



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN GIURISPRUDENZA

Strumenti sanitari integrativi e sostenibilità del SSN: Verso un
modello misto?

Relatore: Chiar.mo Prof. Vittorio Pampanin

Tesi di laurea di
Alessandro Calabrese
Matr. 458347

Anno accademico 2023/2024

INDICE

Parte I

Strumenti giuridici per un sistema di tutela del diritto alla salute

1. LE MUTUE

- 1. La nascita e la loro evoluzione in Italia**
- 2. Il modello originario e lo sviluppo della disciplina**
- 3. Gli elementi caratteristici del modello mutualistico in ambito sanitario**
- 4. Il ricorso all'esperienza mutualistica negli altri Paesi europei.**

2. LE ASSICURAZIONI

- 1. L'evoluzione normativa dell'istituto assicurativo in Italia**
- 2. Il riferimento emblematico al Sistema Sanitario Americano e allo strumento del *self insurance*.**
- 3. Il funzionamento, i limiti e i pregi degli strumenti assicurativi in ambito sanitario.**

3. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PUBBLICO

- 1. Diritto alla salute ex art. 32 Cost. e la sua incidenza sul servizio sanitario**
- 2. La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale del 1978**
- 3. Gli obbiettivi e le caratteristiche del modello italiano di servizio sanitario**
- 4. I limiti della legge emersi nella sua fase applicativa**

Parte II

Profili di criticità relativi alla sostenibilità del modello di sanità pubblica

4. LA REGIONALIZZAZIONE DEL SSN

- 1. La Riforma del titolo V della Costituzione e la Regionalizzazione del Sistema Sanitario.**
- 2. L'assegnazione e la gestione dei fondi Statali tra le regioni.**
- 3. La mancata uniformità tra le regioni e le diverse condizioni di efficienza organizzativa tra nord e sud del paese.**

4. Il fenomeno del “Turismo” sanitario: tra business e Necessità.

5. IL COVID COME CARTINA DI TORNASOLE DELL'EFFICIENZA DEL SSN

- 1. Il rilevabile “affanno” del SSN davanti alla sfida del Covid-19.**
- 2. La “Spending Review” del sistema sanitario: La mancanza di fondi, strutture, professionisti e l'impreparazione alle crisi.**
- 3. La trascuratezza della medicina territoriale e la sua importanza nella gestione delle emergenze.**
- 4. La convivenza tra “Casi Covid” e il trattamento di Patologie ordinarie o urgenti all'interno degli ospedali.**

6. IL POST COVID

- 1. L'attuale inadeguatezza del SSN: L'esperienza Covid 19 come un'occasione mancata e il grave fenomeno delle Liste d'attesa infinite, la cooperazione tra il servizio pubblico e privato.**
- 2. Il PNRR Salute e le Nuove possibilità di crescita.**
- 3. Insurtech, Intelligenza artificiale, nuove Tecnologie per il monitoraggio dei pazienti: una possibile soluzione per fronteggiare le sfide di oggi.**

Introduzione

La presente tesi si pone l'obiettivo di illustrare come negli ultimi 150 anni, il concetto di salute nel nostro Paese si sia evoluto e abbia subito profonde trasformazioni, andando a comprendere come mai il sistema sanitario nazionale che doveva farsi garante in maniera unitaria del diritto alla salute e di tutti quei principi costituzionalmente tutelati come l'universalità e l'uguaglianza sia stato negli anni accompagnato e talvolta sostituito in fase applicativa da strumenti alternativi, tanto da farci domandare se fosse necessario un ritorno ad un sistema sanitario misto.

Per rispondere a questo interrogativo si effettuerà in apertura un'analisi relativa alle mutue assistenziali e le assicurazioni, non solo relativamente alla loro nascita bensì anche alla loro evoluzione normativa, alle loro caratteristiche distintive e i limiti che questi strumenti hanno dimostrato nel corso del tempo, parlando anche del sistema sanitario Americano, paradigma riguardo l'organizzazione privata della sanità e promotore di nuove tendenze come il *self-insurance*, adottate dai privati proprio per limitare la spesa sanitaria.

Una volta mostrate le particolarità dei sistemi integrativi sarà necessario anche confrontarli con il Servizio Sanitario Nazionale iniziando dall'articolo 32 della Costituzione per poi passare all'analisi non solo della sua nascita avvenuta con la legge 833/1978 bensì anche di tutti gli obiettivi, le caratteristiche e i limiti che lo hanno contraddistinto nel tempo e hanno rappresentato un punto di svolta rispetto ai sistemi organizzativi statali e privati operanti fino a quel giorno.

Conclusa questa parte, la seconda si concentrerà invece maggiormente sui profili di criticità del sistema sanitario attuale, cercando di fornire dapprima un quadro complessivo relativo alla scelta di regionalizzazione del sistema sanitario nazionale, operata con le varie riforme sanitarie degli anni 90 e poi confermata con la riforma del Titolo V della costituzione.

Poi sull'analisi dei risultati ottenuti dalla stessa e dalle difficoltà emerse in fase di attuazione relative a caratteri organizzativi e di mancata uniformità tra le regioni stesse, oltre a presentare il fenomeno del turismo sanitario.

La pandemia da Covid- 19 ha rappresentato una cartina di tornasole per tutte queste criticità e ha mostrato il profondo affanno tutt'ora non superato, dovuto sia dalle varie riforme fiscali come la *Spending review* ma anche da persistenti mancanze del nostro Sistema, colmate ancora oggi in parte da enti mutualistici o coperture assicurative.

L'occasione persa per un'eventuale rinascita dello stesso, soprattutto in confronto a determinate aree tematiche come le liste d'attesa o la mancanza di posti letto, tuttavia, come si vedrà, sarà l'elemento indispensabile per la formulazione del PNRR, il piano per promuovere un rinnovamento attraverso investimenti massicci in strutture e in tecnologie avanzate, come l'intelligenza artificiale e *insurtech*, che stanno col passare degli anni concorrendo sempre di più a migliorare ed aiutare i pazienti nella prognosi e nel trattamento delle patologie, oltre che a fornire alle società di assicurazione e ai medici la possibilità di garantire una gestione più efficiente sia dei clienti che dei pazienti.

Capitolo 1: Le Mutue

La nascita e la loro evoluzione in Italia

Nel 1800 il processo produttivo all'interno delle fabbriche cambiò in modo significativo: nata in Inghilterra durante il 1700, per poi spandersi in altre parti dell'Europa, la prima rivoluzione industriale trasformò le modalità di lavoro all'interno delle fabbriche; i lavoratori erano visti come un insieme di componenti che andavano a formare passo dopo passo il prodotto finito; non erano più necessarie quelle caratteristiche che contraddistinguevano gli artigiani ovvero creatività o particolari capacità artistiche e intellettive.

La catena di montaggio di matrice fordiana portò questi ultimi a lavorare a stretto contatto con i propri colleghi, con ritmi sempre più stressanti, pochissime forme di prevenzione per gli infortuni e spesso in condizioni igienico sanitarie e di sicurezza precarie.

Nacque proprio in quel contesto la necessità e la volontà da parte dei lavoratori di riunirsi per formare i primi fondi privati gestiti dai padroni che amministravano le stesse fabbriche, con il fine di creare un sussidio avente come scopo principale quello di fornire un sostegno alla famiglia del lavoratore ed erogare in caso quest'ultimo fosse, per malattia o altra causa, impossibilitato a lavorare un sussidio di tipo economico.

Le mutue furono quindi una delle prime forme di auto-organizzazione sociale e di solidarietà da basso.

La particolarità che contraddistingueva questo nuovo modello organizzativo fu sicuramente quello dell'uguaglianza dei membri all'interno della stessa: veniva infatti lasciata piena libertà da parte dei soci di gestire il fondo sociale presente all'interno della cassa comune e le decisioni venivano prese attraverso un sistema

elettorale egualitario con voto di maggioranza basato sul principio democratico:” una testa, un voto”¹.

Questa caratteristica che oggi appare scontata era innovativa se si considera che nella società del tempo non esisteva ancora il principio di suffragio universale: la possibilità a livello nazionale di votare era infatti riservata solo ad una piccola parte della popolazione, solitamente benestante e con un buon livello culturale, mentre era preclusa per i “semplici” cittadini².

Le società di mutuo soccorso cominciarono ad emergere in Italia a partire dal 1848 grazie all’emanazione dello Statuto albertino, che per la prima volta sanciva il diritto alla libertà di riunione, ma solo nel 1860 il fenomeno divenne nazionale: era infatti uno dei pochi strumenti in grado di far fronte all’assenza del welfare statale³. Normalmente queste società erano costituite da lavoratori raggruppati in base al comparto lavorativo (fabbro, tessile, ferrovieri ecc..), ma alcune erano organizzate su base territoriale, per cui non era raro trovare associazioni di lavoratori che riunissero quelli residenti in un determinato paese o città.

Chi voleva farne parte doveva pagare una tassa d’iscrizione che di base andava a formare il capitale sociale della mutua. I soci si dividevano in effettivi e onorari: i primi erano i lavoratori che godevano dei benefici relativi all’iscrizione, ovvero forme embrionali di assistenza sia di natura sanitaria che lavorativa elargita sia agli stessi lavoratori che alle famiglie; i secondi, invece, erano soci benestanti che aiutavano le società dal punto di vista economico⁴.

Come già affermato non esisteva una forma efficiente di organizzazione di previdenza o tutela dei diritti dei lavoratori di carattere Statale, con il conseguente impoverimento della classe operaia e corrispondente arricchimento della classe dirigenziale, la quale ovviamente, non dovendo elargire nessun tipo di contributo

¹ Cfr. A. Marchini., *La sanità in Italia dalle sue origini ad oggi*, in *Abc dei diritti*, fpcigl, www.fpcgil.it pag. 6-7

² Cfr. G. Marcelli, *Per Una Storia Del Mutualismo, L’esperienza della mutua assistenza fra marchigiani in Roma tra XIX e XXI secolo*, in *Quaderni del consiglio regionale delle marche*, marzo 2017

³ Cfr. A. Salfi e F. Tarozzi, *Dalle società di mutuo soccorso alle conquiste del welfare state*, Editore Ediesse, 2014, pag. 47

⁴ Cfr. A. Antico, *Le società di mutuo soccorso*, in *Italia ius*, <https://italiaius.it/>, Malo, 05 ottobre 2021

in caso di malattia, tratteneva a sé l'intero importo con la possibilità, tra le altre cose, di poter sostituire agevolmente nel processo produttivo il lavoratore malato, in mancanza di tutele contrattuali adeguate.

Oltre al contesto lavorativo bisogna anche delineare come fosse la situazione di salute generale nello stato italiano ottocentesco: l'Italia si presentava, infatti, come un Paese caratterizzato da un radicato e diffuso disagio dovuto alle condizioni di salute.

