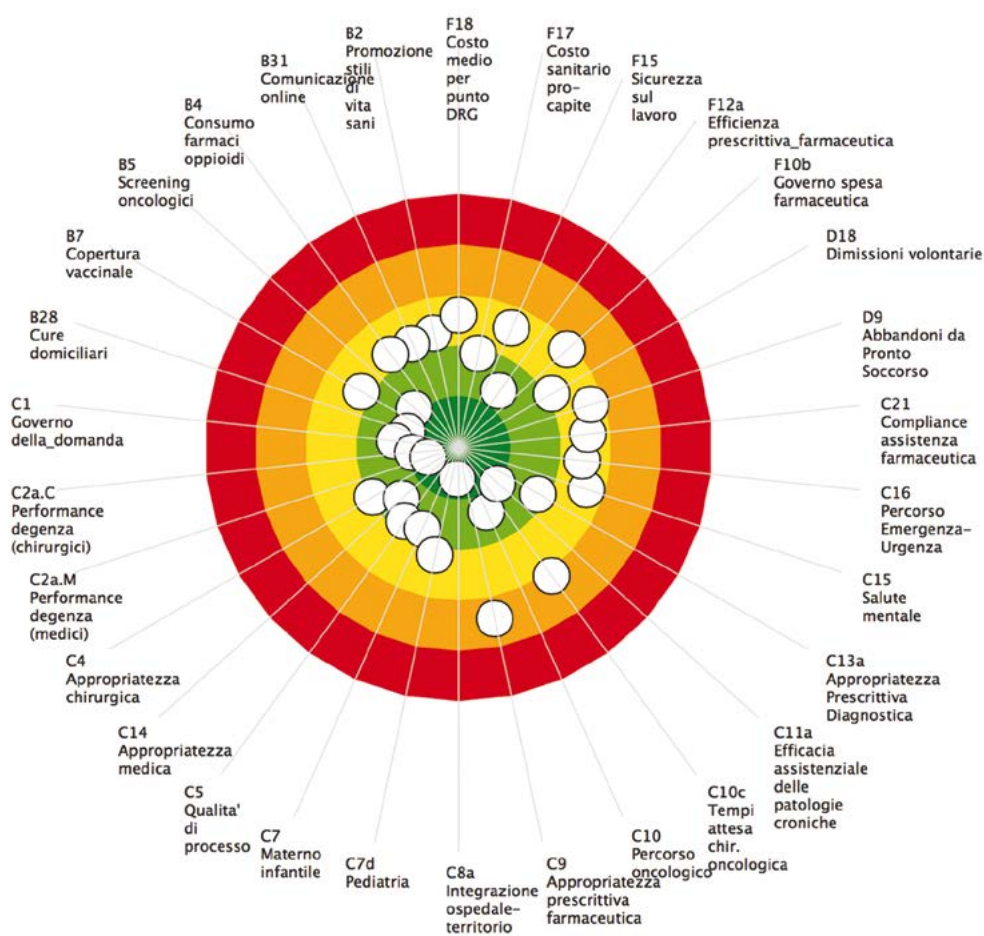


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati del Ministero.

¹² MERIDIANO SANITÀ, *Rapporto 2015*, 129.

Un quadro ancor più positivo si ottiene dal confronto (limitato a 12 Regioni) del Bersaglio MeS (Università Sant'Anna di Pisa)¹³, che riportiamo, per la Toscana, nella Figura 9.

Figura 9. - Bersaglio MeS 2015. Risultati della Toscana.



La Toscana presenta i risultati migliori rispetto alle altre undici Regioni che hanno aderito recentemente a tale sistema di valutazione, anche se questo è ovviamente dovuto in parte al progressivo "affinamento" delle singole Aziende toscane rispetto agli specifici indicatori selezionati, nel corso di vari anni.

¹³ <http://performance.sssup.it/netval/start.php>.

Un ulteriore dato di confronto fra Regioni è rappresentato dalla soddisfazione degli utenti, in base ad indagini su campioni di popolazione. Anche questa rilevazione¹⁴ offre il consueto scenario geografico, con l'evidente gap fra centro-nord e Regioni meridionali (Figura 10). I dati sono aggiornati al 2014, mentre una rilevazione più recente a livello nazionale nel suo complesso (Censis 2016) evidenzia un generale peggioramento nel gradimento del servizio: il 45,1% degli intervistati ritiene infatti che il servizio sanitario sia peggiorato (contro il 2,5% della rilevazione effettuata nel 2015)¹⁵, a riprova delle difficoltà che sta attraversando la sanità italiana.

Figura 10. - Risposte alla domanda: quanto ti soddisfa il sistema sanitario pubblico (anno 2014)?



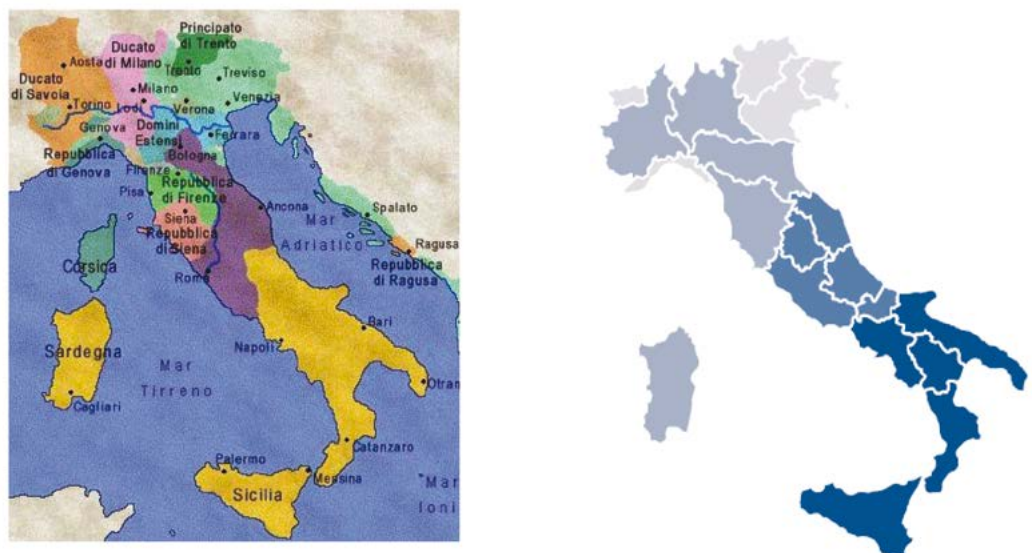
¹⁴ Test Salute 110, giugno 2014.

¹⁵ CENSIS, *Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo. Sintesi dei principali risultati*, Roma, 8 giugno 2016.

L'elemento impressionante, nella mappatura degli indicatori sanitari, è l'immagine che offrono della nostra nazione, sostanzialmente indipendente dal tipo di indicatore prescelto, che sia esso la copertura di screening oncologici, il consumo di antibiotici o la soddisfazione per il SSN.

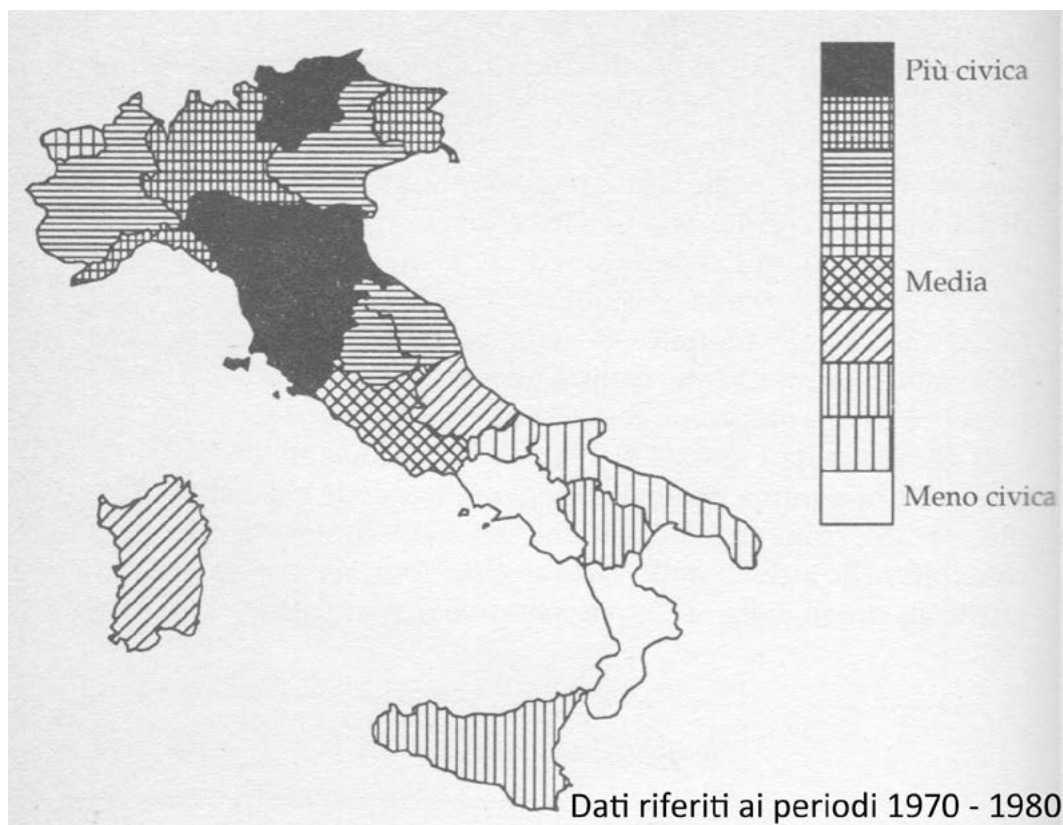
La Figura 11 riporta, sulla sinistra, la carta politica dell'Italia pre-unitaria con i diversi Stati e, a destra, i consumi di antibiotici (dose per abitante) che, se correttamente prescritti e utilizzati, devono essere bassi (colore meno intenso).

Figura 11. - *Gli Stati italiani in periodo pre-unitario (a sinistra) e i consumi di antibiotici per abitante negli ultimi anni.*



Questa immagine mi ha fatto venire in mente i lavori effettuati negli anni Ottanta e Novanta dal sociologo americano Robert Putman¹⁶, che ha mappato le diverse Regioni italiane in base ad una serie di parametri, al fine di "pesare" le virtù civili: voti di preferenza (indicatore negativo); affluenza alle urne; lettori di giornali; presenza di associazioni sportive e culturali. Il risultato rilevava non solo la distribuzione del "civismo", ma evidenziava anche la forte relazione fra il "civismo delle comunità" e il rendimento delle istituzioni (fattibilità dei progetti regionali; tempi di attuazione di una pratica; qualificazione e impegno del personale ecc.).

¹⁶ R.D. PUTNAM, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Milano, Mondadori, 1993.

Figura 12. - *La comunità civica nelle Regioni italiane.*

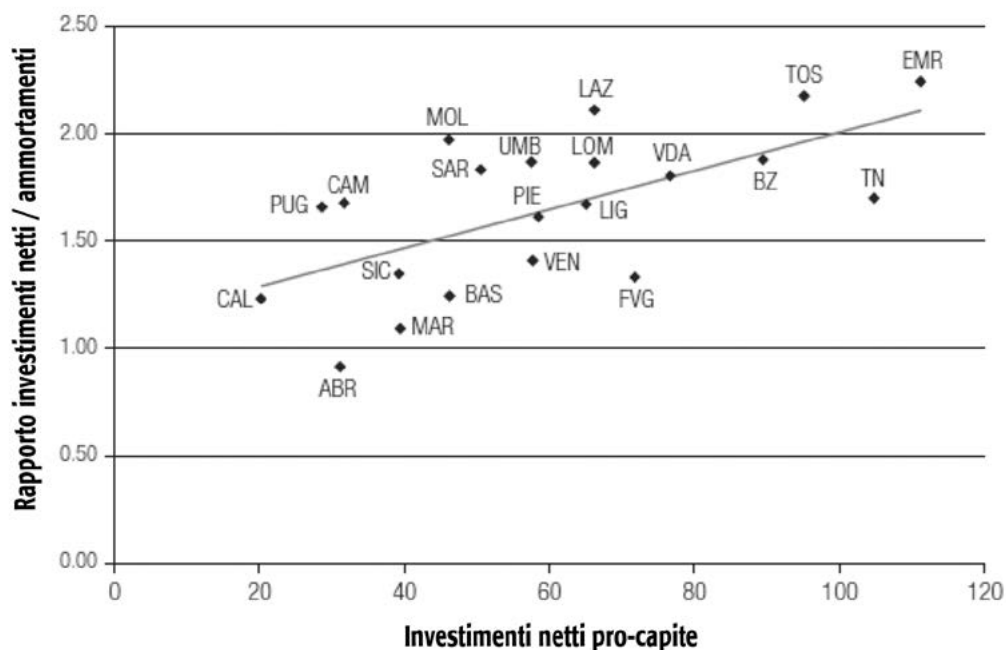
Questa raffigurazione sembra suggerire quindi che i “fattori di lunga durata”, insiti nella cultura sociale delle comunità, giochino un ruolo preponderante e – nel bene e nel male – assai stabile, anche nel funzionamento dei servizi sanitari, che sono servizi alla persona, la cui qualità è in larga parte radicata nelle capacità organizzative, relazionali, culturali degli operatori e nelle loro modalità di lavorare collegialmente.

Un dato che da un lato offre una visione positiva, di “radicamento” delle capacità di risposta di un servizio, cosicché talora ho affermato che la qualità dell’assistenza (ma anche del paesaggio, dell’urbanistica ecc.) è in larga parte da attribuire, in Toscana, al periodo leopoldino e ai suoi molteplici provvedimenti in campo giuridico, politico ed economico. Dall’altro lato evidenzia anche l’incapacità di superare le profonde differenze territoriali, in particolare con il meridione d’Italia.

Inoltre alcuni indicatori usati da Putman hanno conosciuto un rapido cambiamento in Toscana, e mi riferisco nello specifico alla partecipazione al voto, quasi a ricordarci che non vi sono “virtù” stabili, se non ben coltivate.

Sotto il profilo degli investimenti la Regione Toscana presenta una notevole capacità di spesa, - nell'ambito di un quadro nazionale non certo virtuoso - migliore di molte altre Regioni. Nel periodo 2008-2014, malgrado la contingenza finanziaria, gli investimenti delle aziende sanitarie toscane ammontano complessivamente a 3.018.880.297. La Figura 13 evidenzia il rapporto investimenti e ammortamenti nelle varie Regioni.

Figura 13. - *Investimenti netti pro capite e rapporto investimenti/ammortamenti, per Regione (media annuale periodo 2004-2010)*¹⁷.



4. Il servizio sanitario toscano: provvedimenti e prospettive in un periodo di crisi economica

Come ha risposto la Regione Toscana alla riduzione delle risorse e, complessivamente, alla crisi che sta investendo il sistema di *welfare*? Ha seguito,

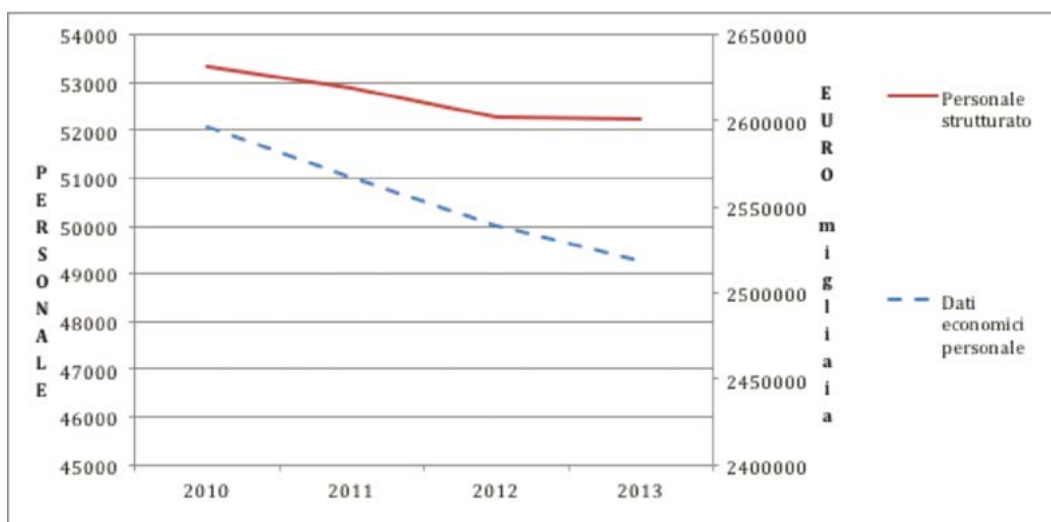
¹⁷ UNIVERSITÀ COMMERCIALE LUIGI BOCCONI - CER GAS, *Rapporto OASI 2013. Executive summary*.

volente o nolente – ma spesso anche “volente” – gli indirizzi nazionali operando con più modalità, che esaminiamo sinteticamente.

Riduzione del personale

Vi è stata una progressiva riduzione del personale, come appare anche dal grafico sottostante (Figura 14); un’operazione che è proseguita anche negli anni più recenti, con evidenti ricadute sul sistema sanitario.

Figura 14. - *Personale del Servizio sanitario toscano e spesa per il personale. Periodo 2010-2013.*



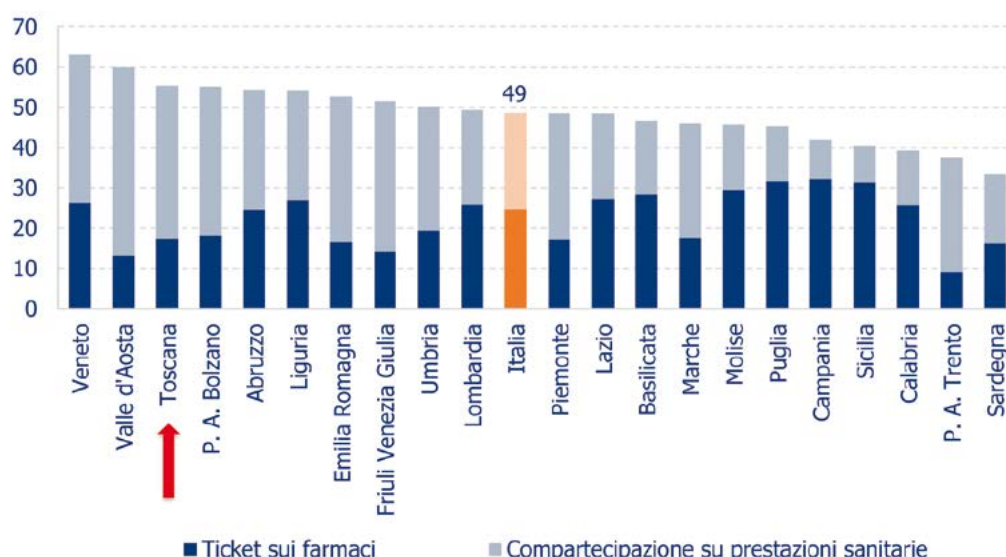
La riduzione del personale ha provocato un impoverimento dei servizi, in particolare di quelli territoriali. In tale contesto gioca inoltre un ruolo la non adeguata distribuzione delle risorse, una rigidità nel loro utilizzo per motivi sindacali e normativi, un orario di lavoro ridotto rispetto agli altri Paesi¹⁸ e l’adeguamento alla nuova normativa europea sugli orari di lavoro, che comporta la necessità di nuove assunzioni.

¹⁸ L’orario di lavoro, negli altri Paesi, è generalmente assai maggiore di quello italiano (e le ferie più limitate). In Spagna l’orario settimanale è di 37,5 ore, in Olanda 40-48 ore con turni di reperibilità fino a 55 ore, in Francia 48 ore, in Inghilterra 40 ore, con possibile adesione all’*opt-out* (rinuncia del tempo); in Germania 40 ore e fino a 58 con adesione all’*opt-out* (quotidianosanita.it, mercoledì 27 luglio 2016). Livelli ancora maggiori di orario di lavoro in altri Paesi, in particolare Stati Uniti e Svizzera.

La politica dei ticket

Un ulteriore intervento, assai pesante, è stato effettuato tramite la compartecipazione alla spesa, ovvero i *ticket*. La compartecipazione – ovvero questa tassa di carattere non progressivo, che grava sulle persone malate e che ha perso ogni funzione in termini di responsabilizzazione su eventuali sprechi – è nella nostra regione estremamente elevata (Figura 15) e ha avuto, nel 2015, il massimo incremento (insieme alla Sardegna) (+ 5,7%).

Figura 15. - Compartecipazione pro capite dei cittadini attraverso ticket sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie nelle Regioni (euro), anno 2014.



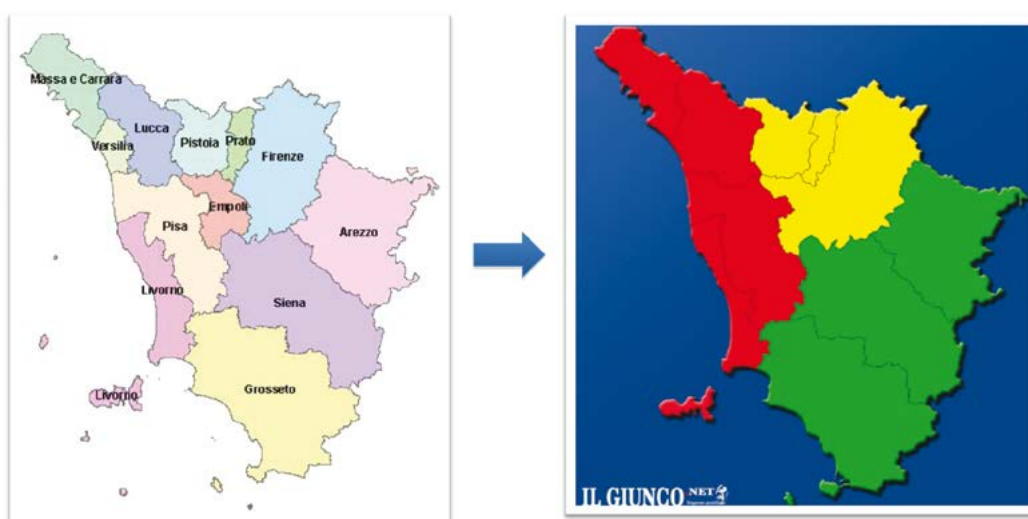
La politica toscana dei *ticket* ha introdotto, in analogia ad alcune altre regioni, fasce di reddito, che se da un lato permettono di gravare in misura più contenuta sui redditi bassi, ha orientato i redditi medio – alti, specie dei dichiaranti (personale dipendente) – ad un ricorso al privato, in cui i costi sono comparabili ai ticket e l'accesso facilitato.

Interventi organizzativi-istituzionali

Ulteriore iniziativa, di tipo istituzionale – organizzativo, è stata il passaggio da 12 a 3 ASL, mantenendo le 4 Aziende ospedaliere. Questo provvedimento, annunciato come "taglio delle poltrone" e riduzione dei costi gestionali (eliminazione di

numerosi direttori generali, sanitari e amministrativi) in realtà non poteva avere tale finalità, perché la maggior parte di tali professionisti è in aspettativa dal proprio ruolo apicale all'interno del servizio sanitario toscano e, in particolare, perché la nuova architettura ha comportato una serie di figure intermedie e di uffici per il coordinamento delle aree vaste con le Aziende ospedaliere.

