

Alert

Commercial - Review

Tra Stato e Regioni: il Sistema Sanitario Nazionale alla prova del Covid-19

La pandemia ha portato a galla diverse criticità anche nei rapporti tra Stato e Regioni. Le zone d'ombra nella ripartizione di potestà legislative, regolamentari e amministrative tra governo centrale ed enti locali sono state il terreno fertile delle polemiche e delle accuse reciproche in merito alla risposta sanitaria alla rapida e violenta diffusione del Coronavirus. Deficit di personale medico, mancanza di posti in terapia intensiva, insufficienza e/o inadeguatezza di macchinari e dispositivi di protezione individuale sono solo alcune delle tematiche che sono state maggiormente al centro dell'attenzione.

L'individuazione di eventuali responsabilità delle istituzioni passa, a nostro avviso, anche da una corretta identificazione delle rispettive competenze nella gestione del Sistema Sanitario Nazionale ("SSN").

Come è noto, nel 2001, la riforma del Titolo V della Costituzione ha ribaltato il riparto di competenze legislative e regolamentari tra Stato e Regioni, ponendo in capo a queste ultime una potestà generalizzata che trova i suoi limiti nelle materie espressamente riservate alla legislazione statale. La tutela della salute rientra tra le materie per le quali il "nuovo" art. 117 ha previsto una potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni, dovendo il primo fissare i principi fondamentali che vincoleranno le seconde nell'adozione della normativa di dettaglio. Secondo l'interpretazione fornita dalla Consulta, la formula "tutela della salute", particolarmente ampia, ricomprende anche la pianificazione dei servizi sanitari, su cui la legislazione statale è in grado di esercitare una notevole influenza anche e soprattutto per effetto di un'altra disposizione, contenuta nel comma 2, lettera m) dello stesso art. 117. Tale previsione attribuisce allo Stato la legislazione esclusiva con riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

L'intervento normativo statale sull'organizzazione dei servizi sanitari è, dunque, funzionale ad assicurare delle prestazioni sanitarie uniformi su tutto il territorio nazionale tramite la definizione dei livelli essenziali di assistenza (c.d. "LEA").

Già con la normativa che ha istituito e tuttora regola il Servizio Sanitario Nazionale (Legge n. 833/1978) si attribuiva alla *"legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale"* il compito di fissare *"i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini"*.

Il successivo Decreto Legislativo n. 502/1992 ha stabilito che lo Stato debba individuare tali livelli essenziali di assistenza all'interno di tre macro-categorie: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera.

Secondo il DPCM del 12 gennaio 2017, che ha provveduto ad aggiornare e ampliare i LEA in ambito sanitario, una delle aree in cui deve essere garantita assistenza nell'ambito della prevenzione collettiva e

Alert

Commercial - Review

della sanità pubblica è proprio quella della “*sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive*”. Tale assistenza si sostanzia nei programmi e nelle attività di cui all’[allegato 1](#) dello stesso DPCM.

Le Regioni dovrebbero quindi tener conto dei LEA quale soglia minima nella formulazione dei rispettivi piani sanitari (che, più in generale, dovrebbero uniformarsi al piano sanitario nazionale) e nell’esercizio delle proprie, fondamentali funzioni.

Con il Decreto Legislativo n. 502/1992, infatti, l’implementazione del SSN è stata affidata in larga parte alle Regioni, cui sono state attribuite le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi fissati dalla legislazione statale. In particolare, spetta alle Regioni determinare l’organizzazione dei servizi sanitari e dell’attività “*destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”.

Stando al [focus tematico pubblicato dall’ufficio parlamentare di bilancio](#) del 2.12.2019, sono però ben poche le Regioni che riescono ad assicurare i LEA. Del resto, l’adeguatezza qualitativa e quantitativa delle prestazioni erogate dal SSN e, di riflesso, la tutela effettiva del diritto alla salute è strettamente dipendente dalle risorse a disposizione.

Gli obiettivi di finanza pubblica e contenimento della spesa, di derivazione comunitaria, hanno caratterizzato le manovre economiche degli ultimi anni, con delle inevitabili ripercussioni anche sulla sanità: si è assistito, infatti, ad un progressivo disinvestimento nel SSN.

La fondazione GIMBE, in un dettagliato [report](#) del settembre 2019, ha messo in luce come il rapporto tra finanziamenti statali al SSN e PIL, negli ultimi dieci anni, è costantemente calato ed il tasso di crescita degli investimenti è stato inferiore a quello dell’inflazione.

Allo stesso tempo, molte Regioni si sono rivelate inefficienti nella gestione finanziaria della sanità, facendo registrare a bilancio dei notevoli disavanzi. Per questo, a partire dal Decreto Legislativo n. 229/1999, sono state sottoposte ad un controllo sempre più penetrante da parte del Governo centrale tramite *i*) i c.d. “Patti della Salute”, *ii*) il condizionamento dell’erogazione di una quota dei finanziamenti statali alla copertura dei disavanzi dei bilanci regionali e *iii*) nei casi più gravi, i piani di rientro e addirittura il commissariamento. Tali strumenti, funzionali ad una *spending review*, hanno acuito il divario tra i sistemi sanitari regionali, a scapito della garanzia dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.

Concretamente parlando, le politiche di riduzione e razionalizzazione della spesa pubblica si sono tradotte, tra le altre cose, in tagli sul personale per oltre due miliardi di Euro tra il 2010 ed il 2018 e in un fortissimo ridimensionamento dell’offerta dei servizi ospedalieri. Basti pensare che il numero di posti letto negli ospedali per 1.000 abitanti è sceso da 3,9 nel 2007 a 3,2 nel 2017, contro una media europea che si attesta intorno ai 5.

Alert

Commercial - Review

Sono numeri che fanno riflettere, tanto più considerando che il Covid-19 è riuscito a mettere in ginocchio il Sistema Sanitario Regionale Lombardo, uno dei nove sistemi sanitari regionali in grado di garantire i LEA ed il migliore per capacità di gestione degli equilibri finanziari e disponibilità di servizi di qualità.

Ci sembra, in definitiva, che la crisi sanitaria che stiamo attraversando debba sfociare non tanto nella ricerca di un responsabile politico, quanto piuttosto nel ripensamento, in chiave sistemica, dei rapporti tra valori costituzionalmente tutelati quali esigenze di bilancio e diritto alla salute.

27.05.2020

La presente Newsletter ha il solo scopo di fornire aggiornamenti e informazioni di carattere generale. Non costituisce pertanto un parere legale né può in alcun modo considerarsi come sostitutivo di una consulenza legale specifica.

Pietro Ilardi, Partner
E: p.ilardi@nmlex.it
T.: +39 06 695181

Lorenzo De Angeli, Associate
E: l.deangeli@nmlex.it
T.: +39 06 695181

Per chiarimenti o informazioni potete contattare gli autori oppure il Vostro Professionista di riferimento all'interno dello Studio

www.nunziantemagrone.it