Drammatici erano i parametri sia della mortalità infantile sia della popolazione adulta: un bambino su quattro moriva nel primo anno di vita e uno su due entro il quinto anno; la scarsità delle condizioni igieniche, l'arretratezza nelle scoperte mediche, nonché la pressoché assenza di congedi di maternità alle donne in stato di gravidanza e i numerosi focolai di malattie dell'apparato respiratorio incidevano profondamente sulla vita di tutti i giorni

Le famiglie degli operai erano obbligate a sostenersi con i pochi risparmi accantonati negli anni, per la maggior parte delle volte insufficienti, considerato il basso livello stipendiale che a malapena permetteva la loro sussistenza.

Le uniche forme di assistenza diffuse sul territorio dello Stato erano di natura privata su base caritatevole, per lo più di carattere ecclesiastico, e si basavano sul desiderio privato di fare beneficenza ovvero di aiutare il prossimo, in ossequio ai precetti cristiani.

Gli Istituti Pii erano istituzioni che gestivano beni materiali costituiti da lasciti tra cui terreni e abitazioni destinate a fornire un aiuto alle persone in stato di necessità. La beneficenza, dunque, era erogata da istituti privati: laici e religiosi, con la possibilità di ampia autonomia e rappresentanza giuridica.⁵

La problematica che sorse fu quella della gestione e dell'accentramento del controllo di questi da parte dello Stato soprattutto dal punto di vista amministrativo e di tutela di quest'ultime.

⁵ Cfr. A. Marchini., *La sanità in Italia dalle sue origini ad oggi*, in *Abc dei diritti*, fpcigl, www.fpcgil.it, p.8 ss.

In questo senso occorre segnalare che durante quegli anni vi furono diversi tentativi di creare di un sistema sanitario efficiente da parte dello stato: il primo intervento è rappresentato dalla cosiddetta “Grande Legge sulle Opere Pie”, promulgata il 3 agosto 1862, che avviò il processo di trasformazione della beneficenza privata in carità “legale”, cioè statale, che successivamente venne modificata dalla legge 17 luglio 1890 n. 6972. Tale iniziativa di riforma venne avviata dall’allora presidente del consiglio Crispi, il quale cercò di perseguire durante il suo mandato diversi risultati in campo sanitario, tra cui la legge 22 dicembre 1888, n. 5849 riguardante la Sanità pubblica e nota appunto come legge Crispi-Pagliani⁶.

La legge articolava il sistema in tre livelli: centrale, provinciale e comunale, come espressamente indicato dall’articolo 1 in base al quale *“La tutela della sanità pubblica spetta al ministro dell’interno, e, sotto la sua dipendenza, ai prefetti, ai sottoprefetti ed ai sindaci.”*

Se a livello centrale la tutela della salute pubblica veniva affidata al Ministero degli interni (alla Direzione generale della sanità), con supervisione del Consiglio superiore di sanità, in ambito provinciale operava invece il prefetto, mentre a livello comunale, il sindaco, il quale delegava un ufficiale sanitario, con compiti di prevenzione delle malattie infettive e di tutela ambientale, e un “medico condotto”, che si occupava di assistenza sanitaria gratuita per gli indigenti e a pagamento per gli altri cittadini.

Questa legge, benché non abbia portato a risultati soddisfacenti, rappresentò comunque uno dei primi tentativi di riorganizzazione del sistema sanitario statale, occupandosi essa sia dell’organizzazione generale sia delle condizioni geo-fisiche, demografiche ed urbanistiche, di assistenza medica, farmaceutica ed ostetrica, nonché di profilassi delle malattie sociali.

⁶ Cfr. P. Nucci, *Storia, vizi e virtù della migliore sanità del mondo; con F. Cambieri [et al.]; e un'intervista a F. Biondi.*, Milano University Press, 2020, p. 13 ss.

La legge inoltre presentava numerosi elementi di modernità, poiché si occupava di tutti gli aspetti riguardanti la salute nella vita quotidiana delle persone, preoccupandosi tra le altre cose della denuncia obbligatoria, da parte dei Comuni, delle malattie contagiose, della garanzia di potabilità delle acque e della compilazione di statistiche sanitarie. In tal senso disponeva l'articolo 45 secondo cui *“Qualunque medico abbia osservato un caso di malattia infettiva e diffusiva pericolosa o sospetta di esserlo, deve immediatamente farne denuncia al sindaco ed all'ufficiale sanitario comunale, e coadiuvarli, ove occorra, nella esecuzione delle prime urgenti disposizioni ordinate per impedire la diffusione della malattia”*⁷.

Verso la fine del diciannovesimo secolo tuttavia la situazione mutò profondamente poiché a seguito delle continue pressioni e richieste fatte dai lavoratori per ottenere migliori condizioni di lavoro e salari equi e grazie al sostegno dei primi sindacati, furono discussi i primi disegni di legge riguardanti le Mutue assistenziali, tra cui il disegno di legge del 1882, promosso dall'allora ministro dell'Agricoltura, Industria e Commercio Domenico Berti, che tuttavia non portò ai risultati sperati. Solo nel 1886 il disegno di legge venne ripreso e discusso dal nuovo ministro Bernardino Grimaldi: nacque così il 15 aprile dello stesso anno la legge n. 3818 intitolata *“Costituzione legale delle Società di Mutuo Soccorso”*, che stabiliva i principi fondamentali ai quali le Società dovevano ispirarsi, nonché le modalità per ottenere la personalità giuridica.

Questa legge rappresenta ancora oggi la base del sistema mutualistico italiano⁸.

Da quel momento vi fu una vera e propria accelerazione in campo mutualistico: dapprima il 29 ed il 30 giugno 1900 si tenne a Milano il primo Congresso nazionale della previdenza fra le società di mutuo soccorso d'Italia, con l'idea di creare una organizzazione comune che potesse facilitare il processo di aggiornamento,

⁷ Cfr. E. Piras, *Fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso: le nuove frontiere della sanità integrativa*, in *Responsabilità Civile e Previdenza*, fasc.6, 2016, pag. 1870B. Vedi anche l'articolo 51, il quale disponeva che *“la vaccinazione è obbligatoria e sarà regolata da apposito regolamento approvato dal ministro dell'interno, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità”*.

⁸Per la consultazione integrale della legge si rimanda alla Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana: *“legge 15 aprile 1886, n. 3818”* in www.gazzettaufficiale.it

standardizzazione e crescita delle mutue a livello nazionale, pur salvaguardando l'autonomia di ogni singola associazione.

In seguito, il 5 settembre 1900 nacque la Federazione italiana delle società di mutuo soccorso, che nel 1912 assunse il nome di “Federazione italiana delle società di mutuo soccorso e delle casse e degli istituti di previdenza”.

Durante gli anni del fascismo la disciplina del settore mutualistico divenne terreno di scontro tra lo Stato e gli enti che fino a quel momento avevano gestito le Mutue. La situazione in cui si trovava l'Italia era quella di uno Stato appena uscito dal primo conflitto mondiale: distrutto, con pochi fondi e con un Paese da ricostruire. L'importanza di creare una classe operaia che potesse lavorare e produrre all'interno delle città nella migliore delle condizioni possibili era dunque considerato un requisito fondamentale per la nascita di un nuovo Stato.

La situazione che si andò a constatare tuttavia era tutt'altro che rasserenante: fra il 1917 e il 1918 ci fu un crollo del reddito nazionale, i salari erano stati tagliati, i fondi dello Stato versavano in pessime condizioni, martoriati ancora dalle spese folli sostenute durante la guerra e l'inflazione colpiva duramente i pochi risparmi rimasti⁹.

Il periodo tra il 1919 e 1920 venne definito Biennio Rosso (già a partire dagli anni '20) a causa delle lotte operaie e contadine. In questo periodo si assisteva al problema dei contributi assicurativi e previdenziali obbligatori istituiti dallo Stato che andavano a sommarsi a quelli mutualistici volontari.

A cavallo Tra il 1925 e il 1926 il governo fascista sottrasse la gestione della previdenza sociale alle società di mutuo soccorso. Queste dovettero cedere la gestione sia della cassa sia dell'assistenza sanitaria agli iscritti.

⁹ Cfr. Istituto Superiore di Sanità - ISS, *Memorie e attualità tra storia e salute. Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia a cento anni dalla Grande Guerra a partire dall'esperienza dell'Asinara e di Vittoria*. A cura di P. De Castro, D. Marsili, A. Trova, 2015, IV, p. 122 (*I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità*).

L'Istituto nazionale di previdenza sociale diventò così l'unico organo di controllo e interfaccia esterna. La legge del 30 dicembre 1926 sancì di fatto l'unificazione delle società di mutuo soccorso nell'Ente nazionale della cooperazione¹⁰.

Nel 1934 fu la volta delle mutue paritetiche di natura corporativa, rappresentate sia dai lavoratori sia dai datori di lavoro e in gran parte controllate e soggette ad interessi economici nel senso che pur essendo gestite in modo paritario da rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro, queste mutue erano spesso influenzate da interessi economici specifici, legati ad esempio a particolari settori produttivi o a gruppi di potere economici.

In altre parole, le decisioni all'interno delle mutue paritetiche non erano sempre prese in modo completamente neutrale, ma potevano essere condizionate da interessi particolari come ad esempio: Interessi di settore ovvero legati a determinati settori produttivi (agricoltura, industria); interessi politici: il regime fascista esercitava un forte controllo sulle mutue paritetiche, nominando spesso rappresentanti all'interno degli organi direttivi, e questi rappresentanti potevano agire in base a direttive politiche, piuttosto che in base agli interessi dei lavoratori o dei datori di lavoro; interessi economici: Alcune mutue paritetiche potevano essere influenzate da grandi imprese o da gruppi economici che avevano un interesse diretto nella gestione dei fondi previdenziali ed infine da interessi locali: In alcune regioni o città, le mutue paritetiche potevano essere influenzate da interessi locali, come ad esempio quelli di particolari gruppi di potere¹¹.

La cosa non deve sorprendere dal momento che sia dal punto sociale e politico in quegli anni ci fu un tentativo (parzialmente riuscito) di accentramento dei poteri da parte dell'esecutivo.

L'idea fu quella di rendere più severi i regolamenti delle mutue esistenti e di farle confluire all'interno di alcuni macro-enti, in questo modo gli enti mutualistici diventarono la spina dorsale di un nascente welfare burocratico e corporativo-

¹⁰ Cfr. *fascismo e cooperazione*, in Confcooperative Lazio Nord, www.confcooperativelazionord.it

¹¹ Cfr. A. Marchini., *La sanità in Italia dalle sue origini ad oggi*, in *abc dei diritti*, fpcigl, www.fpcgil.it, p. 10 ss.

assicurativo.