Figura 16. - Accorpamento delle Aziende sanitarie toscane a seguito della riforma approvata nel 2015.



In realtà dietro a tali ristrutturazioni vi sono intendimenti di vario genere, che, anche sulla base di esperienze di altri paesi, come attesta un recente rapporto inglese intitolato *Il trionfo della speranza sulla esperienza*¹⁹, possono essere così riassunte:

- a) la difficoltà e la scarsa capacità per i decisori ad intervenire nei meccanismi decisionali clinico – assistenziali, che richiedono una costanza di lavoro e di integrazione con le figure professionali;
- b) la popolarità delle filosofie di *management*, che comportano diverse iniziative di esternalizzazione, di controllo diretto dei processi centralizzandoli ecc.;
- c) la volontà ad aggredire la burocrazia;
- d) la necessità di orientare più efficacemente le limitate risorse;
- e) l'ipotesi di realizzare economie di scala.

¹⁹http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/Publications/Documents/Triumph_of_hope180610.pdf.

In realtà le evidenze empiriche di beneficio funzionale e finanziario sono scarse e spesso l'incremento di dimensione organizzativa coincide solo con un incremento di complessità. Inoltre le barriere, fra servizi e fra professionisti, permangono anche all'interno delle organizzazioni, talora in misura superiore che fra le organizzazioni stesse e la fusione dovrebbe essere la tappa finale, piuttosto che l'inizio, di un processo di aggregazione, volto a superare differenze procedurali e culturali²⁰.

Vi sono, tuttavia, anche motivi "extrastrutturali"; in un'analisi pubblicata alcuni anni fa²¹, in ambito anglosassone, si evidenziavano altre motivazioni, che attengono alla sfera del confronto e consenso politico, che sono state presenti anche nel caso toscano:

- a) dimostrare, con chiarezza che "qualche cosa è stato fatto!", anche in relazione alle sollecitazioni provenienti dal governo nazionale, seguendo, o anticipando, un certo attivismo;
- b) richiamare l'attenzione dei *mass media*, assai più interessati ai cambiamenti strutturali che all'attività puntuale di riorganizzazione quotidiana negli ospedali e nei servizi territoriali;
- c) dare una dimostrazione della "capacità di intervento del potere", che coincide con una visione della regione come struttura amministrativa;
- d) avere occasione di un ricambio e ricollocazione dei dirigenti.

Tuttavia le prove a favore di una efficacia di queste riorganizzazioni restano assai scarse, anche per i settori non sanitari di servizi e di amministrazioni pubbliche, specie se ricche di competenze e professionalità.

Integrazione con il volontariato

La Regione Toscana ha ampliato, in particolare nell'ambito dei servizi diagnostici, la propria collaborazione – integrazione con la rete del volontariato, che rappresenta una realtà forte e capillarmente diffusa.

L'avvio del rapporto con il volontariato, in tale settore, si è avuto nel 2013²², ma il notevole sviluppo e gli investimenti in ambito specialistico e diagnostico, da parte delle associazioni di volontariato, è frutto della loro iniziativa e della disponibilità di risorse e conseguenza dello spazio lasciato dal servizio sanitario

²⁰ T.P. BOJKE et al., *Is Bigger Better for Primary Care Group and Trusts?*, Bmj 20322:599-602, 2001.

²¹ D.R. COID - H. DAVIES, *Structural Change in Health Care: What's the Attraction?* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408629/pdf/278.pdf>.

²² Delibera g.r.T., 16 dicembre 2013, n. 1133, *Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e la Confederazione nazionale Misericordie d'Italia - Conferenza regionale della Toscana, l'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze - Comitato regionale toscano, il Comitato regionale della Croce Rossa Italiana.*

pubblico, con elevati *ticket* e lunghe liste di attesa. Peraltro il volontariato toscano presenta molteplici punti di forza, e in particolare:

- a) una presenza capillare sul territorio toscano;
- b) la presenza di strutture territorialmente radicate, anche sotto il profilo patrimoniale, grazie alla adesione di soci e, in particolare, alla gestione dei cimiteri;
- c) l'adesione degli associati e, anche indirettamente, dei cittadini;
- d) le tariffe sociali che facilitano l'accesso, anche differenziate per i soci;
- e) l'accesso alle prestazioni in tempi immediati o adeguati;
- f) i percorsi burocratici "friendly", con la partecipazione, in funzione di supporto, di volontari.

Gli schemi che seguono²³ danno una rappresentazione, seppure parziale, delle risorse ambulatoriali e diagnostiche delle due associazioni di volontariato nella realtà fiorentina.

MISERICORDIA

- Firenze: 4 presidi a Firenze (Adimari, Sansovino, Mille, Novoli) circa 120.000 prestazioni all'anno, 5% in convenzione 95% a pagamento la Misericordia di Empoli;
- Sesto Fiorentino: tutte le attività specialistiche e diagnostiche in parte anche in convenzione compreso la radiologia (ad esclusione della TC e della RM); endoscopia apparato digerente;
- Campi Bisenzio: tutte le attività specialistiche e diagnostiche in parte anche in convenzione compresa la radiologia con TC e RM;
- Rifredi, Badia a Ripoli, Antella, Galluzzo: attività specialistiche e diagnostiche.
- Prato, Pistoia e Borgo San Lorenzo: attività specialistiche e diagnostiche in parte anche in convenzione compreso la radiologia con TC e RM.

FONDAZIONE PUBBLICA ASSISTENZA

Presente sul territorio con 5 sedi ambulatoriali (Scandicci, Firenze Q4, Pontassieve, Montebonello e Campi) ed oltre 150 professionisti sanitari.

Progetto Ausili Km zero. Esempio: Scandicci

- visite specialistiche ambulatoriali: agopuntura, allergologia, angiologia, cardiologia, chirurgia, generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, dermatologia, dietistica, ematologia, endocrinologia, farmacologia,

²³ Si ringraziano i colleghi Carlo Cappelletti e Alessandro Paoli per le informazioni fornite.

gastroenterologia, geriatria, ginecologia, logopedia, medicina interna, medicina del lavoro, malattie apparato respiratorio, neurologia, oculistica, nefrologia, odontoiatria, oftalmologia, ortopedica, ortottica, otorinolaringoiatria, pneumologia, podologia, psichiatria, psichiatria, psicologia, reumatologia, urologia;

- diagnostica per immagini: RM, TC, Mammografia, Rx, Moc, Eco;
- medicina fisica e riabilitazione: trattamenti riabilitativi e terapie strumentali.

Appare evidente, anche da questo sintetico esame di alcune realtà, che siamo di fronte a strutture di rilievo, con tecnologie diagnostiche e una gamma di attività ampia, che viene a coprire l'insieme delle tipologie di domanda sanitaria extra ricovero.

5. Qualche riflessione conclusiva sul quesito: "Dove il pubblico non arriva"

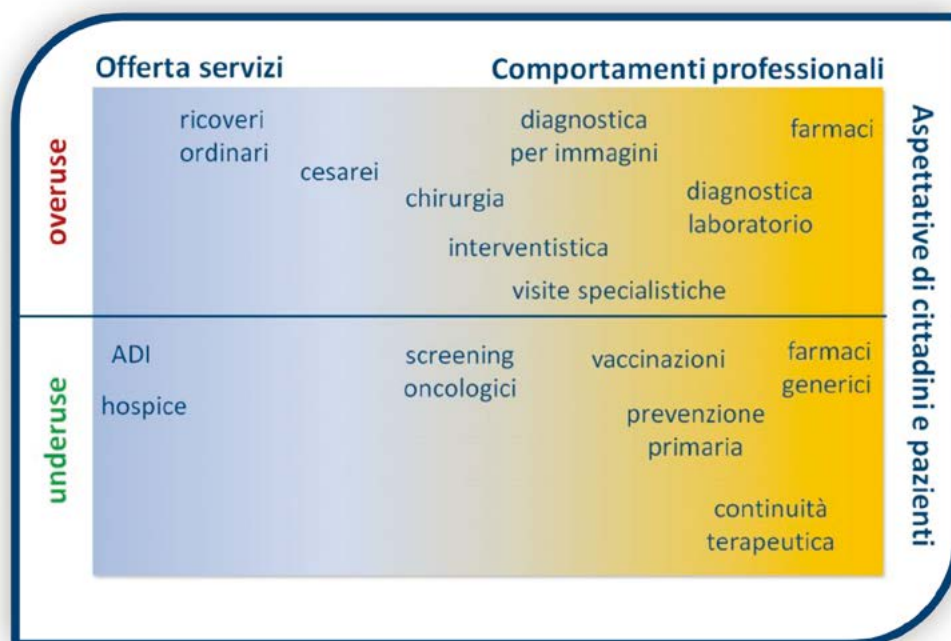
A mio parere il quesito potrebbe essere posto non tanto in termini: "Dove il pubblico non arriva?", ma "Dove il pubblico vuole arrivare?".

Roy Romanow nelle conclusioni della *Commission on the Future of Health Care* in Canada afferma: "Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia. Non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie), ma si tratta di definire i principi che consentono di specificare i termini della sostenibilità di un sistema sanitario"²⁴.

Si tratta pertanto di capire, anche nell'ambito della nostra Regione, se l'intendimento sia solo quello di contenere la spesa sanitaria pubblica, in riferimento a manovre contingenti, in orizzonti ravvicinati e non strategici, ovvero se siamo interessati invece a contenere e qualificare la spesa sanitaria complessivamente.

Questo secondo obiettivo comporta da un lato di "investire in salute", in termini di prevenzione, e dall'altro di operare con disinvestimenti e riallocazioni, sospendendo l'erogazione di interventi inefficaci, inappropriati e dal basso *value*.

²⁴ R.J. ROMANOW, *Building of Values. The Future of Health Care in Canada. Final Report*. Novembre 2002.

Figura 17. - Distribuzione di interventi sovra e sotto utilizzati²⁵.

Se la strategia messa in atto, anche attraverso il rapporto con la rete di volontariato, è quella di una selezione fra prestazioni “ad alta complessità” affidate al pubblico e diagnostica e specialistica al privato, gli effetti saranno di attuare una selezione fra ceti che, esenti *ticket*, si rivolgono al pubblico e ceti che si avvalgono del privato e che pretenderanno progressivamente di uscire – almeno parzialmente – dal sistema pubblico per avvalersi di un sistema assicurativo.

L'altro elemento critico di tale strategia consiste che, a fronte di risparmi nella spesa pubblica immediata, si rischia di generare un incremento di spesa complessiva che poi si riflette anche sul pubblico, per completare percorsi diagnostici e terapeutici generati da un consumismo e da una *overdiagnosis*.

Anche questo (*overdiagnosis*) è un tema di grande attualità che richiamo alla vostra attenzione con un solo esempio: si stima che in Italia nel corso del periodo 1988-2007 si siano avuti 65.000 casi di *overdiagnosis* di tumore della tiroide²⁶.

²⁵ GIMBE, *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025*, 7 giugno 2016.

²⁶ S. VACCARELLA - S. FRANCESCHI et al., *Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing*

Ora la diffusione di tecniche diagnostiche e il loro uso, talora inappropriato, comporta un incremento di percorsi che poi si completano inevitabilmente, nella loro porzione più onerosa (ricovero, interventi ecc.) nel sistema sanitario pubblico.

Un rapporto virtuoso comporta una capacità di orientamento e controllo della domanda, una adeguata gestione nella distribuzione dell'offerta (che, spesso, genera la domanda), una rete di percorsi integrati, seppure affidati a soggetti diversi in base a criteri di sussidiarietà.

Quale fra queste opzioni sceglierà la nostra Regione non sono ancora in grado di discernerlo.

I presupposti di un rapporto integrato con il privato sociale e il volontariato comportano una forte *governance*, un sistema informativo unificato e di alto profilo, una rinuncia, da parte dei diversi soggetti, ad una parte della loro autonomia (non della loro identità), tutti elementi che ancora non emergono con adeguata evidenza.

Impact of Overdiagnosis, N Engl J Med, 375, 7, 2016, 614-617.

PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO TOSCANO

Emanuele Rossi

SOMMARIO: 1. Chiarimenti definitivi e delimitazione del campo di indagine. - 2. A mo' di premessa: il ruolo del Terzo settore nel *welfare* sociale e sanitario italiano. - 3. I precedenti storici della legislazione regionale toscana attuale: la legge reg. n. 72/1997 e lo statuto regionale del 2005. - 4. L'evoluzione successiva della legislazione toscana in materia sanitaria e sociale. - 5. L'integrazione pubblico-privato nell'attuale assetto normativo del sistema sanitario toscano: i principi ispiratori della legislazione regionale. - 6. Il ruolo riconosciuto ai soggetti *profit* nell'organizzazione del sistema sanitario toscano. - 7. Il ruolo riconosciuto ai soggetti *non profit* nell'organizzazione del sistema sanitario toscano. - 8. *Segue*. Il coinvolgimento dei soggetti *non profit* nell'organizzazione e nelle attività delle Società della salute. - 9. *Segue*. Il ruolo dei soggetti *non profit* nel "sistema di emergenza urgenza". - 10. Il rapporto pubblico/privati nel campo dell'assistenza sociale. - 11. Considerazioni d'insieme.

1. Chiarimenti definitivi e delimitazione del campo di indagine

L'esame del tema richiede alcuni chiarimenti preliminari sul piano dei concetti e delle relative definizioni, oltre ad una doverosa delimitazione del campo di indagine. Ciò in relazione ai punti che sinteticamente enuncio.

In primo luogo, occorre chiarire a cosa ci riferiremo nell'analizzare il "pubblico" e il "privato". È a tutti noto che il sistema italiano relativo alla tutela del diritto alla salute e del diritto all'assistenza sociale è un sistema incentrato su un forte ruolo del "pubblico", coerentemente al modello di Stato sociale che la Costituzione del 1948 ha disegnato. Non analizzerò tuttavia, in questa sede, quanto di competenza delle amministrazioni pubbliche nella garanzia dei diritti richiamati, bensì mi limiterò a considerare come in tale sistema (con specifico riferimento all'ordinamento toscano) si inserisca il "privato", e come i soggetti pubblici (in particolare, quelli facenti capo all'ordinamento regionale) operino per valorizzare le attività di interesse generale poste in essere dai soggetti privati al fine di coordinarle con gli obiettivi pubblici¹: in altre parole, mi limiterò a considerare le funzioni che vengono

¹ Punto, questo, che richiede che le amministrazioni pubbliche "impostino la propria azione di cooperazione e confronto con il privato sociale su basi giuridiche certe e trasparenti": così A. ALBANESE, *I rapporti fra soggetti non profit e pubbliche amministrazioni nel d.d.l. di riforma del Terzo settore: la difficile attuazione del principio di sussidiarietà*, in *Non profit paper*, n. 3/2014, 155.

riconosciute dalla normativa regionale ai diversi attori privati che intendono o si propongono di entrare a far parte del "sistema integrato" (sanitario, sociosanitario e sociale) e le modalità con cui tale integrazione può realizzarsi.

In secondo luogo, è ovvio considerare che il sistema "pubblico" (sia della sanità che dell'assistenza) è un sistema multilivello, che coinvolge i livelli statale, regionale e degli enti locali (tenendo conto altresì del diritto e delle politiche dell'Unione europea, specie con riguardo ai vincoli da questi imposti all'uso delle risorse economiche pubbliche²), e che di conseguenza l'integrazione appena richiamata deve essere valutata in relazione a siffatto, articolato sistema³. Un sistema, tuttavia, che non è identico relativamente ai due ambiti cui si riferisce l'analisi (sanità e assistenza sociale), giacché – stante l'assetto di competenze stabilito dalla Costituzione – l'organizzazione e il funzionamento del sistema sanitario sono di competenza legislativa concorrente e, sul piano amministrativo, di competenza regionale (mediante l'articolazione delle Unità sanitarie locali), mentre l'organizzazione e il funzionamento dei servizi riconducibili all'assistenza sociale sono di competenza legislativa regionale nonché, sul piano amministrativo, di competenza prevalente degli enti locali.

Anche per quanto riguarda la nozione di "privato" occorre delimitare il campo. Mi riferirò infatti, in questa sede, esclusivamente a quanto previsto in relazione alle *organizzazioni private*, intendendo con tale termine le diverse realtà organizzative cui i privati possono dare vita, e non considerando di conseguenza il possibile ruolo che nell'ambito del sistema sopra descritto possono assumere i soggetti privati *singoli* (sia come utenti che come erogatori, o anche come personale coinvolto nell'organizzazione ed erogazione dei servizi). All'interno di tali organizzazioni, una distinzione fondamentale deve essere operata tra quelli che vengono comunemente definiti gli *enti profit* rispetto agli *enti non profit*, e all'interno di questa seconda categoria occorrerebbe distinguere ulteriormente la categoria degli enti costituenti il cosiddetto Terzo settore⁴: una distinzione che

² Vincoli che hanno fatto parlare di quello in essere come di uno Stato sociale "condizionato": v. F. LOSURDO, *Lo Stato sociale condizionato. Stabilità e crescita nell'ordinamento costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2016.

³ Sul tema, da ultimo, E. BALBONI, *Diritti sociali, sanità e federalismo: il ruolo che spetta all'autonomia regionale*, in E. CATELANI - R. TARCHI (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2015, 177 ss. Più in generale v. E. BALBONI (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Napoli, Jovene, 2008.

⁴ Alcuni di tali enti, secondo un differente angolo visuale, contribuiscono a realizzare quella che è stata recentemente definita come l'"economia sociale", intendendosi con tale termine l'attività economica d'impresa svolta da enti mossi da finalità di tipo mutualistico o di interesse generale e dotati di una determinata struttura organizzativa e finanziaria (basata sul primato della persona sul capitale, sulla democraticità e così via): cfr., da ultimo, A. FICI (a cura di), *Diritto dell'economia sociale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2016 (sulla definizione vd. in particolare, p. 19).

la recente legge n. 106/2016 può certamente contribuire a chiarire. La ragione di tali distinzioni (tra enti *profit* e *non profit*, tra enti non profit e Terzo settore) va ricercata nella diversa considerazione che il legislatore regionale (a partire da quanto stabilito nello statuto regionale) riserva alle diverse categorie di enti, sul presupposto evidente di un differente "valore" riconosciuto alle stesse in relazione al perseguimento dell'interesse generale. Ma su questo avremo modo di tornare.

Ulteriore precisazione preliminare riguarda gli ambiti nei quali la suddetta relazione dovrà essere analizzata. Per "sanità" deve intendersi il complesso di attività funzionali e strumentali alla tutela del diritto alla salute: un diritto che si configura, in forza di quanto stabilito dall'art. 32 della Costituzione, a "fattispecie complessa", poiché relativo sia ad una pluralità di posizioni soggettive in capo alla persona che ad una attività di tutela "oggettiva del bene salute"⁵, "in dipendenza della natura e del tipo di prestazione che l'ordinamento costituzionale assicura al bene dell'integrità e dell'equilibrio fisici e psichici della persona umana in relazione ai rapporti giuridici cui in concreto inerisce"⁶. Tale complessità si è accresciuta nel tempo, a seguito dell'evoluzione che ha interessato il concetto di salute nella scienza medica come anche nella percezione sociale, in ragione della stretta connessione tra tale concetto e la sua rilevanza nella comunità di riferimento. Così che, abbandonata la risalente convinzione che faceva coincidere la salute con l'assenza di malattia e ne limitava, pertanto, la tutela quasi esclusivamente ad interventi di tipo curativo/riparativo, ha cominciato ad affermarsi l'idea che tale nozione si riferisca ad una condizione dell'individuo non soltanto statica ma anche dinamica e relazionale. È evidente come, alla luce di tale evoluzione, il concetto di "sanità" si sia dilatato in misura consistente, con conseguente ampliamento dello spazio riservato alla discrezionalità, sia legislativa che amministrativa, nella definizione dei confini tra essa e gli altri ambiti di intervento pubblico.

Non meno esteso è il concetto di assistenza sociale, che trova riconoscimento nell'art. 38 Cost. quale uno degli ambiti di attività mediante cui realizzare e dare attuazione ai principi costituzionali fondamentali. Anch'esso risulta difficilmente definibile e circoscrivibile nei suoi contenuti propri: tralasciando la lunga storia del concetto e dei suoi contenuti, possiamo riferirci al disposto dell'art. 128 d.lgs. n. 112/1998, che definisce la categoria dei servizi sociali includendovi "tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate dal sistema di amministrazione della giustizia". Va infine

⁵ Così, recentemente, D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2015, 22.

⁶ Corte cost., sentenza 16 ottobre 1990, n. 455.

ricordato che, almeno a partire dagli anni Novanta, oltre a quelle sanitaria e sociale è individuata e regolata l'area delle prestazioni sociosanitarie, definite dal d.lgs. n. 229/1999 come "atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Ancora, va rilevato come alcune delle linee di fondo del sistema, o perlomeno che riguardano ed investono il sistema in questione, stanno fuori dalla regolamentazione specifica: si pensi al ruolo che il Terzo settore è venuto ad assumere nella cultura e anche nella storia del territorio toscano complessivamente considerato, ben al di là dunque dell'ambito sanitario e assistenziale, per comprendere come il riconoscimento e la valorizzazione del suo ruolo rispondano ad esigenze di "sistema", e non soltanto dunque in relazione agli ambiti qui considerati.

Infine, nel presente lavoro non ci si occuperà neppure di un tema nuovo, su cui anche l'amministrazione regionale toscana ha avviato un percorso di studio e formazione, e che ha sicura attinenza al tema dell'apporto dei privati ai servizi sociosanitari: non tuttavia in termini di programmazione né di erogazione di prestazioni, quanto piuttosto relativamente al finanziamento della spesa privata c.d. *out of pocket* ed intermediata⁷. Si tratta di una proposta di lavoro che, nelle ipotesi sino a questo punto formulate, dovrebbe articolarsi nella predisposizione di misure a sostegno della mutualizzazione della spesa privata richiamata, attraverso il coinvolgimento dei soggetti di intermediazione della domanda operanti in Toscana e mediante l'istituzionalizzazione di una forma di coordinamento stabile pubblico-privato. Il tema è sicuramente di interesse per il tema considerato in questa sede, come è evidente, ma fuoriesce dall'ambito dei tradizionali rapporti in cui si articola il rapporto pubblico-privato nei servizi alla persona e richiederebbe un'analisi dedicata e non omogenea rispetto al profilo qui esaminato. Per questa ragione ho ritenuto opportuno farne un cenno ma al contempo tenerlo fuori dall'oggetto del presente lavoro.

2. A mo' di premessa: il ruolo del Terzo settore nel *welfare* sociale e sanitario italiano

Prima di analizzare la legislazione toscana, può risultare utile svolgere brevemente lo sguardo sulla situazione nazionale, ove l'apporto garantito dai soggetti privati (e da quelli del Terzo settore in particolare) ai sistemi di *welfare*

⁷ Cfr. M. CAMPEDELLI, *Una policy regionale per il governo della spesa sociosanitaria privata, out of pocket ed intermediata*, 2016, scaricabile sul sito <http://www.regione.toscana.it/-/una-policy-regionale-per-il-governo-della-spesa-sociosanitaria-privata-out-of-pocket-ed-intermediata>.

si configura come particolarmente elevato, specie con riguardo ai servizi sociali e a quelli sanitari⁸, tanto da far ritenere quello tra *welfare* e Terzo settore come un rapporto biunivoco⁹. Particolarmente alto è infatti il numero dei servizi socio-assistenziali erogati da organizzazioni private (in massima parte appartenenti al Terzo settore), così come maggioritaria è la quota di enti del Terzo settore impegnata in tali ambiti, in rapporto al loro numero complessivo. In sostanza, l'impostazione pluralista propria dell'ordinamento costituzionale del nostro Paese ha trovato nell'ambito delle politiche socio-sanitarie un'effettiva ed efficace attuazione, grazie ad un sistema sanitario e di servizi sociali che, sia pure con sviluppi normativi, amministrativi ed organizzativi diversi, ha non solo lasciato molti spazi liberi per l'assistenza privata (rifiutando la prospettiva di un monopolio pubblico delle prestazioni socio-sanitarie), ma anche saputo sollecitare in misura crescente lo sviluppo di rapporti di collaborazione e partnership tra servizi pubblici ed attività non lucrative di assistenza svolte dalle organizzazioni del Terzo settore.

A livello legislativo, in ambito sanitario il ruolo degli enti del Terzo settore fu riconosciuto già nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (legge n. 833/1978), la quale, nel delineare i principi fondamentali ispiratori della riforma sanitaria, conferì risalto al ruolo svolto dalle associazioni di volontariato, stabilendo che queste avrebbero potuto concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale attraverso apposite convenzioni, da stipularsi con le unità sanitarie locali nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale.

Tale legislazione, unitamente a quella "sociale" successiva, ha preceduto le leggi del 1991 con cui sono state dettate normative sul volontariato (legge n. 266/1991) e sulle cooperative sociali (legge n. 381/1991): leggi che hanno individuato - anch'esse - nella convenzione lo strumento giuridico destinato a disciplinare la collaborazione tra enti pubblici ed enti del Terzo settore.

Successivamente alle leggi del 1991, vi sono stati vari interventi legislativi sul tema: per fare qualche esempio, il d.lgs. sulle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (d.lgs. n. 460/1997), la legge sulle associazioni di promozione sociale (legge n. 383/2000), ed ancora la legge n. 152/2001, che ha dettato norme "per la costituzione, il riconoscimento e la valorizzazione degli istituti di patronato e di assistenza sociale quali persone giuridiche di diritto privato che svolgono un servizio di pubblica utilità"; nonché il d.lgs. n. 207/2001, con cui sono state riformate le c.d. istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza (la

⁸ Sulla base dei risultati del 9° Censimento ISTAT su Industria, Servizi e Istituzioni *non profit*, nelle circa 300.000 istituzioni *non profit* censite circa il 90% del personale opera principalmente in tre aree: assistenza sociale (33,1%), sanità (23,3%) e Istruzione e Ricerca (17,8%). Cfr. <https://www.cliclavoro.gov.it/approfondimenti/Pagine/Il-Terzo-Settore-in-Italia.aspx>.

⁹ E. STRADELLA, *Welfare e Terzo settore: un rapporto biunivoco?*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare*, Bologna, Il Mulino, 2010, 361 ss.

cui precedente regolamentazione risaliva addirittura alla legge n. 6972/1890). Si tratta in tutti i casi di una disciplina normativa complessivamente ispirata non ad intendimenti restrittivi della libertà d'azione di tali organizzazioni, quanto piuttosto a garantire loro spazi più ampi e sicuri di operatività, nella linea perciò di una valorizzazione del ruolo svolto dalle espressioni del pluralismo sociale nell'ambito dei servizi alla persona.

Su un piano generale, l'intreccio tra prestazioni di *welfare* e Terzo settore è stato delineato dalla prima legge organica nazionale sull'assistenza: la legge n. 328 dell'8 novembre 2000, che ha dettato norme "per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", ha riconosciuto infatti in più punti l'importanza dell'apporto fornito dagli enti privati, in particolare non lucrativi, disponendo la partecipazione di questi alla programmazione delle politiche, alla progettazione degli interventi ed alla concreta realizzazione degli stessi. La prospettiva che ne deriva, relativa ad un modello di *welfare* comunitario e "collaborativo", è stata in certo modo confermata e rafforzata con l'introduzione del principio di sussidiarietà nell'art. 118, ultimo comma Cost. (avvenuta, come noto, con la legge cost. n. 3/2001), che nel richiedere agli enti pubblici l'impegno a favorire "l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale" mira a valorizzare tutte quelle forme organizzative poste in essere dai singoli per lo svolgimento di attività di interesse generale, e tra queste certamente anche gli enti del Terzo settore¹⁰. Mediante tale principio costituzionale, pertanto, il rapporto tra questi ultimi e gli enti pubblici, disciplinato a partire dalla legislazione sociale e sanitaria degli anni Ottanta, sistematizzato dalla legislazione sul volontariato e sulla cooperazione sociale del 1991, nonché ulteriormente arricchito in prospettiva sussidiaria dalla legge quadro sui servizi sociali e dalla legislazione ad essa connessa, ha ricevuto un esplicito riconoscimento costituzionale.

3. I precedenti storici della legislazione regionale toscana attuale: la legge reg. n. 72/1997 e lo statuto regionale del 2005

Per comprendere le linee di tendenza della situazione legislativa toscana attuale, occorre prendere le mosse, perlomeno, dalla legge regionale 3 ottobre 1997 n. 72, contenente norme finalizzate alla "Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità", anche mediante il "riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati"¹¹. Una legge finalizzata,

¹⁰ In tal senso, tra gli altri, E. CASTORINA, *Il disegno di legge di riforma del Terzo settore: i profili costituzionali e l'impatto con l'ordinamento europeo*, in *Non profit paper*, n. 3/2014, 151.

¹¹ Su tale evoluzione cfr. E. ROSSI - E. STRADELLA, *La politica regionale in materia di assistenza*

nelle intenzioni del legislatore, a “promuovere e coordinare gli interventi di politica sociale, anche con apposite reti di protezione sociale, attraverso la loro integrazione con quelli sanitari, con quelli relativi alla casa, al lavoro, alla mobilità, alla formazione, all’istruzione, all’educazione, al diritto allo studio, alla cultura, alla ricerca, al tempo libero e a tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona ed alla prevenzione e rimozione delle condizioni di disagio sociale”. Tale finalità, enunciata nel testo della stessa legge, aiuta a comprendere come il tema dell’*integrazione*, soprattutto tra politiche sociali e sanitarie, abbia fin da allora costituito uno dei fondamenti del sistema toscano, al fine di superare logiche di frammentazione e di inorganicità e allo scopo di coordinare tutti i servizi finalizzati alla cura della persona. In tal senso va segnalato il tentativo della Regione, posto in essere da allora in avanti, di forzare al massimo possibile, pur nell’impossibilità di superarle del tutto, non solo la distinzione in ordine al riparto di competenze ma, soprattutto, la tradizionale distanza tra “sanità” e “sociale”: una volontà che ha costituito una costante nell’evoluzione della legislazione toscana, pur tra difficoltà e lentezze in ordine alla sua effettiva realizzazione.

Per ottenere tale obiettivo di fondo, la legge enfatizzava una metodologia di tipo programmatico: la programmazione era individuata infatti come lo strumento mediante il quale favorire la realizzazione di processi di integrazione e definire gli interventi e le risorse (finanziarie e non solo) disponibili, nella prospettiva di quella che è stata definita una forma di amministrazione “composta”¹². Tale programmazione si articolava su un livello regionale (mediante la previsione di un Piano sociale regionale, attraverso il quale ripartire le risorse del fondo regionale per l’assistenza sociale, coordinarne e verificarne l’attuazione, promuovere, indirizzare e coordinare il sistema informativo) e su uno di zona (cui era attribuito il compito di definire i programmi e i progetti di intervento dei comuni, della Provincia e degli altri soggetti pubblici o privati selezionati in sede di conferenza di zona).

Per quanto riguarda l’aspetto organizzativo, la legge attribuiva al Comune la generalità delle competenze amministrative nell’ambito dell’assistenza sociale, con la possibilità per ciascuna amministrazione comunale di attribuirne la gestione alle aziende USL, sulla base di specifica delega con conseguente finanziamento. Alle aziende sanitarie, infine, era attribuita la gestione delle attività sanitarie e di

sociale e sanitaria, in P. BAGNOLI - M. CARLI - A. PIZZORUSSO (a cura di), *Il tempo della Regione. La Toscana, Consiglio regionale della Toscana*, Firenze, Giunti, 2012, 249 ss. Per indicazioni sulla legislazione precedente v. C. REDI, *Salute, assistenza sociale, benessere delle persone*, in P. CARROZZA - R. ROMBOLI - E. ROSSI, *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, Torino, Giappichelli, 2015, 307-308.

¹² E. FREDIANI, *Tra cittadini e amministrazioni pubbliche: “dialogo procedimentale e partecipazione”*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare*, cit., 388.

quelle socio-assistenziali a rilievo sanitario.

La legge del 1997 ha dunque avuto il merito di definire con chiarezza un sistema di *welfare* fondato sulla logica della programmazione, con l'ente comunale quale soggetto protagonista della costruzione di reti in cui coinvolgere i soggetti privati ed in particolare quelli del Terzo settore, e con l'obiettivo di realizzare un'integrazione effettiva ed efficace tra interventi sociali e sanitari, tenendo conto anche degli altri interventi pubblici con diretto riferimento alla tutela dei diritti della persona.

In forza delle riforme costituzionali, ed in particolare di quelle introdotte con la legge costituzionale n. 1/1999, la Regione Toscana approvò nel 2005 un nuovo statuto regionale: e anch'esso deve essere considerato al fine di ricostruire i fondamenti del sistema toscano di *welfare*¹³.

All'interno dei "Principi generali" enunciati negli articoli 3 e 4, si stabilisce che la Regione "sostiene i principi di sussidiarietà sociale ed istituzionale; opera per l'integrazione delle politiche con le autonomie locali; riconosce e favorisce le formazioni sociali ed il loro libero sviluppo". Sebbene a tale previsione non debba essere attribuita particolare forza giuridica (specie alla luce della sentenza n. 372/2004 della Corte costituzionale)¹⁴, tuttavia merita sottolineare il richiamo al principio di sussidiarietà (nella sue due classiche dimensioni, definite "sociale ed istituzionale", corrispondenti a quelle tradizionalmente chiamate "orizzontale e verticale") e a quello di integrazione. Un concetto, quest'ultimo, che quantunque riferito al rapporto con le autonomie locali ("opera per l'integrazione delle politiche con le autonomie locali"), deve essere riferito all'integrazione delle politiche anche nella dimensione orizzontale. Ed infatti, in modo più specifico, l'art. 59 dello statuto stabilisce che "La Regione favorisce l'autonomia iniziativa dei cittadini e delle loro aggregazioni per il diretto svolgimento di attività di riconosciuto interesse generale", prevedendo altresì che "l'attuazione del principio della sussidiarietà sociale è prioritariamente diretta al miglioramento del livello dei servizi, al superamento delle disuguaglianze economiche e sociali, a favorire la collaborazione dei cittadini e delle formazioni sociali, secondo le loro specificità, ai fini della valorizzazione della persona e dello sviluppo solidale delle comunità"¹⁵.

In definitiva, lo statuto toscano ha indicato al legislatore toscano degli obiettivi complessivi da perseguire nell'esercizio di ogni funzione attribuita all'ordinamento

¹³ Per un commento alle disposizioni contenute nello statuto toscano v. P. CARETTI - M. CARLI - E. ROSSI, *Statuto della Regione Toscana. Commentario*, Torino, Giappichelli, 2005.

¹⁴ V. E. FERIOLI, *Le disposizioni programmatiche dei nuovi statuti regionali sulla tutela dei diritti sociali: tanti "proclami" e poca efficacia*, in E. CATELANI (a cura di), *I principi negli statuti regionali*, Bologna, Il Mulino, 2008, 45 ss.

¹⁵ Sull'art. 59 dello Statuto toscano v. F. DAL CANTO, *Art. 59*, in P. CARETTI - M. CARLI - E. ROSSI, *Statuto della Regione Toscana*, cit., 302 ss.; E. FERIOLI, *Principi e diritti statutari*, in P. CARROZZA - R. ROMBOLI - E. ROSSI, *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, cit., in part. 31 ss.

regionale: obiettivi che sono in continuità con quanto già la legislazione regionale socio-sanitaria (quale quella appena richiamata) aveva perseguito e che hanno continuato ad ispirare anche quella successiva.

4. L'evoluzione successiva della legislazione toscana in materia sanitaria e sociale

Sulla base del quadro costituzionale ridefinito mediante la ricordata riforma del 2001 (legge cost. n. 3/2001), e in contemporanea con l'approvazione dello statuto regionale appena richiamato, il legislatore regionale nel 2005 ha interamente ri-disciplinato le materie dell'organizzazione sanitaria e dell'assistenza sociale, mediante due leggi "gemelle", approvate pressoché contestualmente e pubblicate con la stessa data (24 febbraio 2005): si tratta delle leggi n. 40 ("Disciplina del servizio sanitario regionale") e n. 41 ("Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"). Tali normative costituiscono ancora oggi il quadro normativo di riferimento, in quanto le varie leggi che sono successivamente intervenute, dal 2005 ad oggi, si sono sempre configurate come modifiche od integrazioni ad esse.

Del testo originario della legge n. 40 non è il caso qui di indicare i contenuti, essendo stata essa modificata in misura consistente dai più recenti interventi normativi, cui dedicheremo specifica attenzione: essa ha comunque costituito il primo recepimento - all'interno dell'ordinamento toscano - delle riforme sanitarie nazionali degli anni Novanta (di cui ai decreti legislativi n. 502/1992 e 517/1999), modellando un sistema regionale basato sul concetto di "aziendalizzazione" delle Unità sanitarie locali.

Più interessante risulta, ai fini del presente lavoro, l'altra legge, con cui la Toscana ha "assunto" la competenza legislativa in materia di assistenza sociale (attribuita alle Regioni ad autonomia ordinaria dalla riforma costituzionale del 2001): essa ha da un lato recepito alcune delle più significative innovazioni contenute nella legge quadro nazionale del 2000 (la richiamata legge n. 328/2000), recuperando al contempo alcune soluzioni già sperimentate in base alla precedente legge n. 72/1997 e normando infine alcune prassi particolarmente innovative che erano state sperimentate negli anni precedenti (quali ad esempio il sistema della programmazione sociale e l'esperienza delle Carte di cittadinanza). Tra gli elementi più significativi va sottolineato in primo luogo il tentativo, apprezzabile nelle soluzioni individuate, di definire le responsabilità dei soggetti istituzionali (Regioni ed enti locali) nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi, ed il necessario coinvolgimento delle diverse espressioni del Terzo settore (dal volontariato alla cooperazione sociale, dall'associazionismo agli altri soggetti privati senza scopo di lucro) sia nella fase della progettazione come in quella della erogazione, attraverso strumenti finalizzati a garantire la qualità della prestazione.

A tale ultimo scopo la legge ha esteso all'ambito dei servizi sociali, come meglio si dirà, l'istituto dell'*accreditamento*, precedentemente sperimentato in ambito sanitario¹⁶.

Un altro aspetto meritevole di considerazione è la previsione di strumenti per il monitoraggio e la conseguente valutazione del sistema, attraverso la miglior definizione delle competenze dell'apposito Osservatorio sociale regionale, da articolare su base provinciale.

Più in generale, la legge ha offerto un assetto razionale al modello di *welfare* sul quale la regione si era già da tempo orientata, confermando la scelta per un modello di *welfare* municipale e di *welfare mix* coerente con l'assetto costituzionale a livello nazionale e con i richiamati principi del nuovo statuto regionale.

Quasi di pari passo con il percorso che ha condotto all'approvazione delle due leggi del 2005, la Regione Toscana avviò negli stessi anni un percorso di sperimentazione mediante la realizzazione della "Società della salute": un modello, indicato per la prima volta nel Piano sanitario regionale 2002-2004 e oggetto di sperimentazione secondo quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2005-2007, che si configurava (e si configura tutt'ora) come un consorzio pubblico senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni¹⁷. Tale soluzione innovativa rispondeva all'esigenza di individuare un nuovo soggetto organizzativo a livello territoriale cui affidare la tutela della salute intesa in senso ampio, valorizzando in particolare l'apporto delle comunità locali, delle parti sociali e del Terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione. Per realizzare tale obiettivo, al Comune erano attribuite funzioni di programmazione e di controllo, ma anche di compartecipazione al governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute, allo scopo di meglio realizzare un adeguato livello di integrazione sia tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, come anche tra questi ambiti e le altre politiche di competenza dell'ente locale, in funzione del miglioramento della salute complessivamente intesa e del benessere sociale della popolazione.

Lo strumento principale di operatività della Società della salute fu individuato nel Piano integrato di salute, in cui dovevano essere definiti il profilo epidemiologico delle comunità locali e gli obiettivi di salute e benessere con i relativi standard qualitativi e quantitativi, individuando di conseguenza le azioni, le risorse e la rete

¹⁶ Sul significato di tale istituto, in termini generali, v. M. CONSITO, *Accreditamento e Terzo settore*, Napoli, Jovene, 2009; C. BOTTARI (a cura di), *Terzo settore e servizi socio-sanitari: tra gare pubbliche e accreditamento*, Torino, Giappichelli, 2013.

¹⁷ P. BIANCHI - A. BONOMI, *Gli aspetti giuridici e istituzionali delle società della salute*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - E. ROSSI, *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Bologna, Il Mulino, 2009, 195 ss.; E. VIVALDI, *Gli enti locali nella Regione*, in P. CARROZZA - R. ROMBOLI - E. ROSSI, *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, cit., 371 ss.

dei servizi e degli interventi.

La sperimentazione di tale modello organizzativo, avviata mediante adesione volontaria, ha visto il costituirsi di diciotto Società della salute nelle varie zone della Toscana, le quali hanno riguardato territori abitati da oltre il 60% della popolazione complessiva. Dopo tale periodo fu condotta un'attività di verifica dei risultati, che indusse il legislatore regionale, considerata positivamente la fase della sperimentazione, ad avviare una fase a regime, attraverso l'introduzione, operata con legge 10 novembre 2008, n. 60, di un apposito Capo (III-bis) nella legge n. 40/2005. Anche a seguito di alcuni rilievi formulati dalla Corte costituzionale in relazione al modello consortile (in particolare, sentenze n. 326/2010 e n. 236/2013), con due successive leggi regionali (n. 44 e n. 45 del 2014), è stata prevista la possibilità di scegliere, da parte degli enti interessati, tra il proseguimento della Società della Salute o la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l'Azienda Usl di riferimento. Attualmente risultano attive, nel territorio regionale, 21 Società della Salute e 13 Zone distretto senza SdS¹⁸.

Le due leggi "gemelle" del 2005 hanno subito, come detto, numerosi interventi di modifica nel corso degli anni: da ultimo, esse sono state oggetto di consistenti revisioni ad opera della legge n. 84/2015 per quanto riguarda la legge n. 40/2005, e della legge n. 33/2015 per quanto riguarda la legge n. 41/2005. A queste ultime faremo riferimento nell'analizzare l'integrazione pubblico – privato nel sistema socio – sanitario toscano.

Prima, tuttavia, occorre ricordare altre due leggi che hanno inciso significativamente sul tema in esame. Si tratta di altre due leggi "gemelle" (sebbene non così contigue come le due del 2005), con le quali sono state disciplinate le procedure per l'accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari (legge 5 agosto 2009, n. 51) e di quelli alla persona del sistema sociale integrato (legge 28 dicembre 2009, n. 82).

La prima, riferita al sistema sanitario, disciplina le modalità per la concessione dell'autorizzazione e per l'accreditamento sia delle strutture pubbliche come di quelle private: per queste seconde si stabilisce che l'autorizzazione è rilasciata dal Comune ove la struttura ha la sede, mentre l'accreditamento è necessario se la struttura intende erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'accreditamento è rilasciato dalla Giunta regionale (anche per le strutture pubbliche), "subordinatamente alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi delle programmazione regionale", e costituisce "titolo necessario per l'insaturazione dei rapporti di cui all'art. 8-*quinquies* del d.leg. n. 502/1992" (art. 29). In tali rapporti, occorre ricordare, deve essere definito anche "il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità

¹⁸ Cfr. <http://www.regione.toscana.it/sst/organizzazione/societa-della-salute>.

sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza”: peraltro, lo stesso art. 29 richiamato precisa che “la qualità del soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali”. In altri termini, dunque, l’accreditamento è condizione necessaria per erogare prestazioni per conto del servizio regionale e per stipulare accordi: mentre la remunerazione delle prestazioni erogate avviene soltanto nella misura concordata mediante l’accordo contrattuale.

Con la legge n. 82/2009 invece, sono stati disciplinati le procedure e i criteri per l’accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona¹⁹. Come per l’ambito sanitario, anche per quello sociale l’accreditamento attribuisce ai soggetti pubblici e privati l’idoneità a erogare prestazioni sociali e sociosanitarie per conto degli enti pubblici competenti, sebbene soltanto per i soggetti pubblici la legge ne stabilisca l’obbligatorietà. Nei confronti delle strutture accreditate, i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta, anche tramite titoli di acquisto la cui erogazione è però subordinata alla definizione di un progetto individuale di intervento nell’ambito del percorso assistenziale personalizzato: un percorso che, ai sensi dell’art. 7 della legge n. 41/2005, è gestito dai Comuni, singoli o associati, in raccordo con i servizi territoriali della zona-distretto. Si tratta, in sostanza, di un percorso *pubblico*, che può prevedere l’utilizzazione di servizi in strutture liberamente scelte dal soggetto interessato tra quelle pubbliche e private disponibili sul territorio. L’accreditamento è rilasciato dal Comune, il quale istituisce un elenco delle strutture accreditate nel proprio territorio e procede ad effettuare controlli periodici avvalendosi di una commissione multidisciplinare; è prevista una verifica annuale dell’attività svolta e dei risultati raggiunti da ciascun soggetto accreditato. Oltre all’accreditamento delle strutture, è previsto un accreditamento dei servizi (di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona): anche per tale accreditamento valgono le regole stabilite per le strutture (elenco, controllo, verifica).

5. L’integrazione pubblico-privato nell’attuale assetto normativo del sistema sanitario toscano: i principi ispiratori della legislazione regionale

Possiamo a questo punto analizzare come si configura, sul piano della legislazione regionale vigente, il rapporto tra soggetti pubblici e soggetti privati nell’organizzazione del sistema *sanitario* toscano, mentre successivamente rivolgeremo l’attenzione ai servizi *sociali* e *sociosanitari*.