Ciascun ente divenne responsabile per una determinata categoria di lavoratori e così questi insieme alla famiglia vennero vincolati all'iscrizione allo stesso potendo, in questo modo, avvalersi dell'assicurazione sanitaria.

Nella concezione fascista la salute veniva vista non tanto come un diritto da garantire a chiunque, ma piuttosto come il mezzo necessario per rendere il lavoratore il più produttivo possibile, così da assicurare allo Stato un determinato risultato da parte dello stesso.

Numerosi furono gli istituti nati proprio a cavallo del trentennio fascista, tra cui l'Istituto nazionale per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro (Inail, 1933), l'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps, 1933), l'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali (Enpas, 1942) e l'Istituto nazionale di assicurazione contro le malattie (Inam, 1943).¹²

Il sistema mutualistico si è mantenuto operativo anche dopo l'approvazione della Costituzione, più precisamente fino al 1978 anno della riforma del Sistema sanitario nazionale; vennero infatti create numerose mutue obbligatorie distinte in base alla categoria di appartenenza dei lavoratori e differenziate in base al reddito o al tipo di assistenza garantita, modello che si è quindi discostato nettamente dall'idea originaria del 1886 che prevedeva un sistema mutualistico improntato sulla sottoscrizione volontaria da parte dei soci.

Il modello originario e lo sviluppo della disciplina

Le società di mutuo soccorso, istituite dalla legge n. 3818 del 15 aprile 1886, sono le più antiche forme di assistenza sanitaria privata in Italia.

Come abbiamo constatato dapprima furono concepite come associazioni di lavoratori con il fine ultimo di garantire un sostegno economico in caso di malattia

¹² Cfr. P. Nucci, *Storia, vizi e virtù della migliore sanità del mondo; con F. Cambieri [et al.]*; e un'intervista a F. Biondi., Milano University Press, 2020, p.16

o infortunio, nel corso del tempo hanno assunto un ruolo sempre più complesso e articolato.

La legge n. 59 del 30 marzo 1992 ha segnato una svolta significativa, introducendo il concetto di sistema sanitario di tipo integrativo e riconoscendo alle mutue volontarie un ruolo di primo piano nella sua realizzazione in quanto prima il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) era organizzato in modo più centralizzato, mentre con la Legge 59/1992 si è introdotto un sistema più flessibile e diversificato, dove, accanto al SSN, hanno potuto operare anche altri soggetti, tra cui le mutue volontarie.

Successivi interventi legislativi, tra cui il decreto legislativo n. 517 del 1993 e il decreto legislativo n. 229 del 1999, hanno ulteriormente precisato le modalità di integrazione tra il Servizio Sanitario Nazionale e le forme assicurative private, consentendo anche la nascita di fondi integrativi come, ad esempio, i fondi 'DOC'¹³(diretto, obbligatorio, complementare), destinati a coprire prestazioni non erogate dal SSN o a ridurre i tempi di attesa¹⁴.

Originariamente pensate come “società operaie” le mutue hanno visto evolvere nel tempo le proprie finalità.

L'articolo 1 della legge istitutiva del 1886 limitava l'attività all'erogazione di sussidi in caso di malattia, invalidità o decesso dei soci. Tuttavia, in seguito all'evoluzione normativa, segnata da interventi legislativi quali il d.lgs. n. 502/1992,¹⁵ il decreto-legge n. 179/2012 e la riforma del Terzo settore (d.lgs. n. 117/2017), si sono ampliate le possibilità delle attività consentite, adattandole alle nuove esigenze sociali.

¹³ Maggiori informazioni sulle erogazioni specifiche dei fondi DOC cfr. G. Mariani Castelli, *Il ruolo delle forme integrative di assistenza sanitaria*, in *Diritto delle relazioni industriali*, n. 3/2000, pp. 365-373.

¹⁴ I fondi DOC (diretto, obbligatorio, complementare) sono fondi sanitari integrativi che offrono prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite dal SSN. Sono detti "diretti" perché il contributo dei lavoratori viene versato direttamente al fondo, "obbligatori" perché l'adesione è spesso prevista da contratti collettivi di lavoro e "complementari" perché integrano le prestazioni del SSN. Per maggiori informazioni cfr. M. Camilleri, *Sanità integrativa, è tempo di una nuova prospettiva?* in *Il punto*, www.itinerariprevidenziali.it, 07/03/2019

¹⁵ Si fa riferimento al decreto riguardante il *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, Entrato in vigore del decreto 1-1-1993(Ultimo aggiornamento all'atto pubblicato il 30/12/2023

Sebbene siano intervenute diverse riforme nel corso degli anni, il decreto-legge n. 179/2012 rappresenta il quadro normativo più recente e completo per la disciplina in esame. Proprio per questo, l'analisi si concentrerà sulle disposizioni successive a tale riforma.

L'Art.1 riformato dal decreto Legge n. 179/2012 recita, infatti, che: *Possono conseguire personalità giuridica (...) le società operaie di mutuo soccorso che si propongono tutti o alcuni dei seguenti fini: Assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia; venire in aiuto alle famiglie dei Soci defunti.*

Il principio fondante delle mutue è la solidarietà tra i soci, che contribuiscono a un fondo comune per far fronte alle necessità di ciascuno, originariamente concepite per assistere i lavoratori, le mutue si sono successivamente aperte a tutti i cittadini, pur mantenendo come scopo primario la fornitura di un sostegno economico in caso di bisogno.

Allo stesso modo l'articolo 2 delinea il quadro di riferimento entro cui operano le società di mutuo soccorso: sono autorizzate a svolgere attività di prevenzione sanitaria e promozione dei valori mutualistici attraverso iniziative educative e culturali, ponendo dei vincoli rigorosi all'operato di queste società, ad esempio vietando loro di svolgere attività estranee al loro scopo istituzionale e di natura imprenditoriale¹⁶.

L'uso dei fondi raccolti è quindi rigorosamente disciplinato dalla legge, che ne vieta l'utilizzo per scopi estranei alle finalità istituzionali.

I soci inoltre sono tenuti a tenere il bilancio riguardo l'utilizzo dei benefici ricevuti e a partecipare alla gestione della mutua, garantendo così la trasparenza e l'equità del sistema¹⁷.

¹⁶ *“Le società possono inoltre promuovere attività di carattere educativo e culturale dirette a realizzare finalità di prevenzione sanitaria e di diffusione dei valori mutualistici.*

Le società di mutuo soccorso non possono svolgere attività diverse da quelle previste dalla presente legge, né possono svolgere attività di impresa.

Salvi i casi previsti da disposizioni di leggi speciali, compreso quello relativo alla istituzione e gestione”

¹⁷ Si rimanda al testo dell'articolo 2: *“Le Società di mutuo soccorso potranno inoltre cooperare all'educazione dei soci delle loro famiglie; dare aiuto ai soci per l'acquisto degli attrezzi del loro mestiere, ed esercitare altri uffici propri delle istituzioni di previdenza economica... Eccettuate le spese di*

Di fatto si può quindi affermare che ciò che caratterizza le mutue è che queste rappresentano un modello di gestione collettiva dei rischi, basato sulla solidarietà tra i soci senza scopo di lucro.

Originariamente focalizzate esclusivamente sull'assistenza sanitaria, le mutue si sono evolute, diventando strumenti utilizzabili per diverse finalità e in grado di rispondere a una vasta gamma di bisogni.

Le riforme legislative, in particolare quella del 2012 che rappresenta come già detto, la riforma più importante di cui tratteremo nelle prossime pagine, hanno conferito alle mutue un carattere più innovativo, rendendole protagoniste nella complessità del sistema sanitario italiano.

Va inoltre chiarito che l'attività delle mutue non può essere equiparata a quella assicurativa: Sebbene il termine "assicurare" compaia nella legge istitutiva, il suo significato è diverso da quello tecnico utilizzato nel settore assicurativo in quanto nelle mutue, il "sussidio" non è un'indennità predeterminata in base ai contributi versati, ma una prestazione variabile in base alle disponibilità del fondo comune.

Questa distinzione sottolinea la natura solidaristica e non lucrativa delle stesse.

La legge istitutiva delle società di mutuo soccorso non definisce in modo preciso la natura delle prestazioni erogate ai soci, né regola in dettaglio il rapporto contrattuale.

Di conseguenza, le mutue sono limitate nell'offerta di prestazioni e non possono proporsi come alternative alle compagnie assicurative¹⁸.

La nascita del SSN ha portato alla riorganizzazione del sistema mutualistico, limitando il finanziamento pubblico delle mutue volontarie, ma nonostante questo le mutue continuano a svolgere un ruolo importante, offrendo ai loro soci una serie di servizi aggiuntivi rispetto a quelli erogati dal SSN.

La legge del 2012 ha confermato questo ruolo, delineando un quadro normativo che consente alle mutue di erogare prestazioni di assistenza sociosanitaria,

amministrazione, il danaro sociale non può essere erogato a fini diversi da quelli indicati in questo articolo e nel precedente."

¹⁸ M. Cupido, *attività delle società di mutuo soccorso*, in *Commento Le Società* N. 6/1990, p. 792

supporto economico in caso di malattia o infortunio, e assistenza ai familiari dei soci, contribuendo di fatto a garantire un'assistenza sanitaria più completa e personalizzata¹⁹.

Il Decreto-legge n. 179/2012 ha anche introdotto una significativa evoluzione nel quadro normativo per quanto riguarda l'aspetto organizzativo e la trasparenza dell'attività svolta.

Una delle novità più rilevanti è rappresentata dall'obbligo di iscrizione nel Registro delle imprese, in particolare nella sezione dedicata alle imprese sociali: Questa scelta normativa sottolinea il carattere sociale e non lucrativo delle società di mutuo soccorso e le allinea ma non le unifica ad altre realtà che perseguono una finalità collettiva, in ragione di ciò le società di mutuo soccorso sono tenute all'iscrizione nello stesso Albo delle società cooperative²⁰.

Questa doppia iscrizione garantisce una maggiore visibilità e controllabilità dell'attività svolta, andando a tutelare maggiormente gli interessi degli associati.

Per assicurare una completa trasparenza, le società di mutuo soccorso sono tenute a depositare presso il Registro delle imprese una serie di documenti, tra cui il bilancio, le modifiche statutarie e le nomine degli organi sociali.

In questo modo, tutti gli interessati possono accedere a informazioni aggiornate sulla situazione economica e patrimoniale della società.

¹⁹ Si riporta di seguito la disciplina specifica: *“Le società di mutuo soccorso conseguono la personalità giuridica nei modi stabiliti dalla presente legge. esse non hanno finalità di lucro, ma perseguono finalità di interesse generale, sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà, attraverso l'esclusivo svolgimento in favore dei soci e dei loro familiari conviventi di una o più delle seguenti attività:*
a) erogazione di trattamenti e prestazioni sociosanitari nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente;
b) erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni;
c) erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;
d) erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche.

le attività previste dalle lettere a) e b) possono essere svolte anche attraverso l'istituzione o la gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.”