¹⁹ Sul punto cfr. C. REDI, *Salute, assistenza sociale, benessere delle persone*, cit., 313 ss.

Come si è detto, l'assetto del sistema sanitario è ad oggi definito dalla legge n. 40/2005, come modificata nel corso degli ultimi dieci anni e da ultimo con la legge 29 dicembre 2015, n. 84²⁰.

Tra i "principi costitutivi del servizio sanitario regionale" la legge indica, fin dalla sua originaria formulazione (del 2005), il principio di "sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali, in particolare di quelle che operano nel Terzo settore", nonché (sulla base di una modifica introdotta nel 2008) "la partecipazione delle parti sociali agli atti della programmazione sanitaria e sociale integrata". Proviamo ad analizzare brevemente tali formulazioni.

Con la prima, si riafferma il principio di sussidiarietà che, come si è visto, è sancito dallo statuto toscano come principio ispiratore di tutta l'azione delle regione: il suo richiamo anche nell'ambito del servizio sanitario risulta pertanto coerente. La disposizione in esame però stabilisce qualcosa di più (o di meno, a seconda dei punti di vista), riferendo detto principio alle "formazioni sociali" e "in particolare" a quelle operanti nel Terzo settore. Il richiamo alle formazioni sociali rimanda all'art. 2 Cost., vale a dire a quelle organizzazioni in cui si "svolge la personalità" di ogni individuo: non è il caso qui di richiamare i problemi di delimitazione della categoria che si sono posti nel corso della storia repubblicana, basti ricordare come di tale categoria si ritengano far parte, tra le altre aggregazioni, la famiglia, la scuola, le confessioni religiose, i partiti politici, i sindacati, le minoranze linguistiche, le varie forme di associazioni, le cooperative, oltre agli altri "tipi" organizzativi che - sebbene non previsti dalla Costituzione - sono venuti affermandosi nella realtà sociale ed anche in quella legislativa (si pensi ad esempio alle organizzazioni di volontariato, alle comunità di recupero per soggetti tossicodipendenti, alle "imprese sociali" ed in generale alle c.d. organizzazioni non lucrative di utilità sociale, alle organizzazioni non governative ed anche agli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti). All'interno di questo contesto così ampio e diversificato (personalmente dubito che l'*intention* del legislatore regionale fosse riferita a tutte queste tipologie), la legge indica una sottocategoria come "preferita", costituita dagli enti operanti nel Terzo settore. Il problema, al riguardo, è dato dalla mancanza di una delimitazione di tale ultima categoria - in termini generali - sia a livello nazionale che anche nell'ordinamento regionale (salvo quanto si dirà): mancanza che per il livello statale può ora ritenersi (almeno in parte) superata dall'entrata in vigore della legge n. 106/2016, la quale, proponendosi come disciplina organica del Terzo settore, ne introduce - per la prima volta a livello legislativo - una definizione. In base all'art. 1, 1° comma della legge richiamata, infatti, per Terzo settore deve intendersi "il complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche,

²⁰ Per un'analisi delle recenti vicende della legislazione toscana in materia sanitaria v. F. PACINI, *Quando la legge si fa "interlocutoria": qualche considerazione di tecnica legislativa sul percorso accidentato della riforma sanitaria toscana*, in *Osservatorio sulle fonti on-line*, n. 1/2016.

solidaristiche e di utilità sociale e che, in attuazione del principio di sussidiarietà e in coerenza con i rispettivi statuti o atti costitutivi, promuovono e realizzano attività di interesse generale, mediante forme di azione volontaria e gratuita o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi". Tale definizione merita attenta considerazione, considerando che sulla base di essa potrà svolgersi una *actio finium regundorum* del perimetro del Terzo settore: con conseguente inclusione/esclusione di enti ed organizzazioni all'interno di esso, e con ricadute necessarie su tutta la legislazione, anche regionale, che vi opera un rinvio (come, appunto, la legge in esame). Vedremo comunque come il principio di sussidiarietà venga applicato nella disciplina legislativa regionale.

Quanto all'altro principio indicato, esso sembra doversi intendere, sempre in linea generale, come una specificazione del primo: la partecipazione agli atti della programmazione (sanitaria e sociale integrata) deve infatti considerarsi strettamente correlato e conseguente al principio di sussidiarietà²¹, a meno di non considerare la sussidiarietà come riferita esclusivamente al momento di erogazione delle prestazioni: prospettiva, quest'ultima, che mi sentirei di escludere, perché contraria alle consolidate ricostruzioni di tale principio (oltre che in probabile contrasto con l'art. 118, ultimo comma, della Costituzione). Consideriamo dunque che il legislatore regionale abbia voluto indicare la programmazione come un ambito privilegiato di applicazione del principio di sussidiarietà, in forza –evidentemente– della ritenuta centralità di tale attività amministrativa nell'organizzazione del sistema sanitario e sociale integrato²². Se così è, tuttavia, non risulta del tutto chiaro il riferimento ai soggetti che devono esservi coinvolti: la legge richiama, come detto, le "parti sociali". Tale nozione, tuttavia, non è legislativamente definita; con essa si fa normalmente riferimento alle organizzazioni che costituiscono le parti negoziali degli accordi o dei contratti collettivi: in buona sostanza, alle organizzazioni sindacali e dei datori di lavoro. Soggetti che appartengono sicuramente al *genus* delle "formazioni sociali", ma che sono da sempre considerati non appartenenti al Terzo settore: ed infatti la legge statale sopra richiamata espressamente li esclude (art. 1, legge n. 106/2016: "non fanno parte del Terzo settore le formazioni e le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche").

Dunque, da una considerazione d'insieme dei principi posti a base della disciplina del sistema sanitario toscano non sembra possibile ricavare indicazioni

²¹ Per un'attenta analisi del tema, in riferimento al sistema toscano, v. E. STRADELLA, *Le forme di partecipazione e il ruolo del Terzo settore*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., 177 ss.

²² Sul ruolo centrale attribuito alla programmazione nelle politiche pubbliche in generale, e di quelle toscane in particolare v. già M. CAMPEDELLI, *La programmazione come chiave interpretativa delle politiche pubbliche di welfare. Il caso della Toscana*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., 93 ss.

puntuali: si può dire che vengono affermate una certa attenzione al “privato sociale” complessivamente inteso e l’esigenza di un coinvolgimento delle “parti sociali” nell’attività di programmazione, senza tuttavia che quest’ultima previsione debba intendersi come escludente un analogo coinvolgimento anche delle altre formazioni sociali (e in particolare di quelle appartenenti al Terzo settore). Per meglio comprendere la reale situazione normativa, ritengo tuttavia più utile analizzare le disposizioni che introducono previsioni puntuali e dalle quali sia possibile definire le relazioni pubblico – privato: a tale fine, distinguerò i riferimenti normativi ai soggetti privati di tipo *profit* da quelli *non profit*, essendo significativamente diversa la disciplina regionale stabilita in relazione alle due tipologie.

6. Il ruolo riconosciuto ai soggetti *profit* nell’organizzazione del sistema sanitario toscano

Per quanto riguarda il privato *profit*, oltre a quanto già indicato nel paragrafo precedente in relazione all’istituto dell’accreditamento (anche gli enti *profit* devono ovviamente essere accreditati per poter erogare prestazioni all’interno del sistema sanitario regionale), merita in primo luogo richiamare quanto previsto dall’art. 34 della legge n. 40/2005, come modificato dalla legge n. 84/2015. Si stabilisce che “Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell’organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in esso indicate”; previsione che deve essere letta in connessione con quanto previsto nell’art. 34-bis (introdotto anch’esso con la legge n. 84/2015), ove si stabilisce che per lo stesso fine indicato nell’art. 34, e sempre previa sperimentazione, le aziende sanitarie possono “attivare convenzioni con soggetti privati”, nel rispetto degli indirizzi della programmazione. Da tali previsioni si deduce che le aziende sanitarie, al fine di ottenere (o ricercare) forme di innovazione o di efficienza mediante una più forte integrazione con i soggetti del privato *profit* o *non profit* (ma la previsione sembra maggiormente riguardare gli enti *profit*), hanno due possibilità: o attivare “rapporti in forma societaria” – vale a dire costituire società – oppure scegliere la strada, più classica e tradizionale, della convenzione. La previsione di quest’ultima possibilità è stata oggetto di un vivace dibattito politico e pubblico: sulla previsione dell’art. 34-bis è infatti in corso, nel momento in cui si scrive, una raccolta di firme per chiederne la sottoposizione a referendum abrogativo. Ciò che si rimprovera alla disposizione, da parte dei promotori della raccolta di firme, è l’intento, ad essa sotteso, di voler “privatizzare” la sanità, favorendo il sistema delle compagnie assicurative per “affidare la gestione direttamente al privato”. I promotori del referendum

criticano anche lo strumento della convenzione, in quanto esso consentirebbe all'azienda sanitaria di coinvolgere i soggetti privati senza procedere a selezione mediante procedura ad evidenza pubblica, con conseguente violazione dei principi di trasparenza e concorrenza. Vedremo come si svilupperanno le vicende applicative della disposizione e quale sarà l'esito della iniziativa referendaria: ciò che da subito possiamo segnalare è la singolarità delle "due vie" prospettate dal legislatore per realizzare un identico fine, insieme alle perplessità suscitate dalla previsione dello strumento convenzionale, specie in relazione a servizi incidenti su livelli essenziali. Tuttavia, ad evitare rischi eccessivi sul punto, potranno soccorrere gli atti della programmazione, cui spetta definire gli indirizzi da rispettare da parte delle aziende sanitarie, e nei quali dovranno essere individuati gli ambiti di intervento di dette convenzioni.

Oltre alle disposizioni indicate, che comunque si riferiscono ad opportunità che potranno essere azionate per ambiti specifici, la disciplina "generale" del rapporto pubblico – privato *profit* nel sistema sanitario è contenuta nell'art. 76 della legge, rimasto sostanzialmente immutato rispetto alla formulazione originaria. In tale articolo è attribuito alle aziende sanitarie il compito di individuare "le istituzioni sanitarie private che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche al fine di concorrere all'erogazione delle prestazioni necessarie al conseguimento dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione regionale": tale individuazione deve avvenire, specifica la disposizione, sulla base di criteri definiti dalla programmazione sanitaria e sociale integrata. È previsto inoltre che la Giunta regionale determini le tariffe massime per ogni prestazione, e che al perfezionamento del rapporto si provveda mediante negoziazione (tra azienda USL e soggetto privato) effettuata in riferimento a dette tariffe. Da tale quadro emerge la centralità dell'attività di programmazione, cui è attribuito il compito di definire i criteri per l'individuazione, da parte delle aziende USL, delle strutture private da integrare nel sistema, nonché di stabilire i livelli di assistenza, presupposto per l'individuazione delle prestazioni da erogare: ciò conferma ed è coerente con quanto stabilito nei principi ispiratori della legge, e rende decisiva la fase di definizione delle modalità di realizzazione dell'attività di programmazione (rendendo conseguentemente di particolare rilevanza l'opera di individuazione dei soggetti partecipanti a tale attività).

In linea generale si può affermare come la disposizione considerata contribuisca a definire un sistema misto pubblico – privato, con un ruolo forte di regia del soggetto pubblico. Ma anche su questo si tornerà.

Un ulteriore ambito in cui la legge prevede un coinvolgimento dei soggetti privati, sia *profit* che *non profit*, è costituito dalle attività di ricerca ed innovazione: l'art. 54 della legge stabilisce infatti che "per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità, la Giunta regionale promuove anche attraverso la costituzione di apposite strutture organizzative, il coordinamento e promuove la complementarità delle azioni intraprese dai soggetti del servizio sanitario regionale (...) dal volontariato

e dai privati, nonché il trasferimento dei risultati di eccellenza raggiunti". Il riferimento generale ai privati deve intendersi esteso a ogni forma organizzativa, quindi anche *profit*; mentre il richiamo al volontariato può sembrare superfluo (il volontariato è compreso nella nozione generale di soggetti "privati") ma intende evidentemente sottolineare lo specifico apporto che le organizzazioni di cui alla legge n. 266/1991 possono garantire all'ambito indicato. Si tratta, in generale, di una previsione opportuna ed anche necessaria, che ancora una volta attribuisce al soggetto pubblico (nella specie, la Giunta regionale) un compito di regia attiva (soprattutto per quanto attiene al requisito della complementarietà).

7. Il ruolo riconosciuto ai soggetti *non profit* nell'organizzazione del sistema sanitario toscano

Assai più articolata è la regolamentazione, nel sistema sanitario toscano, del rapporto tra soggetti pubblici e organizzazioni *non profit* (variamente richiamate e definite, come si dirà), a conferma del ruolo specifico a queste ultime riconosciuto e delle differenze che ne connotano la valorizzazione rispetto ai soggetti *profit*.

Il primo ambito, fondamentale alla luce di quanto appena detto, nel quale la legge riconosce un ruolo specifico a tali organizzazioni è quello della programmazione: l'art. 15 della legge n. 40/2005, come modificato dalla legge n. 60/2008, stabilisce infatti che "La Regione, le aziende unità sanitarie locali e le società della salute promuovono e assicurano la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del Terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale e valorizza il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione". Analizziamo con attenzione tale disposizione.

In primo luogo emerge quanto già accennato relativamente alla scarsa precisione con cui vengono individuati i soggetti "privati non profit": tralasciando le organizzazioni sindacali e le associazioni professionali (che in altre parti della legge vengono classificate come "parti sociali"), e che comunque - come detto - costituiscono una *species a sé stante* rispetto al Terzo settore, vengono qui richiamate: a) le organizzazioni di volontariato; b) le associazioni di tutela e di promozione sociale; c) la cooperazione sociale; d) gli altri soggetti del Terzo settore. Per quanto riguarda le prime tre tipologie organizzative, essere risultano sufficientemente identificate e circoscritte: per le organizzazioni di volontariato la Toscana ha infatti approvato una legge specifica (la legge regionale 26 aprile

1993 n. 28, più volte modificata²³), che ha istituito un registro regionale nel quale tali organizzazioni devono iscriversi (qualora queste intendano avere rapporti con gli enti pubblici). Tale legge ha lo scopo, tra l'altro, di determinare "le modalità di partecipazione delle organizzazioni di volontariato all'esercizio delle funzioni regionali di programmazione, indirizzo e coordinamento nei settori in cui esse operano": è pertanto del tutto coerente che anche la legge sanitaria preveda un coinvolgimento di tali organizzazioni nell'attività di programmazione sanitaria e sociale integrata (ambito nel quale, merita ricordare, la maggior parte delle OdV svolgono la propria attività).

Anche per quanto riguarda il riferimento alle associazioni di promozione sociale esso deve ritenersi operato alle associazioni regolate dalla legge regionale 9 dicembre 2002, n. 42, che prevede l'istituzione di un registro regionale (peraltro suddiviso, come quello delle OdV e delle cooperative sociali di cui subito si dirà, in articolazioni provinciali²⁴) ed in cui è stabilita la necessità, come per le OdV, di una loro partecipazione alle funzioni regionali di programmazione nei settori in cui operano. Quindi anche per queste il riferimento della legge sanitaria risulta del tutto coerente e necessario. Piuttosto si pone un dubbio in relazione al riferimento alle "associazioni di tutela": si tratta di una specie diversa rispetto alle associazioni di promozione sociale previste dalla legge, ovvero si deve ritenere (semplicemente) poco corretto il richiamo? Non è possibile in questa sede approfondire il punto: come prima impressione sarei più propenso alla seconda ipotesi, che consente di dover considerare i criteri mediante i quali definire quali possano essere, sul territorio regionale, le "associazioni di tutela" (dato che per esse non esiste una disciplina specifica né tantomeno un sistema di registrazione).

Anche per le cooperative sociali la Regione Toscana ha approvato una specifica legge (24 novembre 1997, n. 87), che prevede l'istituzione di un apposito Albo. Tale legge contiene un doppio riferimento all'attività programmatica in relazione alle cooperative sociali: da un lato, mediante misure per assicurare "la partecipazione delle cooperative sociali alle attività di programmazione ed alla gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi e delle iniziative inerenti la formazione e l'occupazione"; in secondo luogo stabilendo che "il piano sanitario regionale e il piano integrato sociale regionale definiscono gli interventi per il sostegno e la valorizzazione delle cooperative sociali, nonché il loro apporto al perseguimento delle finalità della Regione e del sistema delle autonomie locali nei settori delle politiche sociali,

²³ Da ultimo, con la legge reg. 1° marzo 2016, n. 21, che – in forza di quanto previsto dalla legge reg. n. 22/2015 – ha previsto un'articolazione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato non più in sezioni provinciali bensì "in sezioni provinciali tenute dai Comuni capoluogo di provincia". La stessa legge ha modificato, nello stesso senso, anche le leggi regionali relative alle cooperative sociali (legge reg. 24 novembre 1997, n. 87) e alle associazioni di promozione sociale (legge 9 dicembre 2002, n. 42).

²⁴ Vd. nota precedente.

sanitarie ed educative”.

In definitiva, quindi, il richiamo della legge sanitaria a questi tre soggetti appare in termini generali coerente con il sistema complessivo, e ribadisce la valutazione positiva per queste realtà del Terzo settore in relazione alla loro ritenuta capacità di individuazione dell'interesse generale.

A questi tre “tipi”, la legge aggiunge la previsione degli “altri soggetti del Terzo settore”: previsione di per sé opportuna e corretta (non avrebbe senso escludere enti che svolgono funzioni del tutto analoghe a quelle dei soggetti individuati e che perseguono anch'essi finalità di interesse generale), quanto però di non facile delimitazione concettuale. Non solo perché, come si è detto, il “Terzo settore” è stato fino ad oggi non definito (né dalla legge nazionale, prima del 2016, né da quella regionale), ma soprattutto in quanto l'assenza di registri o albi per tali soggetti può comportare la difficoltà ad individuare i soggetti che possano partecipare o debbano essere coinvolti nei tavoli di programmazione. Né risolve tale problema il registro delle persone giuridiche: registro che riguarda la forma giuridica di un ente, non ciò che questo fa: e da cui quindi non può trarsi alcuna indicazione utile circa l'appartenenza dei soggetti iscritti in detto registro all'ambito del Terzo settore. Di conseguenza sembra inevitabile ritenere sussistente un ampio margine di discrezionalità dell'amministrazione precedente nell'individuazione di quali soggetti “del Terzo settore” (oltre a organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali) coinvolgere nei tavoli della programmazione.

Se dunque spetta alla Regione, alle aziende unità sanitarie locali e alle Società della salute promuovere e assicurare la partecipazione delle organizzazioni indicate alle attività di programmazione, l'art. 21 della legge ribadisce che ciò deve essere garantito anche con riguardo all'elaborazione del Piano integrato di salute (PIS) da adottare a livello zonale. Tale disposizione impone infatti che nel procedimento di formazione del PIS sia prevista “la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del Terzo settore”. Sul merito di tale previsione nulla da dire, costituendo essa specificazione (o forse meglio si potrebbe dire “richiamo”) di quanto stabilito in via generale dall'art. 15 (si potrebbe caso mai dubitare della sua utilità effettiva, stante la previsione generale, ma non sottilizziamo eccessivamente). Piuttosto, è ancora una volta la scarsa precisione con cui vengono individuati i soggetti da coinvolgere che suscita non poche perplessità: le “organizzazioni di volontariato” di cui all'art. 15 diventano le “associazioni di volontariato” nell'art. 21; le *associazioni di promozione sociale* spariscono dalla formulazione dell'art. 21 (mentre sono previste le associazioni “di tutela”); le cooperative sociali restano con identica formulazione, mentre gli altri *soggetti* del Terzo settore diventano “*associazioni* del Terzo settore”. Che dire di fronte a ciò? Se si dovesse interpretare la legge nel senso letterale, ne uscirebbe un quadro contraddittorio e irrazionale, come è facilmente deducibile: pertanto, sembra necessario considerare dette formulazioni alla stregua di “errori”

di scrittura, e non attribuire importanza alle differenze definitorie (salvo che prima o poi il problema si possa porre in sede giudiziaria, e in quel caso l'imprecisione potrebbe produrre gravi conseguenze).

Sempre a livello di Zona-distretto (ove non sia costituita la Società della salute nella quale, come si dirà, sono previsti altri organi), la legge (art. 64 *ter*, aggiunto con legge n. 44/2014) prevede l'istituzione di un "comitato di partecipazione degli utenti (...) composto da membri designati dalle associazioni che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché dall'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo, purché non erogatori di prestazioni": tra i compiti assegnati a tale comitato vi è anche di "contribuire alla programmazione delle attività avanzando proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e governo". I soggetti cui si riferisce tale disposizione sembrano essere diversi da quelli sopra indicati: qui ci si intende riferire agli "utenti", e negli Indirizzi regionali rivolti alle Zone si precisa che "Il Comitato si caratterizza come un luogo essenziale di confronto e di comunicazione tra Associazioni ed Azienda, in cui sono discussi temi, quali la partecipazione, l'accoglienza, l'informazione, la pubblica tutela, le indagini di soddisfazione, l'umanizzazione e il miglioramento della qualità dei servizi forniti dall'Azienda".

Malgrado tale logica distinzione (le organizzazioni previste dagli articoli 15 e 21 sono comunemente ritenute portatrici di interessi generali, mentre quelle di cui al Comitato di partecipazione sono portatrici degli interessi specifici degli utenti), la previsione che del Comitato debba far parte anche "l'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo" contribuisce ad offuscare la chiarezza della distinzione, essendo evidente che l'associazionismo di tutela e di promozione (diverso o no da quello di promozione sociale?) potrebbe non essere composto o rappresentativo degli utenti. Anche su questo punto, pertanto, non si può non segnalare un certo livello di approssimazione, se non di vera e propria contraddizione, della formulazione legislativa.

Passando dal piano della programmazione a quello dell'erogazione dei servizi, l'art. 17 si riferisce ancora ai tre "segmenti" del Terzo settore indicati anche ai fini della programmazione (OdV, APS, cooperative sociali), ma operandone una differenziazione di disciplina. Per le organizzazioni di volontariato (impropriamente definite "associazioni di volontariato": definizione contraria alla legge e, se applicata alla lettera, irragionevolmente discriminatoria di quelle organizzazioni di volontariato che non avessero la forma associativa) viene infatti previsto un regime di tipo convenzionale: "i rapporti tra le associazioni di volontariato (...) e il servizio sanitario (...) sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti" (è espressamente escluso da tale rapporto convenzionale il sistema di emergenza urgenza, di cui si dirà). Anche tale previsione è coerente con la legislazione nazionale e regionale (in materia di OdV), che individua nella convenzione lo strumento con cui regolare i rapporti tra tali organizzazioni e le amministrazioni pubbliche: già la richiamata

legge n. 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, stabiliva – come detto – che le associazioni di volontariato avrebbero potuto concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale attraverso apposite convenzioni da stipularsi con le unità sanitarie locali, nell’ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale. Anche la legge quadro nazionale sul volontariato ha individuato nella convenzione lo strumento giuridico con cui regolare i rapporti di tali organizzazioni con gli enti pubblici (art. 7, legge n. 266/1991), sull’ovvio presupposto che esso costituisca quello maggiormente idoneo a contemperare i diversi interessi in gioco. Tuttavia tale strumento deve essere valutato in relazione alla normativa, soprattutto di fonte comunitaria, relativa alla tutela della concorrenza: come noto, la Corte di Giustizia UE, con decisione del 29 novembre 2007, è intervenuta proprio con riguardo alla Regione Toscana, ed in particolare al servizio di trasporto sanitario che, mediante convenzione, la Regione aveva affidato ad alcune organizzazioni di volontariato operanti sul proprio territorio²⁵. Secondo la Corte di giustizia, anche un’associazione di volontariato deve intendersi come “operatore economico”, allorché sia potenzialmente idonea a svolgere un’attività materiale economicamente apprezzabile in concorrenza con altri operatori: di conseguenza, quando sussistono gli elementi tipici dell’attività d’impresa economicamente rilevante e dell’onerosità dell’operazione, si devono applicare le regole comunitarie in tema di affidamento dei servizi (vale a dire una procedura aperta e trasparente secondo il meccanismo dell’evidenza pubblica, idonea a garantire la piena concorrenzialità tra gli operatori economici partecipanti alla gara) e non può di conseguenza utilizzarsi lo strumento della convenzione. Ciò impone dunque di riflettere sulla disciplina della legge sanitaria, appena richiamata. Da un lato il problema che la giurisprudenza comunitaria pone può risolversi ritenendo che la convenzione possa essere utilizzata per i servizi che si pongano “sotto soglia” comunitaria: e su ciò non dovrebbero esserci eccessivi problemi, in quanto le direttive comunitarie prevedono una sostanziale autonomia per gli Stati membri²⁶. Per quanto riguarda invece i servizi “sopra soglia” qualche problema effettivamente si pone; né sembra decisivo il richiamo della disposizione indicata alla delimitazione (almeno così potrebbe intendersi) del campo di applicazione alle (sole) OdV “le cui attività concorrono con le finalità del servizio sanitario regionale”: formulazione che potrebbe intendersi come

²⁵ Corte di Giustizia delle Comunità europee, sentenza 29 novembre 2007, in causa C-119/2006, commentata da A. ALBANESE, *L'affidamento dei servizi socio-sanitari alle organizzazioni di volontariato e il diritto comunitario: la Corte di Giustizia manda un monito agli enti pubblici italiani*, in *Riv. it. dir. pubbl. comun.*, 2008, 1453 ss.; e da M. MATTALIA, *Convenzionamento diretto o procedure concorsuali nell'affidamento del servizio di trasporto sanitario*, in *Foro amm. CdS*, 2008, 1984 ss.

²⁶ P. MICHIARA, *L'affidamento di servizi al Terzo settore*, in *Non profit paper*, n. 3/2014, 203, cui si rinvia per una disamina puntuale della normativa dell’Unione europea in materia.

giustificazione di un trattamento giuridico differenziato.

Per quanto invece riguarda le APS e le cooperative sociali, l'art. 17, 2° comma legge n. 40/2005 stabilisce che esse "concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alle vigenti leggi regionali, alla realizzazione delle finalità del servizio sanitario regionale e alle attività di assistenza sociale". Dunque si afferma un principio di "concorrenza" da intendersi come com-partecipazione, mentre si rimanda alla legislazione relativa alle singole tipologie di Terzo settore l'individuazione degli strumenti con cui regolare detta com-partecipazione: ma sia la legge sulle APS che quella sulle cooperative sociali prevedono la convenzione come strumento regolatorio (art. 13, legge n. 42/2002: "la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici possono stipulare convenzioni con le associazioni di promozione sociale, iscritte nel registro regionale di cui all'articolo 3, per lo svolgimento di attività previste dallo statuto verso terzi, anche di carattere integrativo a servizi complessi, per le quali le associazioni stesse dimostrano attitudine e capacità operativa"; art. 11, legge n. 87/1997: "al fine di rendere uniformi sul territorio regionale i rapporti tra gli enti pubblici e le cooperative sociali iscritte nelle sezioni A e B dell'albo, nonché i consorzi iscritti nella sezione C dello stesso, il Consiglio regionale, su proposta della Giunta, (...) adotta schemi di convenzione-tipo"). Quindi, nella sostanza, l'apparente differenziazione operata dalla legge n. 40/2005 si rivela, almeno allo stato attuale della legislazione regionale, insussistente: OdV, APS e cooperative sociali possono stipulare convenzioni con le amministrazioni regionale e locali al fine di erogare servizi nell'ambito del sistema sanitario. Nulla si stabilisce, invece, con riguardo ad altri possibili soggetti di Terzo settore, per i quali dunque lo strumento convenzionale dovrebbe considerarsi escluso, a meno che non venga previsto da specifiche leggi settoriali.

Infine, va segnalata anche con riguardo agli enti del Terzo settore, la previsione, già richiamata con riferimento ai soggetti *profit*, dell'art. 54, che attribuisce alla Giunta regionale il compito di coordinare e favorire la complementarietà, per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità, delle azioni intraprese "dal volontariato e dai privati". Anche in questo caso la specifica previsione del "volontariato" (*recte*: delle organizzazioni di volontariato) deve intendersi come rafforzativa della volontà di riconoscere l'apporto che questo può offrire, non potendosi interpretare come un'esclusione – invece – degli altri soggetti del Terzo settore (in quanto la generica previsione di "privati" sembra poter includere anche le associazioni di promozione sociale, le cooperative sociali e gli altri enti inquadrabili all'interno della categoria generale).

8. Segue. Il coinvolgimento dei soggetti *non profit* nell'organizzazione e nelle attività delle Società della salute

Una valutazione a se stante richiede il modello delle Società della salute, una

forma organizzativa peculiare della Regione Toscana e la cui disciplina è stata introdotta, come si è detto, dalla legge n. 60/2008, mediante l'inserzione di un apposito capo il Capo III-*bis*) nella legge n. 40/2005.

L'art. 71-*bis*, 8° comma, introduce un principio organizzativo di carattere generale, in forza del quale "Nell'esercizio delle sue funzioni la società della salute assicura (...) il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del Terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione". Disposizione che ribadisce quanto già stabilito nell'art. 15 in relazione alla Regione, alle aziende USL ed anche alle società della salute: la sua ripetizione, pertanto, non giova alla chiarezza del dettato normativo, anche perché l'elenco dei soggetti da coinvolgere di cui all'art. 71-*bis* è significativamente ridotto e espresso in termini diversi. Non credo valga la pena, al riguardo, mettere a raffronto i due elenchi: operazione che, alla luce di quanto più volte detto, non risulterebbe di una qualche utilità concreta. Basti segnalare ancora una volta l'imprecisione con cui la legge sanitaria individua i soggetti privati in generale e del Terzo settore in particolare.

Nell'individuazione delle modalità partecipative attraverso le quali deve realizzarsi il coinvolgimento del Terzo settore la disciplina relativa alle società della salute è sicuramente più articolata: essa prevede infatti l'istituzione di un "Comitato di partecipazione" e di una "Consulta del Terzo settore". Il primo, previsto dall'art. 71-*undecies*, 1° comma, è del tutto analogo a quello previsto per le zone-distretto ove non è costituita la società della salute: le due formulazioni sono infatti sostanzialmente sovrapponibili, ma con alcune differenze che, ancora una volta, non giovano alla chiarezza del disposto normativo. L'unica rilevante differenza che merita di essere sottolineata riguarda la nomina dei membri di detto Comitato: mentre infatti per quello delle zone i membri sono *designati* dalle organizzazioni che vi partecipano (e non viene precisato a chi spetti la relativa *nomina*), per quello delle società della salute i membri devono essere nominati dall'assemblea della società stessa. Non mi pare sia necessario approfondire tale differenza, se non segnalare che la seconda formulazione sembra più chiara e coerente con l'assetto complessivo di tale forma organizzativa. Anche le funzioni di detto comitato sono del tutto simili nei due casi, salvo qualche lieve differenza di formulazione, che tuttavia non riguarda aspetti sostanziali.

La "Consulta del Terzo settore" è prevista dal quarto comma dell'art. 71-*undecies*: nominata dall'assemblea, in essa sono rappresentate, secondo la legge, "le organizzazioni del volontariato e del Terzo settore che sono presenti in maniera rilevante nel territorio e operano in campo sanitario e sociale". Si dovrebbe per l'ennesima volta sottolineare la scarsa precisione della disposizione (non bastava indicare il Terzo settore? forse che le organizzazioni di volontariato non ne fanno parte? ecc.), ma a questo punto si è compreso che questa scarsa precisione terminologica costituisce un limite di tutta la legge. Conviene invece soffermarsi su un aspetto, che ha rilievo (più) sostanziale: a differenza del Comitato, per la

Consulta non viene posto un limite per le organizzazioni che erogano prestazioni all'interno del sistema sanitario; ergo, della Consulta possono fare parte anche gli enti del Terzo settore erogatori di prestazioni. Ciò si comprende se si considerano le funzioni attribuite ai due organi: al Comitato spettano numerose funzioni, come si è detto (esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate, redigere un rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS, ecc.), e tra queste "esprimere parere sulla proposta di PIS"; alla Consulta, invece, è attribuita l'unica funzione di "esprimere proposte progettuali per la definizione del PIS". Stante pertanto il diverso "peso" dei due organi, non è illogica l'esclusione degli enti erogatori in quello ove è previsto un ruolo più forte e diretto sulla gestione, mentre dove si tratta (soltanto) di formulare proposte è possibile un coinvolgimento anche di tali enti.

9. Segue. Il ruolo dei soggetti *non profit* nel "sistema di emergenza urgenza"

Passando dal piano della programmazione (genericamente intesa) a quello dell'erogazione delle prestazioni, si è già detto di quanto previsto dall'art. 76 che, in quanto riferito genericamente alle "strutture private", deve considerarsi applicabile anche alle organizzazioni del Terzo settore. Per queste ultime tuttavia è previsto un ambito specifico di intervento (art. 76-ter, introdotto come gli articoli successivi dalla legge n. 70/2010), individuato come un vero e proprio "sistema": il "sistema sanitario di emergenza urgenza", articolato in a) un sistema di allarme sanitario; b) un sistema territoriale di soccorso; c) un sistema ospedaliero di emergenza. Il secondo di tali sistemi "è composto dalle aziende USL, dai comitati della Croce rossa italiana e dalle associazioni di volontariato iscritte nell'elenco di cui all'art. 76-quinquies, nonché dagli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e dal Comitato regionale della CRI", con il compito di garantire gli interventi nei luoghi ove si verifichino eventi di gravità rilevante per la salute di uno o più soggetti, di ripristino delle funzioni vitali compromesse e di trasporto del paziente presso il presidio sanitario più idoneo. Le attività che tale "sistema" deve garantire sono specificate nel successivo art. 76-quater, ove le stesse sono articolate: a) nelle attività svolte dalle associazioni iscritte nel richiamato elenco e b) nelle attività svolte dagli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e dal Comitato regionale della CRI. Si precisa inoltre che i richiamati organismi rappresentativi, "su delega delle associazioni o comitati", svolgono le attività di supporto tecnico, raccordo, coordinamento e tenuta del sistema di emergenza urgenza. Infine, si stabilisce che qualora il servizio non possa essere espletato dalle organizzazioni suddette, le aziende sanitarie, "dopo aver esperito ogni utile tentativo per garantire l'attività di trasporto sanitario da parte delle medesime o dal parte delle associazioni di volontariato e dei comitati della CRI, possono affidare tale attività a soggetti terzi, a seguito di procedure di evidenza

pubblica". Ai fini suddetti, l'art. 76-*quinquies* prevede la ricognizione, da parte della Giunta regionale, "delle associazioni di volontariato autorizzate (...) che svolgono l'attività di trasporto sanitario sul territorio regionale e le inseriscono in un apposito elenco"²⁷.

Ricostruire con precisione il quadro risulta non agevole: in sostanza, tuttavia, tutte le attività relative al c.d. "118" vengono affidate alle organizzazioni di volontariato iscritte nell'elenco (Misericordie e Pubbliche assistenze) e alla Croce Rossa²⁸, compresi i servizi di trasporto sanitario non d'urgenza (per ricoveri, dimissioni e trasferimenti tra strutture pubbliche o private convenzionate o per visite specialistiche, esami diagnostici e trattamenti terapeutici), i quali ultimi sono garantiti a carico del Servizio Sanitario Regionale previa certificazione del medico competente. Sul punto merita ricordare che la materia di cui trattasi è quella su cui fu pronunciata la richiamata sentenza dalla Corte di giustizia del 2007²⁹: mediante la soluzione adottata a livello legislativo nel 2010 si è voluto dunque superare il modello convenzionale³⁰ per costituire, ad opera diretta della legge, un "sistema" integrato pubblico (Regione, Aziende USL) – privato (associazioni di volontariato e CRI), sia al fine di garantire un servizio adeguato di trasporto in casi di emergenza che anche per favorire il ruolo di supporto, non soltanto di tipo sanitario, che dette organizzazioni assicurano sul proprio territorio. Si tratta quindi di una soluzione giuridica che mette al riparo dalle preoccupazioni dell'Unione europea e consente di mantenere in piedi il sistema così come si era affermato, negli anni precedenti, attraverso l'utilizzo dello strumento convenzionale.

Più nello specifico, merita sottolineare il ruolo riconosciuto, oltre che alle singole associazioni, agli "organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato"

²⁷ Tale elenco viene periodicamente aggiornato con decreto dirigenziale: l'ultimo è stato adottato con DG 25 ottobre 2016, n. 10912 e contiene circa 500 organizzazioni sparse sul territorio toscano.

²⁸ Non è qui il caso di soffermarsi sui problemi connessi alla natura giuridica della Croce Rossa, ed alla coerenza del suo coinvolgimento in tale contesto: basti ricordare che nel momento in cui la legge regionale è stata approvata la CRI si configurava come ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, mentre con il d.lgs. 28 settembre 2012, n. 178 è stato avviato un processo finalizzato a costituire una nuova associazione, denominata Associazione della Croce Rossa Italiana, con personalità giuridica di diritto privato e iscritta di diritto nei registri (nazionale, regionali e locali) delle associazioni di promozione sociale.

²⁹ Vd. *retro*, nt. 24.

³⁰ Modello che trovava la propria fonte regolatoria in un Accordo quadro sottoscritto il 26 aprile 2004 tra la Regione Toscana, le Aziende USL e ospedaliere, e gli organismi di coordinamento delle Misericordie, delle Pubbliche Assistenze e della CRI. Tale Accordo è stato più volte prorogato (l'ultima volta nel 2011) fino ad essere superato dalla legge del 2010, pur continuando a costituire il riferimento per la definizione dei requisiti organizzativi e dell'ammontare dei rimborsi.

e al "Comitato regionale della CRI": organismi che si configurano come enti di secondo livello. Su di essi merita soffermarsi brevemente. Il richiamato art. 76-ter, comma 3, prevede, come detto, che al sistema territoriale di soccorso partecipano gli "organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato" (senza dunque specificarne il numero); l'art. 73-septies, nell'istituire la Conferenza regionale permanente, stabilisce che di essa fanno parte, tra gli altri, "i legali rappresentanti (...) dei due organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato di cui all'art. 76 ter, comma 3": dunque, la seconda disposizione fa espresso riferimento a due organismi maggiormente rappresentativi, mentre la prima non contiene nessun numero né – conseguentemente – limita l'accesso al sistema a quelli maggiormente rappresentativi. In altri termini: mentre al sistema possono partecipare anche tre o quattro "organismi rappresentativi", soltanto due di questi (quelli maggiormente rappresentativi) vengono chiamati a partecipare ai lavori della Conferenza regionale: il che ha certamente una sua coerenza logica.

Il risultato, ad ogni buon conto, è che con Decreto dirigenziale n. 4215 del 12 settembre 2012 sono stati individuati i "due Organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato di cui all'art. 76 ter, co. 3 della l.r. 40/2005": sebbene, come detto, il citato art. 76-ter, 3° comma, non contenga alcun riferimento né al numero né all'esigenza della maggiore rappresentatività. Ovviamente (per chi conosce la realtà toscana) i due organismi maggiormente rappresentativi sono costituiti dalla Confederazione Nazionale Misericordie d'Italia – Conferenza regionale della Toscana e dall'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze – Comitato regionale toscano, i quali si uniscono al Comitato regionale della CRI, direttamente previsto dalla legge³¹. I due organismi rappresentativi indicati sono iscritti nel registro delle organizzazioni di volontariato, la cui legge di riferimento consente l'iscrizione anche alle "associazioni o federazioni regionali rappresentative delle organizzazioni di volontariato iscritte al registro stesso ed operanti nei Comuni della Regione". Ad essi viene riconosciuto annualmente un contributo per le attività svolte pari al 6% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate al sistema di trasporto d'urgenza: per l'anno 2013, con delibera della Giunta regionale n. 464 del 3 giugno 2014, tale contributo è stato determinato nella misura di euro 4.500.000, ed è stato destinato a "promuovere e sostenere le attività di supporto tecnico, raccordo e coordinamento delle associazioni di volontariato e dei Comitati della CRI"³².

³¹ Non vi è bisogno di ricordare che si tratta delle tre organizzazioni con cui era stato stipulato l'Accordo quadro del 2004.

³² L'importo è rimasto identico anche per l'anno successivo: con nota del Direttore generale del Dipartimento Diritti di cittadinanza e Coesione sociale della Regione, inviata in data 29 maggio 2015 al Direttore generale dell'Azienda USL 10 di Firenze (incaricata di procedere al pagamento) si conferma l'importo complessivo di 4.500.000 euro per le attività di coordinamento, ripartiti in 2.000.000 alla Federazione delle Misericordie, 1.560.000 per il coordinamento delle Pubbliche

Inoltre, è significativa la previsione finale dell'art. 76-*quinquies*, con cui sono previste "periodiche verifiche da parte della commissione di vigilanza (...) finalizzate ad accertare la presenza e il mantenimento dei requisiti". Trattasi di una verifica ovviamente diversa ed ulteriore rispetto a quella che deve essere compiuta in base alla legge sul volontariato, e finalizzata a verificare la permanenza dei requisiti ulteriori, in particolare di quelli richiesti dalla legge 22 maggio 2001, n. 25³³ e relativo regolamento di attuazione, nonché dei requisiti di cui al regolamento ex art. 76-*undecies* (e volti a garantire "la continuità e qualità del servizio")³⁴: in sostanza requisiti per l'autorizzazione (i primi) e per l'accreditamento (i secondi).

10. Il rapporto pubblico/privati nel campo dell'assistenza sociale

Passando ad analizzare la disciplina legislativa relativa ai rapporti tra amministrazioni pubbliche e soggetti privati nell'ambito dell'assistenza sociale dobbiamo considerare, come già accennato, la legge n. 41/2005, il cui art. 2, 3° comma, stabilisce che "La Regione e gli enti locali, nell'ambito della rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato". Il 4° comma aggiunge che "Al perseguimento delle finalità del sistema integrato concorrono anche altri soggetti pubblici o privati". Se una *ratio* è possibile ricostruire da tali previsioni, si dovrebbe ritenere che mentre il ruolo dei soggetti *non profit* (che non sono solo quelli del Terzo settore, occorre ricordare) è *riconosciuto e agevolato*, quello invece degli altri *soggetti privati* (quindi, si dovrebbe intendere, quelli *profit*) è semplicemente *previsto*, senza alcun impegno per le amministrazioni di riconoscerlo e agevolarlo.

A ciò deve tuttavia aggiungersi quanto stabilito nel successivo art. 3, 1° comma, lett. i): tra i principi mediante i quali si realizza (deve realizzarsi) il sistema integrato di interventi e servizi sociali, viene indicata la "partecipazione attiva dei cittadini singoli e associati, nell'ambito dei principi di solidarietà e di auto-organizzazione anche mediante processi partecipativi ai sensi della legge regionale 27 dicembre 2007 n. 69"³⁵. Anche in questo caso non è agevole ricostruire una *ratio* complessiva

Assistenze e 440.000 per il Comitato regionale della CRI.

³³ Si tratta della legge contenente la disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario.

³⁴ Il regolamento di attuazione dell'art. 76-*undecies* è stato emanato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 4 gennaio 2012 n. 1/R, modificato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 27 aprile 2012 n. 15/R.

³⁵ Si tratta della legge contenente "Norme sulla promozione della partecipazione alla

alla previsione legislativa: con qualche dose di incertezza, si potrebbe ritenere che la partecipazione di cui alla disposizione richiamata sia da riferire non soltanto ai cittadini *singoli* (e su questo aspetto non vi sono interferenze con quanto sopra indicato) ma anche a quelle associazioni (“cittadini *associati*”) che non sono “operanti nel settore” e non partecipano quindi alla organizzazione e gestione del servizio, ma sono estranee ad esso e tuttavia possono partecipare in relazione a singoli interventi. Non so quanto sia corretta tale conclusione, ma mi pare l’unica razionalmente traibile dalla lettura delle previsioni normative.

Il 2° comma dell’art. 3, nell’indicare i metodi con cui si deve realizzare il sistema integrato dei servizi e degli interventi indica, al punto c), il seguente: “cooperazione tra i diversi livelli istituzionali ed i soggetti pubblici e privati, inclusi quelli del Terzo settore di cui all’art. 17”, nonché, al punto d), la “concertazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e le organizzazioni sindacali, le categorie economiche, le associazioni degli utenti e dei consumatori”. Tralasciando quest’ultimo punto, riferito al sistema della *concertazione*, mi pare che quanto indicato nella disposizione non aggiunga molto a quanto sopra stabilito, se non aumentare il livello di scarsa precisione nel riferirsi al Terzo settore, senza chiarire quale differenza sostanziale vi sia tra tale previsione e quella relativa agli enti *non profit* sopra indicati. In ogni caso, il risultato complessivo che può evincersi è di un forte riconoscimento del ruolo dei soggetti *non profit*/del Terzo settore, fatte salve le imprecisioni terminologiche e i riferimenti poco perspicui più volte segnalati.