²⁰ Cfr. *La fiscalità delle società cooperative*, in Camera dei deputati, www.leg16.camera.it

Un ulteriore elemento di novità introdotto dalla riforma del 2012 riguarda la destinazione del patrimonio sociale in caso di scioglimento o perdita dell'autorizzazione.

Il legislatore ha previsto che il patrimonio residuo debba essere devoluto ad altre società di mutuo soccorso o a fondi mutualistici, rafforzando così il principio di solidarietà e mutualità che caratterizza queste entità.

Sorge quindi spontanea la domanda: ma cosa sono attualmente le mutue se non si indentificano né come cooperative, né come assicurazioni e non possono svolgere attività di impresa?

Le società di mutuo soccorso (SMS) occupano un ruolo particolare nel panorama giuridico: Non rientrano infatti nella definizione di enti mutualistici non societari prevista dall'articolo 2517 del Codice civile, né potendo essere assimilate a società di mutua assicurazione o a cooperative, le SMS costituiscono una categoria a sé stante²¹; non a caso la normativa del 2012, pur avvicinandole al mondo cooperativo, ne mantiene la specificità, escludendole dalla definizione di cooperativa, anche di diritto speciale²².

Successivamente l'entrata in vigore del Codice del Terzo Settore nel 2017 ha ulteriormente delineato il profilo delle SMS, collocandole all'interno del novero delle organizzazioni non profit²³ che perseguono finalità di utilità sociale²⁴.

Visto questo sembrerebbe più giusto inquadrare le SMS come una società di diritto speciale che pur condividendo elementi di società di tipo cooperativo e mutua assicuratrice costituisce tuttavia un *autonomo tipo di società mutualistica*.

Un ulteriore aspetto da analizzare è quello relativo alla vigilanza sulle Società di mutuo soccorso: La vigilanza sulle società di mutuo soccorso, intesa quale insieme

²¹ Cfr. M. Vella, *La realtà emergente delle mutue sanitarie italiane*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 1/2017, pp. 34-53

²² E Cusa, *Fattispecie e disciplina della società di mutuo soccorso: un rebus giuridico*, in *Rivista delle Società*, fasc.1, 1° febbraio 2022, pag. 126

²³ Cfr. E. Piras, *Le società di mutuo soccorso tra legge istitutiva, terzo settore e codice delle assicurazioni*, in *Rivista di diritto bancario*, n. 1/2019, 1, p.102 ss.

²⁴ Per la disciplina completa si rimanda al Codice del terzo Settore: decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117

di misure volte a garantire la tutela degli interessi degli associati e la corretta gestione del patrimonio sociale, si articola su più livelli²⁵.

La legge 1886/3818, nel delineare i principi fondamentali che regolano il funzionamento di tali enti, ha attribuito ai soci un ruolo attivo nella vigilanza, consentendo loro di partecipare alle assemblee, di controllare l'operato degli amministratori e di promuovere azioni di responsabilità.

A seguito del Decreto-legge n. 179 del 2012, la vigilanza sulle società di mutuo soccorso (SMS) è disciplinata dal decreto ministeriale del 30 ottobre 2014.

Tale normativa prevede due tipologie di vigilanza: ordinaria e straordinaria²⁶.

La vigilanza ordinaria, effettuata almeno ogni due anni, è svolta da soggetti diversi a seconda dell'appartenenza dell'SMS a un'associazione nazionale o settoriale. In assenza di tale appartenenza, la vigilanza è affidata direttamente al Ministero dello Sviluppo Economico.

La vigilanza straordinaria, invece, è attuata dal Ministero a campione o in caso di necessità, anche per le SMS associate.

Il mancato rispetto delle normative comporta la perdita della qualifica di SMS e la cancellazione dal Registro delle Imprese e dall'Albo delle società cooperative.

Una novità introdotta dalla riforma del 2012 è la possibilità per le SMS di associarsi ad altre società di mutuo soccorso o a fondi sanitari integrativi, allargando di fatto le possibilità di collaborazione e di offerta di servizi.

Dopodiché, il Codice del Terzo Settore ha introdotto ulteriori garanzie di trasparenza e di controllo: ha imposto l'obbligo di pubblicazione del bilancio e dei rendiconti, ma anche la nomina di organi di controllo interni. Così facendo si è inteso assicurare una maggiore tutela degli interessi degli associati e una più efficace prevenzione di irregolarità²⁷.

²⁵ Cfr. *Decreto ministeriale del 30 ottobre 2014 - Attività di vigilanza sulle Società di Mutuo Soccorso*, in ministero delle imprese e del Made in Italy, www.mimit.gov.it,

²⁶ cfr. *società cooperative - revisioni periodiche e ispezioni straordinarie*, in tuttocamere.it, il portale dell'informazione sulla camera di commercio per i professionisti e le imprese, www.tuttocamere.it

²⁷ Si riporta la disciplina completa: *“Quando vi sia fondato sospetto di grave irregolarità nell'adempimento degli obblighi degli amministratori o dei sindaci delle Società di mutuo soccorso, registrate in conformità di questa legge, i soci in numero non minore del ventesimo di quelli iscritti nella Società, possono denunciare i fatti al Tribunale civile.*

Gli elementi caratteristici del modello mutualistico in ambito sanitario

Attualmente in Italia la diffusione di mutue a carattere sanitario è ormai consolidata, lo dimostra il fatto che nel 2017 secondo i dati del ministero della salute le mutue iscritte all'anagrafe ministeriale sono 42²⁸.

Per la trattazione degli elementi del sistema mutualistico attuale in campo sanitario e al fine di poter analizzare al meglio i requisiti e i servizi elargiti ai soci, si prenderà come riferimento una delle maggiori associazioni mutualistiche, MBA Mutua²⁹, diffusa in tutto il mondo.

Per quanto riguarda i servizi offerti dalle mutue sanitarie occorre sottolineare che queste offrono al socio non solo servizi di assistenza sanitaria "successiva", bensì anche interventi di carattere preventivo rispetto alla prognosi: sono inclusi infatti servizi di "prevenzione", attuata con diversi strumenti da visite programmate a cadenza annuale o biennale, *check-up* completi sia per malattie specifiche, in base all'età o al sesso del socio, sia elargite a tutti.

Questo parametro è particolarmente interessante, soprattutto se lo si rapporta allo scopo della mutua per cui *"Nelle mutue sanitarie integrative i soci cooperano per costituire un fondo finalizzato a tutelare chi si troverà a dover sostenere spese mediche: in queste situazioni di fatto si suddivide il rischio di sostenere spese sanitarie con quello degli altri soci. Il fondo mutualistico non ha scopo di lucro, quindi le somme versate sono finalizzate soltanto a coprire le spese mediche da erogare e le spese di gestione. La finalità, quindi, è assistenziale e non commerciale. Nella mutua, infatti, i partecipanti sono tutti soci anziché clienti"*³⁰.

Questo, ove trovi fondata l'accusa, provvederà in conformità al disposto dell'articolo 153 del Codice di commercio, meno per la cauzione dei richiedenti." e "Qualora una Società di mutuo soccorso contravenisse all' articolo 2 della presente legge, il Tribunale civile, sulla istanza del Pubblico Ministero o di alcuno dei soci, invierà a conformarvisi entro un termine non maggiore di quindici giorni. Decorso inutilmente questo termine, il Tribunale civile, dietro citazione della rappresentanza della Società, ordinerà la radiazione della stessa dal registro delle Società legalmente costituite."

²⁸ Cfr. *La storia in Italia delle società di mutuo soccorso*, in Mba mutua, www.mbamutua.org

²⁹ Cfr. Sito ufficiale Mba Mutua: www.mbamutua.org

³⁰Cfr. *Le differenze tra polizze sanitarie e mutue private: quali scegliere*, in Salmeri Assicurazioni, www.salmeri.it

Da questa affermazione emerge quello che è l'interesse di tali prestazioni: una buona campagna di prevenzione, pur determinando costi, talvolta anche moderati, da una parte garantisce sul lungo periodo minori possibilità di insorgenza di patologie nei soci, dall'altra si persegue in misura maggiore quello che è lo scopo mutualistico che come già precisato si concretizza nella protezione e tutela dell'associato.

Il secondo punto peculiare del sistema mutualistico è la qualità di socio e non quella di cliente: il soggetto interno alla mutua sottoscrive un contratto con cui si impegna a versare ogni anno una quota associativa, che rappresenta il suo impegno solidaristico verso gli altri associati e non costituisce invece un corrispettivo alla prestazione resa dalla stessa mutua, cosa che invece si verifica nel caso delle assicurazioni.

La qualità di socio determina diverse situazioni: in prima istanza la copertura sanitaria si estende non solo al socio-sottoscrittore, ma a tutto il nucleo familiare indicato al momento della sottoscrizione stessa; è utile precisare che con nucleo familiare lo statuto indica non solo il coniuge, ma anche i figli conviventi e il convivente *more uxorio*; in secondo luogo per la qualità di socio non si tiene conto dell'età dello stesso, salvo particolari condizioni, limiti di rimborso e modalità previste difatti l'associazione può essere mantenuta senza limiti di età (anche oltre i 70 anni) e non può essere unilateralmente revocata da parte della mutua se non per gravi inadempienze da parte del socio stesso.

La modalità di erogazione delle prestazioni dipende da diversi fattori: il socio all'interno della mutua viene inquadrato in diversi livelli determinati in base alla durata della collaborazione, all'anzianità oppure in base al ruolo che ricopre all'interno della stessa.

Una volta assegnato il livello di appartenenza, al socio sono quindi garantite in base a esso numerose tipologie di prestazioni, sia specialistiche che con finalità preventive, specificatamente elencate nel contratto di mutua e, per ognuna di queste, sarà inoltre specificato sia il massimale possibile dell'erogazione sia lo "scoperto" a carico del socio, che varia sempre in base al livello.

La mutua si impegna in ogni momento a far fronte alle richieste del socio a patto che tali richieste siano correlate da documentazione legale attestante il ricorso a pratiche mediche, con documentazione solitamente si intende quella rilasciata da azienda sanitarie locali, pronto soccorso, visite specialistiche successive a ricoveri oppure visite di accertamento.

Tra le prestazioni garantire inoltre sono presenti sussidi giornalieri in caso di inabilità al lavoro o indennità sostitutiva in caso di ricovero ordinario con o senza intervento e perfino borse di studio per agevolazioni e rimborsi delle tasse universitarie nel caso in cui la famiglia dell'associato, a causa di una patologia e quindi di perdita della fonte reddituale, versi in uno stato di necessità tale per cui sia preclusa ai componenti la possibilità di continuare il ciclo di studi.