Tuttavia, con riguardo a quest’ultimo aspetto, la legge dedica un articolo specifico al Terzo settore, coerentemente con la sua rubrica (art. 17). Il 1° comma va – in parte almeno – a sovrapporsi con quanto stabilito nei principi ispiratori della legge, come sopra richiamati: “Nel rispetto del principio della sussidiarietà, la Regione e gli enti locali riconoscono la rilevanza sociale dell’attività svolta dai soggetti del Terzo settore e, nell’ambito delle risorse disponibili, promuovono azioni per il loro sostegno e qualificazione”. L’unica differenza è che tra i principi si stabilisce che devono essere riconosciuti e agevolati (tutti) i soggetti provati senza scopo di lucro, mentre nella presente disposizione il riferimento è ai “soggetti del Terzo settore”. Sono convinto che non si tratti di una differenza sostanziale, almeno nelle

elaborazione delle politiche regionali e locali”, successivamente modificata (in realtà “rinnovata” con modifiche) dalla legge reg. 2 agosto 2013, n. 46. Su tali vicende cfr. V. DE SANTIS, *La nuova legge della Regione Toscana in materia di dibattito pubblico regionale e promozione della partecipazione*, in *Osservatorio AIC*, 2013; M. CIANCAGLINI, *Un’ulteriore tappa nel processo di consolidamento della democrazia partecipativa. La legge regionale toscana n. 46/2013*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2014; E. STRADELLA, *La partecipazione*, in P. CARROZZA - R. ROMBOLI - E. ROSSI, *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, cit., 286 ss.; G. MARTINICO - E. ROSSI, *Dibattito pubblico e partecipazione nell’esperienza della Regione Toscana*, in *Riv. Amm. R.I.*, fasc. n. 1-2/2015, 13 ss.

intenzioni del legislatore³⁶; e che, di conseguenza, l'unica spiegazione possibile risieda in una pessima qualità della formulazione legislativa (che contravviene, tra l'altro, a una delle regole basilari della qualità della normazione, quella in forza della quale occorre evitare di ripetere nella stessa legge un medesimo concetto, oltretutto con formulazioni verbali diverse).

Di maggiore interesse è il secondo comma dell'art. 17, nel quale sono elencati "i soggetti del Terzo settore", da intendersi come le tipologie di enti che rientrano nella categoria generale cui si applica tale termine. La previsione ha l'indubbio merito, in primo luogo, di operare uno sforzo definitorio e quindi chiarificatore, a fonte delle molte altre previsioni legislative in cui il Terzo settore viene richiamato ma mai definito: e sebbene la presente previsione limiti la portata dell'elenco "ai fini della presente legge", non vi è dubbio che essa possa avere una valenza di carattere generale. La disposizione – che riprende, grosso modo, quanto previsto a livello nazionale dal DPCM 30 marzo 2001 – prevede che Terzo settore fanno parte:

- a) le organizzazioni di volontariato;
- b) le associazioni e gli enti di promozione sociale;
- c) le cooperative sociali;
- d) le fondazioni;
- e) gli enti di patronato;
- f) gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 11 agosto 1993, n. 54 (Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti. Criteri e procedure per l'iscrizione);
- g) gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese;
- h) gli altri soggetti privati non a scopo di lucro.

Rispetto alla richiamata previsione statale sono aggiunti gli enti di cui alle lettere e) ed f), mentre gli altri vengono sostanzialmente confermati.

Tale elenco corrisponde, in linea generale, alla comune percezione di cosa si debba intendere per "Terzo settore", con due precisazioni necessarie. La prima riguarda le fondazioni: la loro previsione, formulata dalla disposizione in termini generali, induce a ritenere che *tutte* le fondazioni debbano essere considerate "Terzo settore". Ciò apre ad alcuni interrogativi, in primo luogo con riguardo alle fondazioni costituite in forma mista (ad esempio, le fondazioni di partecipazione pubblico-privato, la cui ricomprensione tra gli enti del Terzo settore non appare scontata³⁷); e in secondo luogo relativamente alle fondazioni di origine bancaria.

³⁶ Anche perché, come subito si dirà, la stessa disposizione prevede che facciano parte del Terzo settore tutti i "soggetti privati non a scopo di lucro".

³⁷ Sia consentito rinviare a E. ROSSI, *I soggetti esclusi dall'ambito ONLUS, con particolare*

Con riguardo a queste ultime, va segnalato quanto stabilisce l'art. 1 della richiamata legge delega sul Terzo settore (legge n. 106/2016): "Alle fondazioni bancarie, in quanto enti che concorrono al perseguimento delle finalità della presente legge, non si applicano le disposizioni contenute in essa e nei relativi decreti attuativi". Da quanto sembrerebbe evincersi, dunque, dette fondazioni dovrebbero considerarsi escluse dall'ambito del Terzo settore (altrimenti non avrebbe senso l'esclusione, per loro, della relativa disciplina): tuttavia le stesse non sono inserite nell'elenco degli enti espressamente esclusi, cosa che porterebbe a opposta conclusione. Inoltre, come si è detto in altra sede³⁸, non è chiaro il valore dell'espressione "in quanto", che probabilmente deve essere letta nel senso di "sebbene" o "nonostante" (in sostanza: "Alle fondazioni bancarie, *sebbene* enti che concorrono al perseguimento delle finalità della presente legge, non si applicano le disposizioni contenute in essa e nei relativi decreti attuativi"). Al di là comunque della difficoltà di ricostruire la razionalità della disposizione legislativa statale (cui potrebbe dare risposta il decreto legislativo delegato), sta la evidente contraddizione tra la previsione regionale – che nella sua genericità sembra ricomprendere le fondazioni ex bancarie nel novero del Terzo settore – e la legge nazionale, che espressamente le esclude.

L'altro punto di scarsa precisione dell'elenco contenuto nella legge regionale è costituito dalla previsione degli "altri soggetti privati non a scopo di lucro". Se leggiamo in termini rigorosi tale riferimento normativo, se ne deve trarre la conclusione che tutti gli enti privati, purché senza scopo di lucro (quindi *non profit*), devono considerarsi "Terzo settore": il che da un lato vanifica la distinzione tra "Terzo settore" e "enti non profit", e dall'altro rende sostanzialmente ridondante l'elencazione precedente (dato per scontato che le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, e così via, siano tutti "soggetti privati non a scopo di lucro"). In più, la formulazione regionale sembra includere nel Terzo settore anche quei soggetti che la legge nazionale espressamente esclude, allorché quest'ultima stabilisce che "non fanno parte del Terzo settore le formazioni e le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche". Tutte organizzazioni che, sulla base della formulazione della legge toscana, non dovrebbero considerarsi invece escluse dal novero del Terzo settore (toscano), in quanto soggetti privati *non profit*. Davvero un bel pasticcio normativo dunque, espressione di una formulazione legislativa che

riguardo alle fondazioni partecipate da enti pubblici, in Aretè, 2008, 70 ss. Si v. altresì E. VIVALDI, *Il terzo settore e le risposte ai bisogni delle persone con disabilità: l'esperienza delle fondazioni di partecipazione per il dopo di noi*, in E. VIVALDI (a cura di), *Disabilità e sussidiarietà: il dopo di noi tra regole e buone prassi*, Bologna, Il Mulino, 2012, 135 ss.

³⁸ L. GORI - E. ROSSI, *La legge delega n. 106 del 2016 di riforma del Terzo settore*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3/2016, 6.

richiederebbe un'opera di attenta "ripulitura".

Proseguendo l'analisi dell'art. 17 della legge toscana, il 3° comma indica le funzioni attribuite agli enti elencati: essi concorrono "ai processi di programmazione regionale e locale. Tali soggetti, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano altresì alla progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente". La previsione tende indubbiamente a valorizzare il ruolo dei soggetti indicati, mirando ad un loro coinvolgimento in tutte le fasi in cui si articola l'elaborazione delle politiche pubbliche di tipo sociale: dalla programmazione alla progettazione, dall'attuazione all'erogazione. L'unica fase che sembra essere esclusa è quella del monitoraggio e conseguente verifica dell'attuazione: e ciò malgrado che l'art. 72 dello statuto toscano demandi alla legge di promuovere l'apporto dei soggetti organizzati anche alla "verifica degli effetti delle politiche regionali". Tale funzione può in parte essere recuperata attraverso l'elaborazione della Carta dei diritti di cittadinanza sociale, prevista dall'art. 31, e per la cui adozione è previsto il coinvolgimento "dei soggetti del Terzo settore". Sempre all'ambito della fase di programmazione può essere ascritta la predisposizione di "Patti per la costruzione di reti di solidarietà sociale" (art. 32), da realizzare attraverso il coinvolgimento (anche) dei soggetti del Terzo settore.

Per quanto più direttamente riguarda l'erogazione delle prestazioni, l'art. 19 distingue tra l'affidamento dei servizi alla persona genericamente inteso (e quindi, sembra doversi intendere, ai soggetti diversi da quelli del Terzo settore) e l'affidamento ai soggetti del Terzo settore (art. 19). Mentre nel primo caso è prevista una procedura aperta e competitiva (che si svolge mediante un confronto tra più soggetti e più offerte, tenendo conto della qualità dell'offerta ed escludendo l'utilizzo del massimo ribasso), nel caso di affidamento a soggetti del Terzo settore si rinvia a quanto previsto nel richiamato DPCM 30 marzo 2001 e conseguenti disposizioni regionali di attuazione. Tale DPCM prevede una preselezione, da parte dei Comuni, dei soggetti da cui acquistare o a cui affidare l'erogazione dei servizi, e indica in quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa il criterio da applicare per l'individuazione del soggetto prescelto tra quelli preselezionati, tenendo conto di elementi qualitativi che vengono elencati. Questa disciplina differenziata aiuta a comprendere l'importanza della classificazione di un ente tra quelli di "Terzo settore", essendo collegata a tale inserimento l'applicazione di una disciplina speciale rispetto a quella generale prevista per tutti i soggetti privati. Peraltro, la dizione estremamente ampia e generica dell'art. 17 (sopra richiamata) induce a ritenere che la linea di confine tra i soggetti cui applicare la procedura aperta e quelli cui invece deve applicarsi il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sia costituita dall'essere l'ente privato in questione *profit* ovvero *non profit*.

Sul piano di quella che viene è chiamata la partecipazione organica³⁹, la legge in questione prevede infine un coinvolgimento del Terzo settore all'interno della commissione regionale per le politiche sociali (art. 28), cui sono attribuite funzioni consultive e propositive rivolte alla Regione ed è altresì riconosciuta la possibilità di promuovere iniziative di conoscenza dei fenomeni sociali di interesse regionale.

Questo, dunque, il quadro complessivo che si ricava dall'analisi della legge n. 41/2005: un quadro che attesta l'importanza riconosciuta dal legislatore toscano al Terzo settore nell'ambito dei servizi e degli interventi sociali, in coerenza con la tradizionale e storica ricchezza della solidarietà organizzata nel territorio toscano.

Quanto detto trova conferma anche in altre leggi toscane, disciplinanti alcuni ambiti di intervento del "sociale puro", ovvero di interventi non collegati – più o meno direttamente – con l'ambito dell'assistenza sanitaria. A mo' di esempio, possiamo richiamare la legge regionale 2 agosto 2013 n. 45, contenente interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale, in cui si prevede un coinvolgimento delle "associazioni di volontariato" per la promozione della diffusione dell'informazione a favore dei potenziali beneficiari del contributo a favore dei figli nuovi nati o di quelli adottati e collocati in affidamento preadottivo, nonché un coinvolgimento "del Terzo settore" per la diffusione dell'informazione dei contributi a favore delle famiglie con persone disabili. Anche in questo caso, tuttavia, va segnalata la scarsa razionalità delle diverse previsioni, che non sembrano conseguenti a differenze di sostanza: in altri termini, non è chiara la ragione per cui l'attività di diffusione della comunicazione possa essere svolta da tutti i soggetti del Terzo settore quando si tratti di contributi per la disabilità, e soltanto da parte delle organizzazioni di volontariato quando il contributo riguardi i nuovi nati. Propendo per l'impressione che si tratti di una distinzione non voluta (anche perché a prima vista irragionevole), quanto piuttosto frutto di quell'imprecisione nell'indicare i soggetti del Terzo settore che abbiamo visto caratterizzare tutta la legislazione toscana.

Anche la legge reg. 19 settembre 2013, n. 50, contenente norme per il sostegno dei genitori separati in situazione di difficoltà, prevede un coinvolgimento del Terzo settore per la sua applicazione: l'art. 4, 3° comma stabilisce che "i soggetti del Terzo settore concorrono ai processi di programmazione e attuazione degli

³⁹ E. STRADELLA, *Le forme di partecipazione e il ruolo del Terzo settore*, cit., 183 ss.; A. ALBANESE, *Partecipazione organica e democrazia partecipativa*, in U. ALLEGRETTI (a cura di), *Democrazia partecipativa. Esperienze e prospettive in Italia e in Europa*, Firenze, Firenze University Press 2010, 345 ss. Va ricordato che la Regione Toscana, nel proprio statuto, ha previsto l'istituzione di una Conferenza permanente delle autonomie sociali, le cui aspettative tuttavia non hanno prodotto gli effetti sperati: cfr. F. DAL CANTO, *Conferenza permanente delle autonomie sociali*, in P. CARROZZA - R. ROMBOLI - E. ROSSI, *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, cit., 182 ss.

interventi di cui alla presente legge nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale". Veri e propri soggetti (nuovi) di Terzo settore sembrano invece potersi qualificare le "agenzie sociali per la casa", disciplinate dalla legge 3 febbraio 2015, n. 13, e definite dalla stessa quali "soggetti giuridici privati senza finalità di lucro che operano per l'inserimento abitativo degli individui e nuclei familiari svantaggiati che non sono in grado di accedere alla locazione di alloggi alle condizioni di mercato" (art. 2, 1° comma). Tali agenzie sono soggette ad un regime di accreditamento e la Regione favorisce la loro messa in rete, con la previsione di contributi regionali.

11. Considerazioni d'insieme

Il quadro che si è tratteggiato, alla luce della normativa regionale, induce conclusivamente a svolgere qualche breve considerazione finale.

Emerge con evidente chiarezza, in primo luogo, la volontà delle istituzioni regionali toscane di applicare e valorizzare, perlomeno negli ambiti in questa sede esaminati, il principio di sussidiarietà, inteso nella sua dimensione orizzontale e forse anche "circolare"⁴⁰, coerentemente con quanto indicato nel Libro bianco sul futuro del modello sociale, presentato nel 2009 dal Ministro per il Welfare, in cui il Terzo settore viene ritenuto "un attore particolare, capace di produrre relazioni e di tessere i fili smarriti della comunità. Il Terzo settore è un soggetto flessibile e particolarmente adeguato a inserirsi nella nuova organizzazione dei servizi e del lavoro nell'era post-industriale, ma è soprattutto un patrimonio di esperienze e di partecipazione che non si può disperdere". Se ciò vale in termini generali, e cioè per tutto il territorio nazionale, ancor di più deve essere riconosciuto per l'ordinamento toscano, ove la società civile organizzata per fini di solidarietà è particolarmente ricca e diffusa: e tale ricchezza indubbiamente condiziona la stessa politica e le conseguenti scelte legislative⁴¹. Non vi è bisogno di ricordare,

⁴⁰ Con tale termine ci si intende riferire alla prospettiva di sussidiarietà che supera l'ordine bipolare fondato sulla diade pubblico – privato a favore di un ordine sociale tripolare fondato sulla triade pubblico-privato-civile: vd. al riguardo le considerazioni di S. ZAMAGNI, *Introduzione: slegare il Terzo settore*, in S. ZAMAGNI (a cura di), *Libro bianco sul Terzo settore*, Bologna, Il Mulino, 2011, 34 ss. Sul tema della sussidiarietà orizzontale la bibliografia è assai vasta: un utile sguardo d'insieme è offerto nel volume di D. DONATI - A. PACI (a cura di), *Sussidiarietà e concorrenza*, Bologna, Il Mulino, 2010 e, successivamente, da D. DONATI, *Tra Stato e mercato. Interpretazioni, regole e limiti del paradigma sussidiario*, Bologna, Il Mulino, 2013; nonché da F. COSTA - F. PIZZOLATO, *Il lato oscuro della sussidiarietà*, Milano, Giuffrè, 2013.

⁴¹ E. FERIOLI, *Terzo settore e principio di sussidiarietà nei servizi sociali: dal riconoscimento normativo all'attuazione amministrativa*, in E. ROSSI (a cura di), *Politiche sociali e terzo settore nel territorio livornese. Una ricognizione*, Pisa, Plus - Università di Pisa, 2007, 117 ss.

a questo riguardo, che in Toscana sono presenti le più antiche organizzazioni di volontariato, che da secoli esse operano in modo capillare su tutto il territorio regionale garantendo vicinanza e assistenza sia nei grandi centri come anche nelle piccole comunità più isolate. A fronte di questo, sembra quasi scontato ed inevitabile che le istituzioni toscane favoriscano questo "capitale sociale" e lo valorizzino in vista di una garanzia più piena dei diritti sociali dei propri cittadini: al contempo, lo spazio riconosciuto a dette organizzazioni mira, anche nel territorio toscano, a "rivitalizzare un esangue pluralismo istituzionale-territoriale, valorizzando le istituzioni più prossime al cittadino"⁴².

Al contempo, deve rilevarsi la volontà del legislatore di attribuire alle istituzioni pubbliche non soltanto un ruolo forte di "regia" del sistema (con riguardo, in particolare, alle procedure di progettazione e programmazione dei servizi, come anche alla previsione di istituti quali l'autorizzazione e l'accreditamento), ma anche una loro rilevante partecipazione alla produzione ed erogazione dei sistemi di assistenza. Questa, peraltro, è una delle caratteristiche proprie del "modello toscano", da cui si differenziano altre esperienze (quella lombarda in particolare) fondate invece "sull'assunzione da parte della regione di compiti puramente regolativi delle modalità di accesso ai servizi, cosicché i cittadini sono liberi di accedere a servizi prodotti sia dal pubblico che da soggetti privati, in concorrenza tra loro"⁴³. Il modello toscano, questo senso, è fortemente incentrato sulla prospettiva dell'*integrazione*, sia nelle relazioni tra pubblico e privato come anche in riferimento alle politiche (sanitarie e sociali in primo luogo); di conseguenza, il Terzo settore toscano è chiamato ad *integrarsi* con le istituzioni pubbliche: il che garantisce (dovrebbe garantire) la qualità delle prestazioni da questo erogate e la loro appropriatezza, ma al contempo richiede ai soggetti di Terzo settore di adeguare i loro servizi, e talvolta le loro stesse strutture, a *standard* fissati dal governo regionale (con relativi potenziali problemi connessi all'autonomia di tali soggetti ed alla loro capacità di perseguire gli obiettivi istituzionali). Siffatto processo di integrazione ha prodotto, prima nella prassi amministrativa e poi anche nella legislazione toscana, l'idea delle Società della salute, concepite quali organismi di sintesi dei processi integrativi e istituite "per consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie e per assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per garantire la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e

⁴² S. GAMBINO, *Crisi economica e diritti sociali (con particolare riguardo al diritto alla salute, all'assistenza sociale e all'istruzione)*, in S. GAMBINO (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive*, Torino, Giappichelli, 2015, 79.

⁴³ P. CARROZZA, *Il welfare sanitario e assistenziale toscano come modello*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., 381.

assistenziale⁴⁴. Tali processi dovrebbero sostenersi mediante modalità di azione delle SdS fondate sul coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del Terzo settore nella individuazione dei bisogni di salute e nella programmazione: una prospettiva dunque che mira ad unire l'integrazione "oggettiva" delle politiche con l'integrazione "soggettiva". Tuttavia tale modello, come noto, non ha trovato adeguato seguito e sviluppo nella legislazione e nella prassi amministrativa: il che ha portato anche le SdS esistenti a non tentare nuove forme partecipative come forse un certo sviluppo della sperimentazione inizialmente realizzata avrebbe potuto far presagire.

Se quanto detto vale in generale con riguardo all'integrazione pubblico – privato nell'ambito del sistema sanitario e di quello dell'assistenza sociale, si deve al contempo constatare una diversa intensità di applicazione tra i due ambiti considerati: nel primo l'intervento pubblico appare più consistente, e quello privato non soltanto più limitato ma anche più "regolato" dalla disciplina pubblica; nel secondo, invece, maggiore risulta lo spazio di azione riconosciuto ai soggetti del Terzo settore, sia in termini di obiettivi da perseguire che in ragione delle modalità con cui perseguirli. Ciò è inevitabile conseguenza di una diversa percezione della rilevanza del diritto da garantire: nel senso che il diritto "alla salute" è considerato evidentemente più "sensibile" di quello all'assistenza sociale, tale quindi da richiedere un ruolo pubblico più consistente e penetrante. Non è il caso qui di soffermarsi sui contenuti dei due diritti e neppure sulle differenze di valore tra i due beni della vita che essi impongono di tutelare⁴⁵: basti segnalare come sia forte, anche nella comune considerazione, l'idea per cui "per il diritto alla salute si configurano pretese immediatamente esigibili anche in relazione alle prestazioni di servizio, in quanto se così non fosse verrebbe meno o sarebbe a rischio lo stesso diritto alla vita"⁴⁶, mentre ciò non viene percepito, almeno in linea generale, con riguardo all'assistenza sociale. Tale differente percezione contribuisce, insieme ad altri fattori (non ultima la particolare vocazione di alcune organizzazioni del Terzo settore ad intervenire soprattutto negli ambiti propri dell'assistenza sociale), ad alimentare la volontà del legislatore di coinvolgere maggiormente il Terzo settore nelle politiche di assistenza sociale rispetto a quelle sanitarie, queste ultime più saldamente "presidiate" dalle istituzioni pubbliche.

Un'altra differenza abbastanza evidente ricavabile dall'analisi compiuta

⁴⁴ E. VIVALDI - E. STRADELLA, *L'integrazione socio-sanitaria*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., 78 ss.

⁴⁵ Sia consentito un rinvio, volendo, a E. ROSSI, *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due "materie" difficilmente separabili*, in E. CATELANI - R. TARCHI (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, cit., 189 ss.

⁴⁶ F. GIGLIONI, *La tutela dei diritti di assistenza sociale a sanitaria dopo l'introduzione in Costituzione dei livelli essenziali*, in www.astrid-online.it.

riguarda il diverso ruolo riconosciuto agli enti *profit* rispetto a quelli *non profit* (o del Terzo settore, con le difficoltà di distinguere concettualmente i due ambiti più volte rilevate). Evidente è la linea distintiva principale che segna la legislazione toscana: se, da un lato, nella fase erogativa delle prestazioni è previsto un significativo coinvolgimento degli uni e degli altri (pur sulla base di diversi strumenti per rendere operativo tale coinvolgimento), è viceversa soltanto ai secondi che viene assicurato un ruolo partecipativo nella fase di progettazione e programmazione degli interventi. Anche questo punto meriterebbe di essere analizzato approfonditamente: basti in questa sede segnalarlo, insieme con la considerazione del presupposto che sembra giustificarlo, connesso al diverso tipo di interesse che i secondi perseguono (o si ritiene perseguano) rispetto ai primi. Ma anche su questo occorrerebbe svolgere un'attenta valutazione, perché la partecipazione degli stessi soggetti (ancorché *non profit* o del Terzo settore) alla fase di programmazione e a quella di erogazione può risultare talvolta non pienamente coerente con il perseguimento dell'interesse generale.

Un ambito nel quale invece risulta non adeguatamente valorizzato il ruolo del Terzo settore, almeno dal punto di vista di chi scrive, è quello del monitoraggio e della valutazione delle prestazioni erogate. Sul punto, come si è detto, la legislazione toscana è muta, ed anche la prassi non registra particolari e significative esperienze⁴⁷: tanto che qualcuno ha definito la valutazione e i relativi strumenti come il "tallone d'Achille" nel settore sanitario e, ancora di più, nel settore sociale⁴⁸. Eppure bisogna ricordare come sia condivisa l'idea che "la valutazione deve essere vista come un processo partecipativo, in cui tutti i soggetti coinvolti nelle fasi precedenti e in generale tutti i portatori di interesse devono poter entrare"⁴⁹, ricordando altresì che una corretta ed efficace attività di valutazione è strettamente funzionale all'efficacia della successiva attività di programmazione.

Un'ultima considerazione, che potrebbe costituire anche un invito al legislatore regionale, riguarda l'evidente difficoltà, risultante dalla legislazione regionale, di considerare unitariamente e razionalmente le diverse tipologie di organizzazione della società civile: come abbiamo più volte segnalato, grande confusione accompagna le differenti espressioni utilizzate (formazioni sociali, parti sociali, associazioni di tutela, associazioni di promozione, associazioni di

⁴⁷ Per un'esposizione delle scelte regionali in ambito di monitoraggio e valutazione delle politiche sociosanitarie v. S. NUTI - S. BARSANTI, *Logiche e strumenti per la valutazione sociosanitaria nel modello toscano*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., 149 ss.

⁴⁸ M. CAIOLFA - A. DE CONNO - C. MACALUSO, *La "governance" e le società della salute. Indicazioni e rilievi dalla sperimentazione della Zona pisana*, in M. CAMPEDELLI - P. CARROZZA - E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., 247.

⁴⁹ M. CAIOLFA, *La Società della salute: la sperimentazione della Zona pisana*, Pisa, 2004, 168.

utenti, organizzazioni di volontariato, enti privati senza scopo di lucro, enti del Terzo settore, e così via). Ciò risulta particolarmente grave in considerazione del ruolo che la legislazione riconosce alle diverse tipologie di enti, spesso in modo selettivo rispetto ad altre: problema che non viene superato neppure con la previsione di appositi elenchi (regionali o degli enti locali) in cui iscrivere detti enti, considerato che per alcune tipologie non esistono elenchi e che la maggior parte delle previsioni legislative non operano alcun riferimento agli elenchi esistenti. L'impressione complessiva, che nel corso dell'esposizione si è più volte accennata, è che non esista una precisa consapevolezza nell'utilizzare, di volta in volta, le espressioni di riferimento, e che anche la nozione di "Terzo settore", che pure risulta assai valorizzata rispetto agli altri enti non appartenenti alla categoria, sia frutto di un'evocazione piuttosto che di un'indicazione giuridica puntuale. Su tale aspetto, peraltro, si può dire che nessun contributo è giunto, almeno fino a pochi mesi fa, dal legislatore nazionale: anche a livello nazionale, infatti, si è assistito, almeno fino all'entrata in vigore della legge n. 106/2016, ad una sorta di paradosso, in quanto se da un lato la legislazione (e la normativa in generale) opera in varie circostanze un richiamo al Terzo settore⁵⁰ (in qualche modo dando per implicita la sua definizione e relativa consistenza), d'altro canto essa non ha mai provveduto alla sua definizione, talvolta utilizzando termini che fanno riferimento a "segmenti" del Terzo settore per riferirsi al tutto, magari mescolandoli con altri che li ricomprendono. A questo stato di cose potrà porre rimedio, a livello nazionale, la recente entrata in vigore dell'art. 1, 1° comma legge n. 106/2016 (a condizione che i relativi decreti delegati vengano emanati), che ha introdotto una nozione di Terzo settore e degli enti ad esso appartenenti. Al di là dei limiti riscontrabili in tale definizione, essa costituisce infatti un indubbio elemento di chiarificazione concettuale ed anche normativa, che potrà avere effetti benefici nell'applicazione della normativa nazionale riferita a tale settore. Da qui la proposta per il legislatore regionale: si colga l'occasione della legge nazionale da poco approvata per rivedere la propria legislazione in materia sanitaria e sociale (ma anche, volendo, negli altri ambiti interessati da un ruolo del Terzo settore) negli aspetti che richiamano i soggetti del Terzo settore, al fine di "ripulirla" da espressioni non coerenti e contraddittorie. Ne beneficerebbero tutte le amministrazioni pubbliche come anche i soggetti privati interessati.

⁵⁰ Per tutte possono ricordarsi la già richiamata legge n. 328/2000 e il conseguente DPCM 30 marzo 2001. E si ricordi altresì il d.p.c.m. 26 gennaio 2011, che modificò il termine di "Agenzia per le Onlus" in "Agenzia per il Terzo settore" (Agenzia peraltro poi soppressa con l'art. 8, 23° comma d.l. 2 marzo 2012, n. 16).

I SERVIZI ALLA PERSONA TRA PUBBLICO E PRIVATO IN TOSCANA: QUESTIONE DI CORRESPONSABILITÀ

Alessandro Martini

La rete delle Caritas toscane conta ben diciassette realtà diocesane tra cui quella fiorentina, che terrò in particolare riferimento per questo breve contributo. In premessa, vorrei dedicarmi a definire cosa sia la Caritas. Si tratta, in poche parole, dell'organismo pastorale istituito dal Vescovo al fine di promuovere, anche in collaborazione con altri organi e realtà, la testimonianza della carità della comunità ecclesiale diocesana, in tutte le sue articolazioni. Nata a Roma il 2 luglio 1971 per decreto della Conferenza episcopale italiana, la Caritas ha lo scopo di promuovere "la testimonianza della carità nella comunità ecclesiale italiana, in forme consone ai tempi e ai bisogni, in vista dello sviluppo integrale dell'uomo, della giustizia sociale e della pace, con particolare attenzione agli ultimi e con prevalente funzione pedagogica" (art. 1 dello Statuto). Essa si inserisce nell'ambito di una rete strutturata a livello europeo (*Caritas Europa*) e internazionale (*Caritas Internationalis*) e, soprattutto, trova il suo pieno compimento nell'articolazione composta dalle oltre 200 Caritas diocesane sparse in tutto il Paese.

Si ricorda qui volentieri l'indirizzo dato dall'allora papa Paolo VI, che fortemente contribuì all'avvio della Caritas in Italia. E, come ebbe a dire il primo Presidente della Caritas italiana, monsignor Giovanni Nervo, riprendendo le parole del papa stesso, "la Caritas nasce come strumento di rinnovamento del Concilio nell'ambito della carità, come ci ha detto Paolo VI nel discorso del settembre 1972 al primo convegno delle Caritas diocesane. Una crescita del popolo di Dio nello spirito del Concilio Vaticano II non è concepibile senza una maggior presa di coscienza da parte di tutta la comunità cristiana nei confronti dei bisogni dei suoi membri".

Venendo quindi, nello specifico, alla Caritas diocesana, essa costituisce lo strumento privilegiato di ogni singola chiesa locale per la promozione e il coordinamento di azioni concrete e iniziative caritative di ispirazione cristiana, ma prima ancora per l'animazione della carità al di là e al di sopra degli specifici aspetti materiali e per lo sviluppo di interventi con finalità pedagogiche e di sensibilizzazione, attraverso la realizzazione di studi e ricerche, la promozione di strumenti e servizi nonché di percorsi di formazione per volontari e operatori pastorali.

Per la Caritas e i volontari che svolgono il proprio servizio nei suoi vari ambiti di impegno, tutto parte dall'ascolto: ascolto delle persone e dei loro bisogni, ascolto delle esigenze di un territorio e di chi lo abita. Da un ascolto attento può nascere un autentico accompagnamento insieme alla ricerca costante – questa è la nostra scelta operativa – di interventi e strumenti volti ad aiutare la persona ad acquisire la propria autonomia.

L'ascolto e l'accompagnamento sono per noi il paradigma del prendersi cura delle persone, a partire dai Centri di ascolto dislocati sul territorio (a Firenze abbiamo un Centro di ascolto diocesano e 40 centri di ascolto parrocchiali): in particolare, quella dell'accompagnamento è una fase cruciale, perché gli operatori e i volontari di fatto creano un percorso mirato per consentire a chi si trova in difficoltà di riacquistare autonomia e dignità, rigenerando e ri-attivando le proprie risorse.

Fatta questa premessa, la mia riflessione si concentra sul tema della *corresponsabilità*, che credo sia il concetto chiave di tutta la riflessione intorno ai temi di questo seminario di approfondimento. In Toscana abbiamo una sorta di privilegio, perché l'impegno delle nostre realtà insieme all'ente Regione, nello stile della corresponsabilità, è ormai prassi da tanti anni, diversamente da tanti altri territori del nostro Paese. Ma niente è scontato e questo stile va continuamente alimentato, attraverso l'attenzione ad una serie di priorità.

Innanzitutto, va considerata la persona in situazione, parte di una rete di relazioni prima ancora che di servizi e inserita in un particolare contesto economico e sociale. Sembra, forse, un'affermazione scontata ma purtroppo non credo sia da sottovalutare il fatto che la marginalità nasce spesso in conseguenza di una mancata cura al contesto delle persone.

In secondo luogo, è importante investire nelle fasi di progettazione e programmazione perché siano azioni condivise in ogni passaggio, attraverso il riconoscimento della regia del soggetto pubblico, garanzia vera di universalismo e di giustizia (parola forte!) e il coinvolgimento paritetico dei soggetti *non profit*. L'integrazione e il lavoro condiviso deve partire dalle idee e dai progetti, prima di arrivare alla compartecipazione delle risorse. Intendo, quindi, la corresponsabilità come quello stile capace di superare, da un lato, la non collaborazione o la separazione dei percorsi e, d'altro canto, la mera attività di esecuzione dei progetti e dei servizi. Una piena corresponsabilità significa condivisione di percorsi, fiducia gestionale reciproca e verifica puntuale delle attività.

In questo solco, si inserisce una terza priorità: mi riferisco alla necessaria integrazione tra sanità e sociale per tendere ad azioni volte al miglioramento della salute della persona, nella sua integralità.

In questo modo, potremo così superare di concerto alcune criticità del sistema di *welfare*: penso, tra queste, ad un eccesso di rigidità e tecnicismo, alla ricerca dell'efficientismo delle prestazioni, oltre le esigenze della persona, allo sbilanciamento verso la dimensione assistenzialistica piuttosto che a quella della prevenzione. Molto possiamo ancora fare, insieme, per ottenere servizi migliori perché più agili, più flessibili, più attenti alle esigenze delle persone. E, ancora, dobbiamo lavorare congiuntamente – pubblico e privato sociale – per razionalizzare e ottimizzare la spesa. In più e soprattutto, dobbiamo impegnarci per un maggior coinvolgimento della comunità, per un *welfare* capace di produrre ricchezza e sviluppo per comunità più coese e includenti. In questo senso, la

proposta di un *welfare* generativo può essere una vera e propria opportunità.

Queste brevi riflessioni non nascono da un pensiero personale ma sono frutto di un'esperienza concreta, della quale non posso che limitarmi qui a dar sinteticamente conto attraverso il racconto di alcune azioni specifiche.

Da anni portiamo avanti, in collaborazione con la Regione Toscana, l'Osservatorio delle povertà e dei bisogni, che realizza ogni anno un Dossier che presenta la raccolta e l'esame dei dati forniti dagli oltre 200 centri di ascolto delle Caritas delle diocesi toscane collegati alla rete *Mirod*, ovvero la "Messa In Rete degli Osservatori Diocesani". Si tratta di una piccola ma significativa testimonianza dell'impegno della Chiesa che, nel nostro territorio, attraverso la dedizione di molti operatori e di un gran numero di volontari che donano tempo ed energie, cerca di farsi vicina alle persone affaticate e deluse dalla durezza della vita e spesso ignorate ed escluse. È fresca di stampa la tredicesima edizione del Rapporto, pubblicato nel 2016 in riferimento ai dati raccolti nel 2015, dal titolo "In bilico. Povertà, periferie e comunità che resistono in Toscana". In estrema sintesi, il Dossier evidenzia bene come il 2015 sia stato un anno faticoso, soprattutto per il riverbero della crisi economica che continua ancora ad avere pesanti ricadute sul tessuto sociale e sui contesti familiari. Prova ne è l'elevata percentuale di persone incontrate, ancora in stato di disoccupazione e, se è cresciuta l'emergenza dei profughi e degli immigrati, va evidenziata la costante riduzione della forbice fra cittadini stranieri e italiani che bussano alle porte delle Caritas toscane. Nel 2015 gli operatori e i volontari dei centri di ascolto hanno incontrato circa 22mila persone, di cui quasi un terzo per la prima volta. Nel 2015 la soglia di povertà relativa in Toscana si attesta al 5%, inferiore rispetto a quella media nazionale che è del 10,4%. Tuttavia, crescono le povertà croniche che causano un vero e proprio "effetto intrappolamento", come si legge nel testo. Al di là dei dati, ritengo importante sottolineare l'importanza del metodo utilizzato: osservare, ascoltare, ordinare i dati a disposizione, condividere le conoscenze acquisite per una azione consapevole e, quindi, più incisiva. Per conoscere la marginalità non è sufficiente il punto di osservazione costituito dai servizi del sistema pubblico: c'è infatti un'esclusione sommersa, sulla quale il pubblico interviene a seguito di percorsi di altra natura forniti da reti di prossimità sociale. La collaborazione tra Regione Toscana e centri di ascolto Caritas mira a integrare le conoscenze disponibili sul fenomeno dell'esclusione sociale, allo scopo di migliorare la programmazione delle politiche e degli interventi.

Si pensi poi al sistema delle accoglienze diffuse per migranti: si tratta di un'esperienza concreta sviluppata dalla nostra Regione, alla quale ha contribuito e continua a contribuire in modo determinante l'impegno delle Caritas e delle strutture ecclesiali del nostro territorio.

E ancora, pensiamo all'iniziativa del Prestito sociale tuttora in corso: il progetto di microcredito agevolato è stato creato dalla Regione Toscana, in collaborazione con Anpas, Arci, Caritas e Misericordie, per offrire un sostegno alle famiglie toscane in situazione di disagio economico. Uno degli elementi chiave è costituito

proprio dalla rete territoriale dei centri di ascolto, punti presso i quali le famiglie possono rivolgersi per ottenere informazioni e attivare il percorso per ottenere il contributo. Sono migliaia le storie che potremmo raccontare ma soprattutto sono molteplici le positive contaminazioni che si sono create tra i vari soggetti e il rapporto di accompagnamento e fiducia che i volontari sono riusciti a instaurare con le famiglie e le persone in stato di difficoltà.

In ambito socio-sanitario si contano significative esperienze in ambito Caritas: tra queste, il Poliambulatorio Stenone, rivolto agli immigrati privi di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e a tutti coloro i quali, in situazione di reale emarginazione sociale, necessitano di visite specialistiche gratuite e altamente qualificate. Tale servizio ha finalità di assistenza, prevenzione e ricerca e agisce con il supporto di un apposito Protocollo d'Intesa tra l'Associazione di Volontariato Solidarietà Caritas - ONLUS e l'Azienda Sanitaria di Firenze. Il Servizio Medico – Odontoiatrico Niccolò Stenone, fondato nel 1990, si avvale di un filtro di Medicina Generale e di un settore comprendente tutte le principali Specialistiche. Le visite ambulatoriali e gli accertamenti sono totalmente gratuiti.

Sono poi da segnalare le attività di due importanti strutture residenziali, Casa Vittoria e Casa Stenone. La prima, nata nel 1987 per accompagnare le persone affette da AIDS nella loro fase terminale, è diventata con il tempo un luogo di accoglienza e accompagnamento umano oltre che sanitario. Il progetto Caritas di Casa Vittoria si rivolge a persone con AIDS in situazione di disagio sociale e abitativo e mira ad aiutare a valorizzare le capacità di ciascuno, verso una maggiore stabilità e indipendenza. Casa Vittoria mira a fornire gli strumenti per riprogettare la propria vita e ritrovare legami, attraverso l'individuazione di programmi personalizzati, compatibili con lo stato di salute della persona e nel contesto sociale e territoriale di riferimento. Si tratta di un'esperienza assai significativa per la nostra Caritas, in collaborazione con le Istituzioni e i servizi socio-sanitari, che sconta tuttavia un limite: nella virtuosità di questa esperienza non siamo né sociale né sanitario ed è evidente, in taluni casi, la mancanza di flessibilità del sistema. La seconda struttura (Casa Stenone) è nata più recentemente per la realizzazione del "progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al servizio sanitario nazionale" messo a punto dalla Regione Toscana e dal Comune di Firenze, assieme all'Asl 10 di Firenze, all'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e alla Società della Salute fiorentina in collaborazione con la Caritas di Firenze. Si tratta di un'accoglienza per persone italiane e straniere non assistite dal sistema sanitario per mancanza di residenza e che necessitano di cure di secondo livello dopo il primo ricovero in ospedale. Anche in questo caso, tutto si regge se inserito in un sistema di corresponsabilità e di integrazione di progetti e risorse.

Dopo questa panoramica attraverso alcune tra le molte esperienze di corresponsabilità tra pubblico e privato sociale rappresentato da Caritas, penso sia importante condividere un pensiero finale circa il nostro impegno e lo stile che lo dovrebbe ogni giorno animare e caratterizzare: la tensione alla giustizia,

prima via della carità o, come ebbe a dire Paolo VI, “la misura minima” di essa. E risuonano qui le parole del Concilio Vaticano II: “Siano anzitutto adempiuti gli obblighi di giustizia, perché non avvenga che si offra come dono di carità ciò è già dovuto a titolo di giustizia; si eliminino non soltanto gli effetti, ma anche le cause dei mali; l’aiuto sia regolato in tal modo che coloro i quali lo ricevono vengano a poco a poco liberati dalla dipendenza altrui e diventino sufficienti a se stessi” (*Apostolicam Actuositatem*, n. 8).

In estrema sintesi, il sistema di corresponsabilità nella programmazione, progettazione, gestione e verifica delle azioni a vantaggio dei membri più fragili e deboli delle nostre comunità non può che partire dal riconoscimento del diritto, prima che del bisogno, di ogni essere umano a trovare risposte adeguate nel riconoscimento della propria dignità. Nella diversità di ruoli ma con obiettivi comuni, ottimizzando risorse umane e disponibilità economiche, pubblico e privato, *profit* e *non profit*, devono lavorare per la qualità della vita e l’inclusione di tutti i membri della comunità.

IL RUOLO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE NEL SISTEMA DI WELFARE TOSCANO

Roberto Negrini

La cooperazione, che rappresento come presidente della Lega delle Cooperative e Mutue Toscane e presidente dell'Alleanza delle Cooperative Toscane, è presente nel mondo del *welfare* in due modi. Da una parte, con la cooperazione sociale, si occupa della produzione di servizi sociali, dall'altra si sta sempre più impegnando in progetti di organizzazione dell'utenza.

Le cooperative sociali nascono nel 1991 con la legge n. 381. La normativa definisce le cooperative sociali come imprese finalizzate al perseguimento degli interessi generali della comunità, alla promozione umana ed all'integrazione sociale dei cittadini (art. 1, legge n. 381/91). Questo scopo è perseguito attraverso la gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi (cooperative di tipo A) o lo svolgimento di attività produttive finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (cooperative di tipo B). Una cooperativa sociale, quindi, è un'impresa che, a differenza delle altre imprese con fine di lucro, organizza le proprie risorse per il perseguimento di scopi sociali, ovvero per soddisfare un bisogno collettivo.

In 25 anni dalla legge 381 le cooperative sociali hanno avuto uno sviluppo molto intenso, tanto che ad oggi in Toscana si contano 511 cooperative fra quelle associate a Confcooperative e a Legacoop, che si occupano di infanzia, minori, anziani, inserimento lavorativo, disabili e persone svantaggiate. Ancora più interessanti i dati su occupazione e fatturato: complessivamente le cooperative sociali contano 19.937 soci e 22.298 addetti per un fatturato di 710 milioni di euro. Si tratta per la maggior parte, 328 cooperative per 13.715 soci, 15.127 addetti e oltre 485 milioni di fatturato, di cooperative di tipo A, mentre le restanti 183 cooperative con 6.222 soci e 7.171 addetti e oltre 224 milioni di fatturato sono cooperative di tipo B.

Così rappresentata, numeri alla mano, la cooperazione sociale in Toscana si pone come un settore in espansione, una "industria" che dà posti di lavoro e produce fatturato, relazionandosi con "il pubblico" che sempre più esternalizza una serie molto ampia di servizi attraverso gare, appalti e affidamenti. Anche da questo quadro si nota, come già sottolineato negli interventi precedenti, come il sociale sia un ambito nel quale il pubblico arretra lasciando spazio per operare a realtà che sono, come le cooperative, forme di impresa economica.

Questo anche perché la popolazione italiana, e quella toscana a ritmi ancora più sostenuti, continua ad invecchiare. Anche qui qualche numero: su 61 milioni di italiani residenti, oltre 13 milioni hanno più di 65 anni e 3 milioni di persone presentano una o più disabilità, in situazioni in cui una famiglia su tre è unipersonale. A questo processo di indebolimento degli italiani, sempre più anziani e fragili sotto

più punti di vista, corrisponde una costante diminuzione delle risorse: sono 31 i miliardi di euro di tagli complessivi in sanità nel periodo 2011 -2015, che hanno determinato un decremento dei livelli essenziali di assistenza. Non solo, siamo anche in presenza di una diminuzione dell'età che la popolazione raggiunge in buona salute. In altre parole, si vive di più ma si sta allungando la fase della vita che le fasce più anziane della popolazione passano colpite da malattie croniche.

Tutto questo mentre, come ha sottolineato recentemente anche il presidente della Regione Enrico Rossi, i bilanci regionali vedono scendere drammaticamente le risorse disponibili per la salute: dal 2010 ad oggi i fondi regionali sono passati da 2 miliardi e 600 milioni a 1 miliardo e 400 milioni. È chiaro per tutti che i tagli non consentono di mettere in campo gli stessi servizi e infatti nello stesso periodo si è assistito ad un aumento della cooperazione sociale in Italia, chiamata dallo stesso Stato a farsi carico dell'erogazione di una serie di servizi diventati ormai irrinunciabili. A livello di PIL, gli economisti ci dicono che ancora siamo sotto i dati del 1992, ma nel 1992 chi pensava alla badante e all'asilo nido come a servizi pubblici indispensabili? È evidente che, mentre l'economia è tornata indietro, i bisogni sono andati avanti.

Così il valore della produzione delle cooperative sociali è passato da 7.352 mln di euro nel 2008 a 9.737 nel 2013, i soci sono aumentati da 199.214 nel 2008 a 220.200 nel 2013 e, a livello di addetti, si è registrato un incremento di 42.275 unità in cinque anni dal 2008 al 2013, per arrivare a 226.300 occupati, di cui 16.500 persone svantaggiate.

Venendo alle prospettive: pare scontato che la cooperazione sociale potrà funzionare solo se seguirà il mutamento del mercato, saprà individuare i nuovi bisogni e i settori innovativi. Uno di questi poteva essere la diagnostica, su cui però ci stiamo muovendo con un certo ritardo. Oggi infatti i prezzi delle prestazioni diagnostiche nel privato sono più che concorrenziali rispetto al pubblico e in qualche caso con un servizio migliore. Altro ambito – ne abbiamo parlato prima – è quello delle pubbliche assistenze e delle misericordie, che riescono a rispondere alle esigenze dei soggetti più deboli.