Bisogna tuttavia precisare che la mutua non si fa carico di tutte le prestazioni conseguenti ad infortuni avvenute prima della data di adesione alla mutua stessa così come a tutti gli stati patologici curati o diagnosticati prima alla data di sottoscrizione; tuttavia, si precisa che per alcune di queste non operano esclusioni una volta trascorsi tre anni ininterrotti di adesione alla stessa³¹.

La prestazione mutualistica può essere erogata in due modalità, in via diretta e indiretta: nel primo caso questa viene eseguita attraverso strutture convenzionate e il costo delle prestazioni eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate vengono assunti direttamente dalla mutua; mentre nel caso di prestazione in forma indiretta le prestazioni vengono rimborsate ovunque esse siano state rese. Questo rimborso avviene in base al tariffario stabilito da ciascuna forma di assistenza, che può variare a seconda della convenzione con la struttura sanitaria.

Nei casi in cui l'associato si rivolga a una struttura convenzionata in forma indiretta, cioè senza accordi con l'ente di assistenza, può comunque beneficiare di tariffe preferenziali riservate agli associati. Successivamente potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute in base al tariffario stabilito.

³¹ cfr. *Regolamento Generale Mutue sanitarie*, in Mba mutua, www.mbamutua.org

È importante sottolineare che gli associati hanno sempre piena libertà di scelta riguardo alla struttura sanitaria presso cui ricevere le prestazioni, sia essa convenzionata o no.

In ogni caso, avranno diritto al rimborso previsto dal tariffario, anche se la struttura non è convenzionata direttamente con l'ente di assistenza, purché le spese siano conformi alle tariffe stabilite³².

Nel caso di prestazione in forma indiretta il socio avrà l'onere di presentare la documentazione completa entro 120 gg dall'evento con la possibilità di integrazione della stessa entro 60 giorni e nel caso di accesso indiretto erogherà il rimborso entro 40 giorni.

Ultima caratteristica saliente del sistema mutualistico sono gli incentivi fiscali destinati alle famiglie: all'articolo 51 comma 2 del Testo unico delle imposte sui redditi (TUIR) si specifica infatti che non concorrono a formare il reddito i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in base alle disposizioni di legge. Inoltre, rientrano in questa categoria anche i contributi di assistenza sanitaria versati da datore di lavoro o lavoratore a enti o casse con finalità assistenziale, conformemente a contratti o regolamenti aziendali, entro un limite massimo di 3.615,20 euro³³. Questo limite include anche i contributi di assistenza sanitaria versati in base al decreto del Ministro della salute di cui fa riferimento l'articolo 10, comma 1, lettera e-ter) del TUIR, ovvero «il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della salute da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione»³⁴.

³² Fonte: <https://www.campa.it/nostri-servizi/assistenza-diretta-indiretta.html>

³³ Testo integrale: "i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter)"

³⁴ Il decreto a cui si fa riferimento è il Decreto del Ministro della Salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter) del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR), che letto insieme con l'articolo 51, comma

In caso di adesione individuale ad una società di mutuo soccorso, la norma prevede che i contributi siano detraibili fiscalmente nella misura del 19% fino ad un massimo di 1.300 euro.

Come ultimo vantaggio i soci persone fisiche possono anche ottenere una detrazione d'imposta del 19% (per l'importo della spesa che eccede euro 129,11) limitatamente alla parte di spesa sanitaria rimasta effettivamente a carico dei lavoratori o non rimborsata³⁵.

Il ricorso all'esperienza mutualistica negli altri Paesi europei.

Il ricorso al sistema mutualistico storicamente non è stato solo una prerogativa italiana, ma si è efficacemente sviluppato in molti paesi europei, presentando tuttavia alcune caratteristiche particolari.

In Germania lo Stato centrale non si occupa del sistema sanitario né come finanziatore, né come gestore, né come proprietario di aziende di erogazione di prestazioni sanitarie; tuttavia, vige l'obbligatorietà dell'assicurazione sanitaria che può essere affidata o ad una cassa mutua sociale (*Krankenkassen*) oppure, nel caso di reddito superiore a 4462.60 euro, ad una assicurazione privata che, pur garantendo prestazioni con qualità superiore, rimane tuttavia inaccessibile a gran parte della popolazione (la quantificazione del minimo salariale è parametrata annualmente ed è soggetta a modifiche).

L'intera sanità integrativa (Long-Term Care) viene regolata da leggi dello Stato centrale che dettano sia i parametri di sussidio sia le forme operative del servizio, mentre viene lasciata ai "Länder" la programmazione degli investimenti.

"Le casse mutue programmano, negoziano e acquistano le prestazioni per i propri assistiti. Il meccanismo di finanziamento del sistema tedesco è pertanto di tipo duale: il Land definisce e finanzia gli investimenti, le mutue negoziano e

2, lettera a) del TUIR, definisce un importante beneficio fiscale per i lavoratori dipendenti: la deducibilità dei contributi versati a fondi sanitari integrativi.

³⁵ Cfr: *Vantaggi fiscali* in General mutua, <https://www.generalmutua.org>

finanziano le spese sanitarie correnti, negoziando sia con gli ospedali che con i medici convenzionati”³⁶.

Attualmente sono più di 241 le mutue operative nel territorio teutonico, le modalità di finanziamento dipendono principalmente dal livello di reddito del dipendente; il datore di lavoro pagherà metà del contributo dovuto ovvero circa il 14,6% del salario lordo mentre al dipendente resta il 7,3% con detrazione diretta da busta paga, inoltre sono previsti, come nel sistema italiano, delle forme di finanziamento suppletive a quella “base” per visite mediche con strutture convenzionate.

Attualmente, circa il 90% della popolazione tedesca ha almeno una tipologia di iscrizione al regime di assicurazione sanitaria previsto dalla legge.³⁷

Un altro contesto in cui viene attuato un modello di assistenza sanitaria di tipo mutualistico è quello francese che vede una compartecipazione del sistema sanitario pubblico insieme a quello privato garantito sia da forme assicurative tradizionali (*Assurance Maladie*) sia da forme mutualistiche senza scopo di lucro le “*mutuelles*”.

La Francia è uno dei paesi con maggiori spese e servizi ai cittadini in campo medico; tuttavia, a differenza del nostro sistema sanitario nazionale, il “*Sécurité sociale*” non copre l’intero ammontare di spesa della singola prestazione, bensì solo una parte (solitamente intorno al 65%), lasciando a carico del contribuente il rimanente.

Con questa modalità di erogazione è facile intuire la grande importanza che rivestono sia le mutue che le assicurazioni sanitarie; non a caso si stima che attualmente siano più del 55% i cittadini francesi iscritti a forme di mutualità³⁸.

³⁶ Cfr. I. Bellini, *Il sistema sanitario tedesco*, in *Salute internazionale*, www.saluteinternazionale.info, 15 settembre 2014

³⁷ Cfr. Camera dei deputati, XVII Legislatura, biblioteca – legislazione straniera, *sistemi sanitari in Francia, Germania, Regno Unito e Spagna e le relative modalità di finanziamento*, Appunto 22/2013, 27 giugno 2013

³⁸ Cfr. Camera dei deputati XVII Legislatura biblioteca – legislazione straniera, *I sistemi sanitari in Francia, Germania, regno unito e spagna e le relative modalità di finanziamento*, <https://documenti.camera.it/>, 27 giugno 2013

Un punto di contatto tra il sistema sanitario francese e il nostro può essere rilevato in relazione a una persona con reddito inferiore a 9.654 euro annui: in questo caso, infatti, non essendo possibile da parte del soggetto che versa in stato di necessità stipulare una qualsiasi forma di mutua o polizza assicurativa, lo Stato predispone una “copertura malattie universale complementare” (CMU-C), che ricorda molto per funzionamento il nostro sistema sanitario, in quanto garantisce a tutti la possibilità di curarsi anche senza disponibilità economica.

Capitolo 2: Le Assicurazioni

L'evoluzione normativa dell'istituto assicurativo in Italia.

Le assicurazioni rappresentano da sempre la forma di autotutela per eccellenza contro i rischi che possono verificarsi in un determinato periodo temporale, toccando potenzialmente qualsiasi tipologia di bene e potendo essere sottoscritte praticamente da ogni individuo.

Storicamente la prime forme di tutela nel nostro ordinamento hanno interessato i beni fisici delle persone che per evitare una perdita economica in caso di evento avverso e imprevedibile sottoscrivevano un'assicurazione che rimborsasse o sostituisse l'oggetto danneggiato.

Il nostro ordinamento può essere considerato la culla delle assicurazioni; infatti, pur essendoci testimonianze riportanti i primi “contratti” assicurativi già all'epoca tardo romana, si può inquadrare come data simbolica per la nascita delle assicurazioni moderne il 1347,³⁹ data in cui a Genova venne siglata una delle prime polizze assicurative a tutela sia delle merci trasportate nei lunghi viaggi via mare sia contro la morte in caso di naufragio di chi era a bordo⁴⁰.

Da quel momento in poi le assicurazioni subirono una grande evoluzione dovuta soprattutto all'ampliamento delle possibilità in campo economico e allo sviluppo di una società sempre più volta al consumo.

³⁹ Cfr. Swiss Re Corporate History, *La storia delle assicurazioni in Italia*, in www.swissre.com, p. 2 ss.

⁴⁰ Non a caso nacque proprio in una delle più grandi repubbliche marinare del tempo

Il punto di svolta si verificò in seguito alla caduta nel 1815 dell'imperatore Napoleone Bonaparte, quando nacquero le prime compagnie assicurative moderne tra cui, l'Istituto Trentino e Alto Adige, fondata a Trento nel 1821, la Compagnia di Assicurazione di Milano nel 1825, la Società Reale Mutua d'Assicurazioni tre anni dopo e la Toro Assicurazioni nel 1833 a Torino (assorbita nel 2009 dall'attuale Generali assicurazioni)⁴¹.

La nascita degli istituti privati non ha sostituito completamente il ruolo dello Stato nella tutela sanitaria, ma si è affiancata ad esso per offrire ulteriori servizi e opzioni ai cittadini.

Questo ha portato ad una maggiore disponibilità di opzioni tra cui scegliere e ulteriori possibilità per gli utenti del sistema sanitario, inoltre, allo stesso tempo ha reso più complessa la gestione e la regolamentazione del settore: infatti, così come si è visto con l'esperienza mutualistica in quei tempi, molte delle attività di tutela al cittadino erano gestite direttamente dallo Stato in maniera accentrata.

A conferma di ciò furono numerosi gli istituti nati nei primi anni del XX secolo tra cui sicuramente spicca l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM), nato per volontà del partito fascista con il Regio Decreto dell'11 gennaio 1943 n. 138, che aveva come funzione principale quella *“di gestire l'assicurazione obbligatoria contro le malattie per i dipendenti del settore privato e per i loro familiari”*, il quale venne sciolto solo nel 1977 con l'avvento del SSN e la legge 833 del 1978⁴².

Nel 1944 viene fondata L'Ania: l'associazione nazionale fra le imprese Assicuratrici, con lo scopo di *“rappresentare le imprese di assicurazione italiane, di diffondere la cultura della sicurezza e della prevenzione: sia le persone, che le aziende o le società, possono essere protette al meglio”* essa rappresenta ancora

⁴¹ Cfr. Archivio Storico Generali Italia: www.generali.it

⁴² Cfr. Enciclopedia Treccani, *INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie)*, in Dizionario di Economia e Finanza (2012), www.treccani.it

oggi il mercato assicurativo Italia e si occupa di promozione dal punto di vista sia organizzativo che di sviluppo⁴³.

Grazie anche al “boom economico” si assistette all’incremento esponenziale delle assicurazioni che passarono da 130 nel 1951 a 220 nel 1970 e a 250 negli anni Novanta⁴⁴.

Il mercato delle assicurazioni, ormai saturo, iniziò tuttavia a presentare problematiche relative alla regolamentazione delle stesse, portando così nel 1983 alla nascita dell’Isvap ovvero “l’istituto per la vigilanza delle assicurazioni private e di interesse collettivo” istituito con la legge del 12 agosto 576/1982.

La norma in questione esplicita i numerosi interventi di controllo in diversi articoli tra cui emergono il numero 5 e 5-bis (entrato in vigore nel 1999 e soppresso dal Decreto legislativo del 7 settembre 2005 n. 209 Articolo 354).

L’articolo 5 precisa infatti che l’ISVAP, per svolgere le proprie funzioni, ha la facoltà di richiedere informazioni e collaborazione a tutte le pubbliche amministrazioni, di ottenere dati, elementi e notizie dagli enti e dalle imprese soggetti alla sua vigilanza, nonché di effettuare ispezioni e altre indagini. Può inoltre convocare assemblee e organi amministrativi delle società vigilate, avvalersi di servizi specifici e risultati dell’Istituto nazionale delle assicurazioni, e verificare connessioni finanziarie attraverso la collaborazione con la Commissione nazionale per le società e la borsa.

Infine, può anche condurre accertamenti riguardo all’acquisto di azioni da parte di soggetti coinvolti in gestioni critiche; i dati acquisiti sono tutelati dal segreto di ufficio⁴⁵.

Bisogna inoltre sottolineare come nel 1999 l’ISVAP, la Banca d’Italia, la Consob, la Commissione di vigilanza sui fondi pensione e l’Ufficio italiano dei cambi

⁴³ Cfr. Sito ufficiale Ania Italia: www.ania.it

⁴⁴ Cfr. Archivio storico Rui: www.ivass.it

abbiano cominciato a collaborare tra di loro e con autorità europee e di altri Stati per facilitare il proprio lavoro di supervisione, scambiandosi le informazioni senza ovviamente, violare le norme a tutela del segreto d'ufficio.

L'ISVAP inoltre ha anche condiviso informazioni con autorità amministrative e giudiziarie dell'Unione europea e di Paesi terzi in casi di liquidazione o fallimento di enti vigilati, sempre con rispetto della riservatezza così come indicato anche dallo stesso articolo 5-bis.

Arrivando ai giorni nostri, nel 2012 è stato istituito l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni IVASS, ovvero un'autorità di vigilanza indipendente che si occupa della regolamentazione e della supervisione del settore assicurativo in Italia, con l'obiettivo di proteggere gli interessi degli assicurati e garantire la stabilità del mercato assicurativo.

L'IVASS ha ereditato le funzioni di vigilanza precedentemente svolte dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo (ISVAP), che è stato soppresso nel 2012 come parte di una riforma del sistema di vigilanza finanziaria in Italia.

L'IVASS ha il compito di vigilare sul rispetto delle normative assicurative da parte delle imprese di assicurazione e di previdenza complementare, inoltre di promuovere la trasparenza e l'efficienza del settore assicurativo; questo istituto svolge anche un ruolo di supervisione prudenziale, garantendo che le compagnie assicurative mantengano standard di solvibilità adeguati a protezione dei loro assicurati⁴⁶.

Questo istituto è composto da un consiglio di amministrazione e da una commissione di vigilanza: Il consiglio di amministrazione è responsabile della gestione dell'istituto, mentre la commissione di vigilanza si occupa di

⁴⁶ Cfr. Statuto Ufficiale Ivass, 12 dicembre 2012, www.Ivass.it

supervisionare le attività di vigilanza e di prendere decisioni in merito all'adozione di nuove norme e regolamenti.

In conclusione, l'IVASS svolge un ruolo fondamentale nel garantire la stabilità e l'efficienza del mercato assicurativo in Italia, proteggendo gli interessi degli assicurati e promuovendo la trasparenza e la conformità normativa da parte delle imprese assicurative, obiettivo che viene perseguito anche dalla collaborazione stretta con altri istituti di controllo nazionale come ad esempio Banca d'Italia, così come specificato nel protocollo d'intesa del 2018 dove si afferma proprio l'intento collaborativo di entrambe ovvero: *“la consultazione dei dati contenuti nella centrale dei rischi della banca d'Italia e per lo svolgimento dei compiti della banca d'Italia e dell'ivass in relazione all'assolvimento degli obblighi di segnalazione alla centrale dei rischi gravanti sulle imprese assicurative autorizzate alla concessione di finanziamenti”*⁴⁷.

⁴⁷ Cfr. Archivio Banca d'Italia: www.Bancaitalia.it

Il riferimento emblematico al Sistema Sanitario Americano e allo strumento del *self insurance*.

Il sistema sanitario italiano si caratterizza da una coesistenza tra il servizio pubblico nazionale gestito dallo Stato e il settore privato in buona parte rappresentato dalle assicurazione sanitarie integrative, queste intervengono all'interno del sistema con una duplice funzione: in prima istanza quella di integrazione verso i servizi già offerti dal SSN, talvolta attraverso modalità più efficaci e di migliore qualità, dall'altra garantendo un tempi di attesa decisamente inferiori o prestazioni diagnostiche aggiuntive, come ad esempio percorsi riabilitativi o terapie farmaceutiche supplementari.

Il settore privato (fondi sanitari e assistenziali, coperture assicurative, Società di Mutuo Soccorso e altre forme di organizzazioni che forniscono prestazioni sanitarie e socio-assistenziali) offre quindi prestazioni sanitarie che possono essere simili a quelle pubbliche, ma rivolte a una clientela diversa o in aggiunta a quelle già offerte dal sistema pubblico (possono essere orientate a specifiche categorie di cittadini o lavoratori, come nel caso dei fondi sanitari per i dipendenti di determinati settori).

Il sistema sanitario italiano inoltre presenta una pluralità di modelli e strutture, con il pubblico che costituisce la base universale di copertura garantita a tutti entro certi livelli e il privato che si affianca ad esso offrendo prestazioni simili o integrative.

Questa coesistenza permette una maggiore flessibilità e diversità nell'offerta di servizi sanitari e assistenziali nel nostro paese⁴⁸.

L'organizzazione così articolata ricorda almeno in parte quella del sistema sanitario statunitense basato prevalentemente sul finanziamento privato attraverso

⁴⁸ Cfr. S. Paci, *Imprese di assicurazione e fondi sanitari integrativi*, in Dir. economia assicur. (dal 2012 Dir. e Fiscalità assicur.), fasc.2, 2011, pag. 539.

i premi pagati da coloro che scelgono liberamente di sottoscrivere una polizza assicurativa.

Alla luce di queste considerazioni si rende a questo punto necessario analizzare il modello americano al fine di individuare i principali aspetti positivi e le difficoltà che un sistema “*mainly insurance*” può sviluppare sia per il cittadino che per lo Stato.

Il programma Assistenziale “pubblico” negli USA è stato disciplinato fino al 2009 dal “*Social Security Act*” ovvero la legge federale del 30 luglio 1965 approvata dall’allora presidente Lyndon B. Johnson⁴⁹.

La riforma del 1965 prevede in prima istanza l’inserimento di un duplice strumento pubblico: il Medicare e il Medicaid.

Medicare è nato per assistere le persone di età pari o superiore a 65 anni e per alcuni individui di età inferiore a 65 anni con disabilità gravi. Esso si articola principalmente in quattro coperture:

La Parte A che copre l'assistenza ospedaliera, l'assistenza domiciliare post-operatoria, l'assistenza in strutture di cura a lungo termine e l'assistenza ospedaliera con durata limitata; la Parte B la quale si occupa di coprire i servizi ambulatoriali, tra cui visite mediche, servizi di laboratorio e radiologia, e servizi di riabilitazione; una Parte C, nota anche come Medicare Advantage, che è un'opzione per i beneficiari di Medicare che scelgono di ricevere la loro copertura da un'organizzazione privata approvata da Medicare, la quale dietro pagamento di una quota mensile fornisce all'assicurato visite e prestazioni aggiuntive oltre che alla diminuzione dell'eventuale scoperto; e infine una parte D che si occupa di coprire solitamente parte dei costi per i farmaci da prescrizione.

⁴⁹ Cfr. B.C. Agostini, *La riforma sanitaria americana: il difficile compromesso tra esigenze di universalità di cure, contenimento dei costi e mantenimento di un sistema sanitario di tipo privato*, in *Diritto e Fiscalità dell'assicurazione*, fasc.4, 2013, pag. 508.

I beneficiari di Medicare possono optare per una copertura tradizionale, chiamata Original Medicare, che include Parte A e B, oppure appunto integrare quest'ultima con una forma di assicurazione e poter usufruire dei vantaggi anche della parte C e D⁵⁰.

Come accennato precedentemente la disciplina sanitaria originaria rimasta in vigore dal 1965 ha successivamente subito una modifica il 23 marzo 2010, data nel quale è stato approvato L'Affordable Care Act, durante il primo mandato della Presidenza Obama, come tentativo di riduzione negli Stati Uniti dei costi della spesa sanitaria e aumentare il numero dei beneficiari di cure mediche: Già alla fine degli anni '90, infatti l'economista V.R. Fuchs sottolineava la necessità di un servizio sanitario nazionale per ridurre i costi, prendendo ad esempio l'introduzione del servizio sanitario nazionale in Germania e in Gran Bretagna⁵¹.

Il Patient Protection and Affordable Care Act (di seguito ACA) è formato da tre parti. "The Patient Protection Act" e "The Affordable Health Care for America" approvati il 23 Marzo 2010 e "The Health Care and Education Reconciliation Act" approvato il 30 Marzo 2010.

Tra gli obiettivi perseguiti dalla riforma emerge principalmente l'aumento del numero degli assicurati e una maggiore tutela del consumatore nel settore assicurativo sanitario attraverso l'inclusione dei giovani fino a 26 anni (prima era solo fino ai 18 anni) nell'ambito dell'assicurazione familiare, l'estensione del programma pubblico Medicaid agli individui con reddito inferiore a 29.700 dollari, gli incentivi alle imprese per coprire parte dei premi assicurativi dei dipendenti, e l'introduzione di vincoli stringenti per le imprese assicurative a tutela dei consumatori.