La cooperazione sociale può svolgere il suo ruolo se punta su investimenti, *know how* e qualità imprenditoriale, anche riassorbendo personale in uscita dal pubblico che non ha più risorse. Ovviamente a patto che vengano rispettati standard di qualità e di prezzo soddisfacenti nelle gare bandite dal pubblico, che non può pensare di sopperire alla mancanza di risorse mettendo a repentaglio il rispetto dei contratti collettivi di lavoro in strutture esterne.

A livello associativo, come Legacoop Toscana, costituiremo a breve l'Area Welfare, ossia un raggruppamento delle cooperative sociali, di abitanti e di professionisti. Significherà mettere a lavorare fianco a fianco in progetti condivisi – un esempio per tutti è quello dell'*housing* sociale – realtà che si occupano di servizi socio-sanitari e formativi, delle problematiche dell'abitare e della salute, come le cooperative di medici, per offrire soluzioni ai cittadini più deboli.

Infine, non si può pensare al futuro se non si integra la tecnologia. Qui le parole chiave sono telemedicina, telesoccorso, telecontrollo, ma non solo. Come Legacoop Toscana siamo impegnati in collaborazioni con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per lo studio di soluzioni che possano facilitare e qualificare il lavoro delle cooperative e migliorare le condizioni di vita della persona assistita. Infine, la cooperazione sociale è presente nel vastissimo mondo del *welfare* aziendale, che coinvolge centinaia di medio-grandi aziende e comprende un universo di attività molto ampio e variabile, dall'assistenza sociale e sanitaria leggera, come i servizi domiciliari alla persona e alle famiglie, all'ambito sanitario e di benessere generale.

Un altro ruolo della cooperazione è quello relativo all'organizzazione dell'utenza. La cooperazione conta due milioni di soci, soprattutto soci consumatori, ma non solo, e dispone di ampi spazi fisici, come quelli degli ipermercati, modello non più attuale e che, come cooperative di consumo, in questo momento stiamo riconvertendo in gallerie commerciali. Ci sono già delle sperimentazioni di servizi sociosanitari offerti in questi contesti: penso alla presenza di ambulatori medici, come già accade a Empoli e Sesto Fiorentino. La posta in gioco è quella di creare spazi che non siano solo commerciali, ma anche sociali, in cui il socio non si limiti a fare la spesa ma possa anche accedere a prestazioni sanitarie da parte di cooperative di medici.

Un'altra risorsa del mondo della cooperazione comprende due soggetti: le mutue e le assicurazioni. Anche qui si può lavorare ad una integrazione delle prestazioni non (più) offerte dal pubblico, con l'obiettivo di aiutare i soci, utenti o consumatori, a superare la riduzione dei servizi accessibili attraverso il vecchio modello dello Stato.

Tutto questo, fermo restando che secondo noi il pubblico resta insostituibile nell'erogazione di servizi di alto livello medico e specialistico, con il fine ultimo di lavorare in sinergia su quel sistema di base che da anni ha portato la Toscana ad essere una fra le prime regioni per la qualità dell'offerta sociosanitaria.

IL PRIVATO NON PROFIT QUALE ATTORE INDISPENSABILE PER UNA NUOVA CULTURA MEDICA

Donatella Carmi Bartolozzi

La Fondazione Italiana di Leniterapia – File – è nata come fondazione nel 2002 per la diffusione delle Cure Palliative. Il nostro lavoro iniziale è stato quello di riflettere sul termine “palliativo”, abbastanza oscuro per molti. Con l’aiuto dell’Accademia della Crusca abbiamo creato questo neologismo, “leniterapia”: un termine inizialmente molto criticato dalla classe medica e dalla comunità scientifica (quasi in tutto il mondo queste cure si chiamano *palliatives cares* o *soins palliatifs*) mentre, secondo noi, nella lingua italiana il termine “palliativo” aveva acquisito negli anni un significato estremamente negativo di “inutilità”. Volevamo che, immediatamente, con il termine “leniterapia” che richiamava il lenire e la dolcezza ci fosse anche un immediato richiamo al dolore e alla sofferenza oltre che al lenimento della stessa. Questo, quindi, è stato il primo tentativo di diffusione in modo diverso di un tema ancora poco conosciuto in Italia.

Siamo nati da una costola dell’Azienda Sanitaria: attraverso l’impegno economico di numerosi privati, abbiamo dato fiducia ad alcuni medici che lavoravano nelle istituzioni proprio nel momento in cui le cure palliative venivano riconosciute dalla Regione Toscana e dalle aziende sanitarie e organizzate come servizi. Io provenivo da una lunga esperienza di volontariato in cure palliative. Tutti insieme abbiamo deciso che era necessaria una loro diffusione attraverso i servizi, ma anche attraverso la divulgazione della filosofia che li sottende e che tutto questo necessitava di continui finanziamenti.

Nel 2002 abbiamo iniziato il nostro servizio di assistenza finanziando due infermieri e un medico, mentre ora i nostri operatori rappresentano praticamente la metà degli operatori domiciliari dell’Azienda Sanitaria di Firenze e di Prato. Per ciò che riguarda i tre *hospices* fiorentini e l’*hospice* pratese assicuriamo il soddisfacimento dei criteri contenuti nei LEA, finanziando psicologi e fisioterapisti. Ciò consente l’accreditamento, visto la mancanza di quelle figure professionali che le cure palliative richiedono e che le istituzioni non finanziano.

L’assistenza è il nostro scopo principale, assistenza che all’inizio era essenzialmente organizzata a casa e per malati solo oncologici. Poi, con la nascita degli *hospices*, File ha voluto comunque continuare a posizionarsi sull’assistenza domiciliare, unendo a questa da ormai tre anni un progetto che si svolge all’interno dei DH Oncologici degli ospedali fiorentini teso a prendere in carico, attraverso quattro medici, persone malate in un momento precoce della malattia, ma quando ormai, però, è presente una diagnosi di inguaribilità (la prognosi e i tempi del decorso della malattia, per quello che riguarda le malattie oncologiche, sono abbastanza prevedibili).

Operiamo in convenzione gratuita con la ASL ma lavoriamo autonomi per l'informazione, la formazione e la cultura attraverso convegni incontri e corsi per volontari e operatori, mentre dal 2016 stiamo cercando di realizzare una Scuola di formazione in Cure Palliative Geriatriche che possa aiutare gli operatori che lavorano in geriatria e nelle RSA e, attraverso di loro, i pazienti affetti da malattie geriatriche con varie comorbidità, che sono appunto le malattie dei nostri vecchi, quelle neurologiche, polmonari e cardiache oltre che oncologiche.

Il lavoro di supporto al lutto è un servizio che abbiamo voluto nascesse accanto all'assistenza. Nel momento in cui le famiglie che abbiamo seguito uscivano dall'assistenza (le cure palliative si occupano infatti di famiglie e malati) ci siamo resi conto che proprio allora avevano un grande bisogno di essere accompagnate nel percorso della perdita. In quel momento è nato il supporto al lutto attraverso i gruppi di auto-mutuo-aiuto: a File ne sono nati quattro e da due anni abbiamo cominciato a lavorare anche sul lutto dei bambini. Il lutto dei minori è un tema di cui nessuno finora in Italia si è preso carico in modo organizzato, ma è molto importante occuparsene proprio per sostenerli nella loro crescita. Prendersi cura dei ragazzi ha significato cominciare a lavorare nelle scuole, parlare con insegnanti e genitori, evidenziare e cercare di risolvere le problematiche sorte all'interno delle classi quando moriva un compagno, un genitore, un fratello o una persona significativa e qualche ragazzo entrava in crisi. Abbiamo utilizzato un libro che abbiamo commissionato e regalato alle scuole fiorentine dal titolo "Si Può" e creato il primo sito interattivo italiano di supporto al lutto rivolto ai ragazzi, ai bambini, agli insegnanti e ai genitori.

Questo è tutto ciò che noi facciamo in ambito di assistenza. Quanto alla ricerca, abbiamo realizzato il Progetto V.E.L.A., pensato per verificare l'importanza che ha la formazione degli operatori che si occupano di malati di Alzheimer. Abbiamo valutato se questo intervento formativo abbastanza "leggero" avrebbe potuto cambiare le loro prassi di assistenza e migliorare le qualità di vita di molti malati: questo risultato nelle RSA delle due regioni-campione scelte, Toscana e Lombardia, e i risultati della ricerca sono in corso di pubblicazione. Finzieremo il "Progetto Demetra", un importante progetto ministeriale che valuterà la qualità delle cure palliative in cinque aziende sanitarie italiane che lavorano integrate con un privato non-profit: la ricerca è essenzialmente mirata sulla gestione clinica dei pazienti e proprio nella stessa ottica finzieremo un piccolo progetto fiorentino ("Ibis") che ci darà la valutazione dei bisogni inespresi dei pazienti e se le cure palliative possono essere in grado di soddisfarli.

I dati dell'assistenza ci mostrano che nel 2015 sono stati da noi seguiti 1800 pazienti, non tutti assistiti in un percorso di cura lungo, taluni contattati attraverso numerose visite di consulenza svolte negli ospedali. Il costo dell'assistenza è di 508.000 euro per il 2015, spese sicuramente aumentate nel 2016 per l'assunzione di un medico in più e la sottoscrizione di una convenzione con una cooperativa sociale che mette a disposizione un gruppo di operatori socio-sanitari da noi

formati. Quest'ultimo progetto dà la possibilità di seguire i malati a domicilio per quello che riguarda la cura della persona e della casa, e ci arricchisce di figure professionali che non potevamo offrire. Operiamo in integrazione con le istituzioni su tutte le zone di Firenze (Firenze Centro, Torregalli, Bagno a Ripoli e Chianti, Mugello) e a Prato. Le cure palliative prevedono loro stesse una integrazione fra le diverse professionalità che vi operano: medici, infermieri, assistenti socio-sanitari, fisioterapisti psicologi e volontari. La presenza di volontari formati è molto importante da un punto di vista sociale e di comunicazione. In tutti questi anni abbiamo sicuramente formato più di 500 persone e circa 120 sono rimaste attive e lavorano negli hospices e a domicilio, testimoni di questa assistenza e questa cultura.

Appare dunque chiaro che il settore delle cure palliative è al limite fra il sociale e il sanitario. Io credo che chi si avvicina a questi temi e sceglie di lavorare in questi ambiti debba essere persona che ha veramente a cuore la vita in ogni momento: i nostri volontari ne sono davvero un esempio. Anche per gli operatori dovrebbe essere una scelta di base. Soprattutto per i medici non è facile affrontare la "disfatta" delle cure, perché le cure, le nostre cure cominciano nel momento stesso in cui la medicina tecnologica sentenzia che "non c'è più niente da fare". La leniterapia prova che questo non è vero: c'è moltissimo da fare nell'accompagnare le persone, nel toglier loro il dolore, nel cercare di realizzare i loro desideri, nell'esser pronti ad accogliere le loro volontà, nel sostenere la famiglia e nel sollevarla quotidianamente dal peso dell'assistenza. Direi dunque che la vera cura consiste nell'offrire loro una medicina "sartoriale", con pochi protocolli, in quanto il concetto di dignità è diverso per ciascuno, così come diversi sono i desideri di ogni persona affetta da malattie croniche in una fase avanzata.

Lo Stato, con la legge n. 38/2010, seguita dall'intesa fra Stato e Regioni del luglio 2012 e recepita dalla Regione Toscana nel dicembre dello stesso anno, ha allargato l'assistenza anche ai malati non oncologici. Questo ampliamento ha creato sicuramente delle criticità in quanto sono risultati insufficienti gli operatori sanitari per un numero così elevato di pazienti e credo che i decisori dovranno riorganizzare l'assistenza in modi diversi dal quello odierno per soddisfare le numerose richieste che finora le istituzioni unite alla nostra organizzazione permettevano di soddisfare. L'aumento dell'età media e l'invecchiamento della popolazione renderà ancora più difficile l'assistenza, con ricadute complesse anche per le cure palliative.

File lavora in una reale integrazione con il pubblico (le nostre equipe sono costituite spesso da un medico, un fisioterapista e uno psicologo della fondazione, e da un infermiere aziendale): si lavora insieme per un'assistenza che per legge deve essere svolta ma non siamo, per quanto ci riguarda, riusciti ancora a programmare azioni mirate insieme alle istituzioni. La nostra visibilità, che non è la nostra priorità, è necessaria per raccogliere fondi che vengono poi investiti per il 55-60% del nostro bilancio in assistenza.

Penso che la visibilità di questa *partnership* sia necessaria per noi ma anche utile per le ASL. Finora la sussidiarietà vissuta nel nostro rapporto con le istituzioni è stata una sussidiarietà verticale o verticalistica, mentre quella orizzontale a cui dovremmo arrivare per dare servizi migliori è ancora ben lontana dall'essere una realtà. Stiamo solo sperimentando la creazione di una rete con altre associazioni o enti per migliorare l'assistenza nel nostro campo specifico.

Si conviene di ringraziare, quindi, a maggior ragione la Fondazione CESIFIN per questo invito insieme ad altre associazioni e cooperative ben più importanti di noi. Il nostro obiettivo per il futuro consiste proprio in questo: nel riuscire a lavorare in modo orizzontale con le istituzioni pur mantenendo le prerogative della nostra missione, venendo riconosciuti e legittimati pubblicamente in questo nostro lavoro, teso ad essere continuamente migliorato.

Per concludere, un'ultima riflessione. Il Presidente di una fondazione bancaria lombarda che abbiamo incontrato poco tempo fa per presentare i dati di un nostro progetto di ricerca ha parlato nel suo intervento dell'importanza della "comunità". Ecco, io desidererei che al termine "Stato" si sostituisse quello di "comunità", perché è la comunità che sente i bisogni ed è la comunità che deve comprenderli subito e deve dare immediatamente risposte in modo flessibile. Attraverso ciò che esiste ora le risposte sono lente e ritengo che una fondazione come la nostra sia nata proprio per dare risposte immediate alla sofferenza. L'attenzione e il prendersi cura dell'essere umano nella sua totalità, della sua famiglia, dei suoi figli, del suo ambiente amicale crea davvero relazioni molto particolari tra chi assiste e chi è assistito, relazioni che danno a tutti la sensazione di una comunità viva e danno senso alla nostra vita. Partecipare alla realizzazione di progetti per la qualità della vita delle persone che moriranno crea anche un cambiamento per la vita di quelle che restano, soprattutto per i giovani che in questo momento rappresentano il nostro futuro.

PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA DI WELFARE: IL “MODELLO” TOSCANA

Stefania Saccardi

Il rapporto pubblico-privato nel sistema di *welfare* è un tema estremamente attuale che non va affrontato semplicemente perché siamo in tempo di riduzione delle risorse pubbliche, ma piuttosto perché consiste in una questione di fondamentale importanza per la qualità del sistema.

Crescono i bisogni, assistiamo a nuove scoperte tecnologiche e ci troviamo a far fronte a sempre maggiori costi relativi a nuovi farmaci per patologie particolarmente gravi. Serve una riflessione profonda circa la direzione da prendere e circa le forme concrete da assumere per la sostenibilità del nostro sistema.

Quando si parla di *welfare*, consideriamo tre settori: quello sanitario, quello socio-sanitario e quello sociale “puro”. Partendo dal primo – la sanità – si tratta del settore dove il pubblico copre la maggior parte delle risorse: la nostra Regione conta un intervento privato in sanità molto ridotto rispetto ad altri territori del Paese. In Toscana si crede ancora che il pubblico sia il modo migliore per rispondere ad un bisogno di salute, soprattutto se tale bisogno è grave e la problematica è di grande complessità. Riusciamo proprio sui bisogni di maggiore gravità a dare, come pubblico, le risposte di più alta qualità. Il privato sociale è comunque impegnato, da tempo, in ruoli importanti: pensiamo alla rete di emergenza-urgenza – la rete del 118 – gestita tutta tramite la realtà composita del privato sociale. Si tratta di un *unicum* assoluto: una scelta significativa della Regione Toscana, con un investimento pari a 90 milioni di euro, che affida alla rete del volontariato la dignità di soggetto istituzionale capace di svolgere, per conto del sistema, un ruolo estremamente importante e di grande rilevanza per la comunità. Anche nel settore della diagnostica, il privato sociale supplisce le carenze del pubblico.

Credo che il compito di un amministratore pubblico sia quello di capire come si muove la società, cosa essa esprime, e impegnarsi a governare gli eventi: sono convinta che il nostro tessuto regionale riceva, attraverso la ricca rete del privato sociale, una risposta di qualità che va tenuta dentro il sistema di *welfare* regionale, in stretta correlazione con l'intervento pubblico. Il rapporto e l'integrazione pubblico-privato nel sistema sanitario toscano si può esprimere attraverso la modalità classica della convenzione oppure attraverso la forma delle sperimentazioni gestionali, introdotte recentemente nel nostro ordinamento regionale e che permettono di lavorare con il privato in modo ancora più stretto in una sorta di co-gestione all'interno di determinate strutture.

Venendo al settore socio-sanitario, la presenza del mondo della cooperazione, dell'associazionismo e del privato sociale è preponderante, soprattutto per quanto riguarda la non autosufficienza e la disabilità. È estremamente sottile la differenza

tra ciò che è intervento sanitario e ciò che è intervento sociale: la scommessa della nostra Regione è stata quella di valorizzare il tessuto e i soggetti dei nostri territori, attraverso la sperimentazione delle Società della Salute e delle zone distretto, per una maggiore integrazione tra progetti e risorse dei Comuni e delle ASL.

Il settore dell'assistenza domiciliare è in larghissima parte affidata al mondo della cooperazione, attraverso il sistema dell'appalto. Sarebbe importante sperimentare una modalità nuova dentro un sistema programmato, gestito dal pubblico e con l'intervento del privato sociale. Il progetto "Pronto Badante", dal 1° marzo 2016 esteso a tutta la Toscana dopo una prima fase di sperimentazione nell'area fiorentina, è un'iniziativa della nostra Regione per una risposta immediata in casi di necessità e emergenza: si tratta di un orientamento per orientarsi nella rete dei molteplici servizi, attraverso cui la persona si sente presa in carico e protetta in un momento di difficoltà. Inoltre, abbiamo pensato che servisse una maggiore flessibilità nelle risposte nel settore dell'assistenza agli anziani: fino a poco tempo fa, la scelta era tra l'assistenza domiciliare e l'RSA, cioè tra il "nulla" e l'intensità assistenziale assoluta; la nostra scelta è quella di attivare strutture a bassa intensità assistenziale, a gestione mista pubblico-privato con precisi criteri per la definizione della maggiore qualità possibile.

Il settore della disabilità poi è un settore di sperimentazione, se solo pensiamo al lavoro che da tempo si sta facendo insieme alle associazioni dei genitori di figli con disabilità presenti in gran numero sul territorio. Non può sussistere un sistema di meri contributi alle associazioni a cui poi è affidato l'intero sostegno alla disabilità, il lavoro va condiviso attraverso formule nuove. Soprattutto sul "dopo di noi", la legge approvata recentemente è un fatto di grandissima importanza: per la prima volta Governo e Parlamento hanno deciso di affrontare un tema delicato e fondamentale. La nostra Regione presenta esperienze positive: penso alle fondazioni miste pubblico (azienda sanitaria, Comuni) e privato (associazioni) che si trasformano in elemento di garanzia per il mantenimento e la prosecuzione di risposte personalizzate e più simili ad una casa di abitazione piuttosto che a un luogo neutro.

Per quanto riguarda il sociale "puro", le politiche riguardano il contrasto alla povertà, il fenomeno migratorio, ecc. Questo settore è gestito interamente dalle amministrazioni comunali, insieme alle associazioni e alla cooperazione sociale, tentando di uscire dalla concezione assistenzialistica verso la ricerca dell'autonomia e della responsabilità. La mano delle Istituzioni serve ad aiutare la persona a rialzarsi, non a fare elemosina. Serve co-progettare gli interventi e le associazioni devono essere parte integrante del percorso insieme ai Comuni: l'obiettivo dell'inclusione sociale necessita di idee e proposte condivise.

Ecco quindi il "modello" toscano: una regia pubblica, impegnata nella programmazione e nel controllo, e una integrazione pubblico-privato che si fonda su una rete straordinaria di associazioni e di partner stabili degli enti locali. Grazie a questa rete, riusciamo a dare i livelli di risposta che siamo in grado di offrire nei

servizi alla persona. Il pubblico può essere luogo di attrazione di risorse private, rimanendo nel nostro contesto regionale le strutture pubbliche un elemento di garanzia e di qualità. È, il nostro, un grande cantiere di elaborazione e la sana e corretta collaborazione tra pubblico e privato può aiutarci a mantenere un livello alto di qualità e a fare innovazione.

GLI AUTORI

DONATELLA CARMİ BARTOLOZZI, Presidente Fondazione Italiana di Leniterapia (FILE) e Vice Presidente Fondazione Cassa di Risparmio di Firenze.

CARLO CASONATO, Professore ordinario di Diritto pubblico comparato presso l'Università degli Studi di Trento.

GINEVRA CERRINA FERONI, Professore ordinario di Diritto costituzionale italiano e comparato presso l'Università degli Studi di Firenze e Vice Presidente Fondazione CESIFIN Alberto Predieri.

MARCO DUGATO, Professore ordinario di Diritto amministrativo presso l'Università di Bologna.

SILVIO GARATTINI, Fondatore e Direttore Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri".

MARCO GEDDES DA FILICAIA, Medico; Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione, Università degli Studi di Firenze.

SARA LANDINI, Professore associato di Diritto privato presso l'Università degli Studi di Firenze.

MASSIMO LIVI BACCI, Professore emerito di Demografia presso l'Università degli Studi di Firenze e Consigliere Fondazione CESIFIN Alberto Predieri.

ALESSANDRO MARTINI, Delegato regionale Caritas Toscana.

ROBERTO NEGRINI, Presidente Legacoop Toscana e Alleanza delle Cooperative Toscane.

ALESSANDRO PETRETTO, Professore emerito di Economia pubblica presso l'Università degli Studi di Firenze e Consigliere Fondazione CESIFIN Alberto Predieri.

DARIO ROSINI, Direttore del personale dell'Azienda USL 9 di Grosseto.

EMANUELE ROSSI, Professore ordinario di Diritto costituzionale presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

STEFANIA SACCARDI, Assessore Diritto alla salute, welfare, integrazione socio-sanitaria e sport della Regione Toscana.

CLAUDIA TUBERTINI, Professore associato di Diritto amministrativo presso l'Università di Bologna.

GILBERTO TURATI, Professore associato di Scienza delle Finanze presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore (sede di Roma).

CRISTINA UGOLINI, Professore associato di Scienza delle Finanze presso l'Università di Bologna e Direttrice Scuola Superiore di Politiche per la Salute (SSPS).