⁵⁰ Cfr. Department of Health and Human Services (HHS) USA, *About the Affordable Care Act*, in www.hhs.org, 17 Marzo 2022

⁵¹ cfr. B.C. Agostini, *La riforma sanitaria americana: il difficile compromesso tra esigenze di universalità di cure, contenimento dei costi e mantenimento di un sistema sanitario di tipo privato*, in *Diritto e Fiscalità dell'assicurazione*, fasc.4, 2013, pag. 508.

Questi includono il divieto di negare l'iscrizione a persone con malattie preesistenti, il divieto di stabilire un tetto massimo ai rimborsi, l'obbligo di coprire alcuni esami di prevenzione senza aumento di premio, e l'obbligo di praticare tariffe unisex senza discriminazione di genere.

Per fronteggiare queste numerosi cambiamenti sono state previste anche forme di tutela maggiori verso il consumatore, tra cui la "Rate review": una forma di controllo dei prezzi introdotta dall'ACA che prevede che le compagnie assicurative debbano comunicare preventivamente e giustificare ogni aumento di premio superiore al 10% rispetto all'anno precedente.

Questa si applica sia alle polizze malattia individuali che collettive, e prevede che gli aumenti superiori al 10% siano valutati caso per caso. Le compagnie assicurative devono comunicare tali aumenti al Regolatore per evitare di essere escluse dal mercato regolato.

Dall'altra parte, la "medical loss ratio" richiede alle compagnie assicurative di destinare una certa percentuale delle entrate alla copertura dei costi medici e sanitari dei propri assicurati a garanzia del fatto che una percentuale significativa dei premi pagati va effettivamente a coprire le spese sanitarie dei clienti, e non ai costi operativi della compagnia.

Entrambe queste forme di controllo dei prezzi hanno l'obiettivo di aumentare la trasparenza e proteggere i consumatori dalle pratiche di pricing scorrette delle compagnie assicurative⁵².

Il sistema sanitario americano si basa sull'erogazione tramite premi pagati da chi sceglie di sottoscrivere un'assicurazione privata sanitaria; questa avviene principalmente in due modalità distinte: La prima nella quale le compagnie assicurative private offrono coperture sanitarie attraverso polizze collettive offerte dai datori di lavoro, queste coprono circa il 60% della popolazione, oppure la

⁵² Cfr. B.C. Agostini, *La riforma sanitaria americana: il difficile compromesso tra esigenze di universalità di cure, contenimento dei costi e mantenimento di un sistema sanitario di tipo privato*, in *Diritto e Fiscalità dell'assicurazione*, fasc.4, 2013, pag. 508.

seconda modalità concerne l'emissione di polizze individuali acquistabili direttamente dal cliente sul mercato, solitamente sottoscritte da lavoratori autonomi o giovani e che rappresentano circa il 6% del mercato ⁵³.

Oltre al settore privato, esiste anche una componente assicurativa pubblica, con programmi finanziati dal Governo federale e dai singoli Stati per coprire la spesa sanitaria, sebbene in misura minore: ovvero quelli precedentemente descritti e contenuti nel “*social security act*” del 1965.

Si rende necessario ricordare che Negli Stati Uniti, i costi della spesa sanitaria sono drasticamente aumentati dagli anni '70 fino ad oggi, raggiungendo il 18% del PIL.

La spesa sia pubblica che privata è molto elevata, con una parte consistente rappresentata dai programmi federali per i più poveri e gli anziani (medicare e Medicaid).

Inoltre, è ravvisabile il fatto che la spesa sanitaria americana è destinata a salire ulteriormente, raggiungendo il 20,3% del PIL così come dimostrato dai dati del 2018. Una spesa ben sopra alla media della spesa sanitaria nei Paesi OCSE che si aggira intorno 9,3%.⁵⁴

Negli ultimi anni oltre alle modalità descritte *supra* sono emersi nuovi strumenti per fronteggiare i sempre maggiori costi da parte dei consumatori.

Tra questi emerge in misura significativa quello del “*self insurance*”.

La self-insurance è una tecnica diversa dall'assicurazione tradizionale e consiste nell'accantonamento di risorse per far fronte ai rischi di responsabilità civile ma è stata adottata negli Stati Uniti come alternativa alla difficoltà di ottenere coperture assicurative a causa dell'incremento dei risarcimenti e dei costi delle polizze.

⁵³ Cfr. C. Cosma, USA. *Pandemia e spesa sanitaria*, in salute internazionale, www.saluteinternazionale.info, 17 febbraio 2022

⁵⁴ Cfr. B.C. Agostini, *La riforma sanitaria americana: il difficile compromesso tra esigenze di universalità di cure, contenimento dei costi e mantenimento di un sistema sanitario di tipo privato*, in *Diritto e Fiscalità dell'assicurazione*, fasc.4, 2013, pag. 508.

Le strutture possono scegliere di gestire internamente i rischi o trasferirli ad una compagnia di assicurazione o ad un gruppo di rischio-tenuta. Tuttavia, la mancanza di garanzie economiche può portare all'incapacità di sostenere richieste di risarcimento, come evidenziato da casi di bancarotta di ospedali negli Stati Uniti. La self-insurance, pur non essendo un vero contratto di assicurazione, prevede un'organizzazione precisa di accantonamento di fondi per soddisfare le richieste di risarcimento del danno derivante da responsabilità civile.

Infatti, in alcuni casi, viene combinata con l'assicurazione per garantire una maggiore sicurezza finanziaria⁵⁵.

In pratica la clausola di auto-assicurazione prevede che l'assicurato assuma una parte del rischio, chiamata SIR, che dovrà essere coperta con risorse proprie. La legittimità della SIR è riconosciuta, a condizione che non svuoti il contratto di assicurazione.

A differenza della franchigia, la SIR non è indennizzata dalla compagnia assicuratrice, ma resta a carico dell'assicurato mentre la franchigia è indennizzata dalla compagnia ma poi rivalutata sull'assicurato.

Le polizze possono prevedere l'attivazione sia di una SIR che di una franchigia, con la prima che viene coperta prima della copertura assicurativa e la seconda che viene pagata dalla compagnia dopo la SIR⁵⁶.

Attualmente è una pratica ancora poco diffusa in Italia, tuttavia, il riconoscimento della pratica è pacifico.

⁵⁵Cfr. L. Velliscig, *AUTOASSICURAZIONE E RISCHIO SANITARIO. RIFLESSIONI CRITICHE ALLA LUCE DELL'ESPERIENZA STATUNITENSE*, IN RESPONSABILITÀ CIVILE E PREVIDENZA, FASC.2, 1° FEBBRAIO 2017, PAG. 0666B

⁵⁶ Cfr. D. De Cillis, *Focus | Self Insured Retention (SIR): cos'è e in cosa differisce dalla franchigia*, <https://www.rplt.it/>, 15 febbraio 2024

Il funzionamento, i limiti e i pregi degli strumenti assicurativi in ambito sanitario

Anche in Italia il sistema assicurativo in campo sanitario ha visto un forte incremento soprattutto in seguito al periodo covid.

Queste coperture sono offerte da diverse compagnie assicurative private e sono chiamate anche polizze sanitarie o polizze salute e permettono di coprire i costi delle prestazioni mediche e sanitarie non garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o di avere accesso a servizi e strutture sanitarie private.

Le polizze sanitarie possono coprire una vasta gamma di prestazioni sanitarie, come visite specialistiche, esami diagnostici, interventi chirurgici, cure dentistiche, terapie di tipo riabilitativo e molto altro.

Le assicurazioni sanitarie in Italia sono spesso acquistate come integrazione alla copertura offerta dal Servizio Sanitario Nazionale, per garantire una maggiore protezione in caso di necessità di cure mediche o per avere accesso a servizi più rapidi e specializzati⁵⁷.

Attualmente la polizza malattia prevede diverse formule:

Una formula rimborso spese mediche che copre le spese per un ricovero o intervento chirurgico a seguito di malattia; troviamo poi la formula indennitaria che prevede il pagamento di una somma di denaro per ogni giorno trascorso in ospedale o in ricovero a causa di una malattia, per compensare il mancato guadagno dei lavoratori autonomi e infine la formula invalidità permanente: assicura il pagamento di una somma quando non sei più capace di lavorare a causa di una malattia che provoca invalidità totale o parziale. L'infortunio, tuttavia, non è coperto da questo tipo di contratto⁵⁸.

⁵⁷ Cfr. Sito ufficiale Generali Italia, *Le Assicurazioni per la Famiglia e la Salute*, in www.generali.it

⁵⁸ Cfr. Quello che conta-il portale dell'educazione finanziaria, *polizza malattia*, in www.quellocheconta.gov.it.

La polizza sanitaria inoltre è prevista sia in modalità individuale che collettiva: la prima viene sottoscritta personalmente dall'assicurato per sé stesso o per tutelare un componente del suo nucleo familiare, nel secondo caso la polizza assicurativa viene sottoscritta dal datore di lavoro o dall'associazione per assicurare soci o dipendenti⁵⁹.

Bisogna evidenziare come a differenza delle mutue di cui si è parlato ampiamente nel capitolo precedente, nel caso delle assicurazioni sono previsti limiti molto più marcati rispetto alle prime in quanto le assicurazioni compiono attività con il fine di perseguire un utile e quindi di base le si inquadra in attività a scopo di lucro.

La riforma sanitaria del 1992 ha introdotto diversi cambiamenti nel sistema sanitario italiano, tra cui il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni ospedaliere basato sul “*DRG System*” ovvero un sistema di classificazione utilizzato per raggruppare i pazienti in base alle diagnosi cliniche e alle procedure mediche eseguite durante un ricovero ospedaliero,

Questo sistema è stato inizialmente elaborato presso l'Università di Yale negli anni '70, oggi viene ampiamente utilizzato come parte del sistema di pagamento dei servizi sanitari sia negli Stati Uniti che in altri paesi, al fine di standardizzare i costi di trattamento per pazienti con diagnosi simili.

I DRG in pratica determinano il rimborso che un ospedale riceve per il trattamento di un determinato paziente, in base al gruppo diagnostico assegnato, la possibilità di ricovero in camere private presso strutture pubbliche con standard alberghieri più elevati, e la libera scelta del medico curante con il pagamento a carico dell'utente o della compagnia assicurativa⁶⁰.

⁵⁹ Cfr. S. Paci, *Imprese di assicurazione e fondi sanitari integrativi*, in Dir. economia assicur. (dal 2012 Dir. e Fiscalità assicur.), fasc.2, 2011, pag. 539.

⁶⁰ Ministero della salute www.salute.gov.it

Le maggiori compagnie assicurative hanno iniziato quindi a mettere sul mercato polizze assicurative per ricoveri ospedalieri e assistenza sanitaria, simili a quelle presenti in altri Paesi occidentali.

Tuttavia, i prodotti attualmente disponibili sul mercato italiano sono considerati inadeguati, poiché si limitano a offrire rimborsi di spese sanitarie da malattia o indennità per ricovero senza considerare la natura specifica della patologia o il tipo di prestazioni sanitarie necessarie: essi consistono o nel rimborso delle spese sanitarie da malattia che può essere completo o parziale e riguardare sia interventi di particolare gravità ed impegno economico come "Grandi Interventi", "Interventi Chirurgici Specialistici", o polizze che garantiscono un'indennità da ricovero per Malattia o Infortunio in forma di somma forfettaria per ogni giorno di degenza. In entrambi i casi, il paziente riceverà un rimborso delle spese sostenute per il trattamento sanitario, in base alle condizioni contrattuali stabilite con la compagnia assicurativa.

Proprio per questi motivi alcune compagnie assicurative hanno cominciato a sviluppare nuovi prodotti assicurativi per adeguarsi alle nuove normative e alla crescente sensibilizzazione pubblica sulla questione.

Questi prodotti mirano a contribuire alla pluralità di finanziatori del sistema sanitario, come previsto dalla riforma del 1992 e già presente in molti Paesi occidentali, primi tra tutti gli Stati Uniti⁶¹.

L'erogazione della prestazione medico-assistenziale da parte dell'assicurazione viene fatta principalmente in due modalità: in forma diretta e in forma indiretta.

La prima si riferisce al fatto che l'assicuratore paga direttamente i servizi medici o le spese mediche coperte dalla polizza, senza che l'assicurato debba anticipare i costi e poi richiedere il rimborso.

⁶¹ Cfr. M. Bacci, G. Benucci, M. Lazazzera, *Le Polizze-Malattia: una problematica in evoluzione*, in Riv. it. medicina legale (dal 2012 Riv. it. medicina legale e dir. sanitario), fasc. 3, 2000, pag. 671.

Questa tipologia comporta numerosi vantaggi, come la possibilità di stipulare convenzioni con strutture sanitarie per ottimizzare risorse e migliorare la qualità dell'assistenza; tuttavia, la scelta dei soggetti erogatori rappresenta un aspetto cruciale e richiede un accurato accreditamento delle strutture; inoltre, la tempestività delle prestazioni e la garanzia di elevati standard di qualità tecnico-professionale sono ulteriori punti a favore della forma diretta.

La forma diretta, tuttavia, presenta un limite dovuto alla mancata possibilità da parte del paziente di scegliere liberamente scelta il luogo di cura; infatti, la compagnia d'assicurazioni sigla accordi con strutture sanitarie private e pubbliche per definire tipologie e quantità di cure, ottimizzando le risorse e migliorando la salute dei pazienti, ma garantendo l'erogazione delle prestazioni solo attraverso le stesse. Questo sistema di erogazione permette all'assicurato di usufruire dei servizi medici in modo più semplice e rapido, senza dover preoccuparsi di pagare in anticipo le spese e poi attendere il rimborso⁶².

Nella forma indiretta invece il cliente è libero scegliere il tipo di struttura o il medico, tuttavia dovrà in prima istanza sostenere i costi e successivamente richiedere il rimborso alla stessa assicurazione, il che comporta incertezze legate al costo variabile delle prestazioni e limitate possibilità di controllo delle stesse ed inoltre una possibile maggiorazione temporale per l'erogazione delle prestazioni dovuta sia ai normali tempi di selezione della clinica/struttura sia della disponibilità delle medico stesso⁶³.

Un'ulteriore problematica che rileva nel ricorso alle assicurazioni sanitarie è rappresentata dalla redazione del questionario anamnestico relativo al proprio stato di salute, che costituisce il primo atto da compiere per l'interessato prima di poter utilmente sottoscrivere la polizza assicurativa.

⁶² Fascicolo informativo standard redatto da Zurich Italia: www.zurich.it

⁶³ Cfr. M. Bacci, G. Benucci, M. Lazazzera, *Le Polizze-Malattia: una problematica in evoluzione*, in Riv. it. medicina legale (dal 2012 Riv. it. medicina legale e dir. sanitario), fasc.3, 2000, pag. 671

Il questionario è un documento che raccoglie informazioni sulla storia medica e clinica del beneficiario, attraverso il quale l'assicurazione cerca di valutare il rischio che il beneficiario rappresenta per la compagnia assicurativa in termini di potenziali spese mediche da sostenere in virtù dell'instaurazione del rapporto contrattuale⁶⁴.

Le informazioni raccolte possono includere precedenti patologie, interventi chirurgici, terapie in corso e altri fattori che possono influenzare lo stato di salute del beneficiario. I beneficiari sono tenuti a compilare questo questionario in modo accurato e completo al momento della stipula del contratto di assicurazione.

Sono sorti tuttavia diversi problemi relativi all'effettiva conoscibilità della malattia al momento della sottoscrizione: il problema della "coscienza di malattia" è rappresentato dalla difficoltà di individuare malattie importanti prima della stipula di un contratto assicurativo, con particolare attenzione alla differenza tra l'insorgenza dell'infezione e la sua manifestazione esterna. Ciò ha determinato negli anni l'emersione di diversi percorsi diagnostici utili per accertare o escludere l'esistenza di malattie importanti, soprattutto nell'ambito di contratti collettivi. La soluzione maggiormente adottata dalle compagnie di assicurazione consiste nel fare affidamento sulle informazioni raccolte presso gli stessi medici di base del cliente.

A conclusione della redazione del questionario si procede a determinare i diversi livelli di rischio associando ciascun beneficiario a una fascia in funzione di specifici criteri quali l'età e la presenza di malattie croniche o menomazioni⁶⁵.

Concluso il questionario anamnestico possono verificarsi due scenari principalmente: in caso di esito positivo, la compagnia di assicurazione provvederà all'emissione della polizza sanitaria con le relative condizioni e coperture accordate insieme al cliente, provvedendo tra le altre cose alla consegna anche

⁶⁴ Linee Guida Stipula contratto Polizza Malattia Generali Italia www.Generali.it

⁶⁵ Cfr. M. Bacci, G. Benucci, M. Lazazzera, *Le Polizze-Malattia: una problematica in evoluzione*, in Riv. it. medicina legale (dal 2012 Riv. it. medicina legale e dir. sanitario), fasc.3, 2000, pag. 671

attraverso mail del fascicolo assicurativo firmato da entrambe le parti, in cui sono specificati tutti gli aspetti relativi sia alla polizza stessa(coperture, massimali, franchigie ecc..) oltre a questo anche di tutta la disciplina relativa alla disdetta o alle cause di revoca del contratto di assicurazione.

In caso di rifiuto invece, la stessa compagnia provvederà alla notifica della motivazione del diniego e non verrà emessa la polizza⁶⁶.

Solitamente ciò accade per diversi fattori che non rendono economicamente sostenibile da parte della compagnia la stipulazione dell'assicurazione, oppure la renderebbero troppo esposta a rischi non economicamente vantaggiosi.

Le imprese di assicurazione devono infatti prevedere riserve di vario tipo per fronteggiare gli impegni assunti e i rischi derivanti dalle diverse tipologie di copertura offerte che possono essere più o meno importanti a seconda della tipologia dei tempi di accertamento dei sinistri⁶⁷; proprio per questo motivo si rende indispensabile che le imprese assicurative abbiano competenze specifiche per valutare e gestire questi rischi in modo corretto. Inoltre, devono rispettare vincoli in termini di mezzi propri e regole organizzative per garantire una corretta gestione dei rischi e fornire informazioni trasparenti al mercato⁶⁸.

Le principali cause di esclusione di un potenziale contraente dalla copertura assicurativa riguardano tanto l'età, quanto la sussistenza di patologie preesistenti che comportano l'impossibilità da parte della compagnia assicurativa di rimborsare i trattamenti sanitari specifici ad essi connessi i cui costi non sono coperti dalla polizza.

A differenza delle mutue sanitarie, le polizze sanitarie-malattia prevedono un limite di età massima entro il quale una persona può essere coperta

⁶⁶ Cfr. Di Renzo, *Gli spazi di privatizzazione della sanità*, in *Mondoperaio*, n. 3/1992, pp. 56.

⁶⁷ L'evento in cui si verifica il rischio per cui si era stata stipulata un'apposita polizza assicurativa

⁶⁸ Cfr. S. Paci, *Imprese di assicurazione e fondi sanitari integrativi*, in *Dir. economia assicur.* (dal 2012 *Dir. e Fiscalità assicur.*), fasc.2, 2011, pag. 539.

dall'assicurazione: Questo limite varia a seconda della compagnia assicurativa e del tipo di polizza, attestandosi solitamente intorno ai 65-70 anni.

Quando si raggiunge il limite di età della polizza, l'assicurazione potrebbe non essere più valida e l'assicurato potrebbe dover cercare un'altra copertura sanitaria, ad esempio, una mutua o ricorrere a forme di “*Self-insurance*” in ragione del fatto che normalmente le persone anziane si mostrano più suscettibili a problemi di salute e quindi meno appetibili in termini di rischio assicurativo.

Un'altra categoria di soggetti impossibilitati alla stipulazione di una polizza concerne le persone affette da malattie croniche o dipendenze da sostanze le quali, in base alle politiche delle compagnie assicurative, possono incontrare notevoli difficoltà ad ottenere una adeguata copertura assicurativa.

Le persone affette da AIDS, ad esempio, possono essere considerate ad alto rischio e quindi essere escluse dalla copertura assicurativa a meno che non paghino premi molto elevati. Ciò accade perché la cura di questa patologia richiede terapie costose e continuative, e le compagnie assicurative potrebbero non essere disposte a coprire i relativi costi. Allo stesso modo anche le persone affette da una dipendenza (alcol o droga) possono essere escluse dalla copertura assicurativa a causa della loro condizione.

In generale, le persone con particolari condizioni preesistenti dipendenze possono incontrare difficoltà nell'ottenere una copertura assicurativa adeguata e accessibile, potendo essere costrette a cercare alternative come programmi governativi o fondi di assistenza per ottenere il supporto sanitario di cui hanno bisogno.

Riguardo proprio a questo ultimo profilo negli anni sono sorti diversi interrogativi circa la liceità della discriminazione operata dalle compagnie assicurative verso persone affette da determinati patologie, o condizioni di disabilità, anche mentale, ai sensi dell'art. 25, lett. e), della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, successivamente ratificata con l. 3 marzo 2009, n. 18, è

vietata infatti ogni forma di discriminazione nei confronti delle persone con disabilità nell'accesso alle assicurazioni malattia e vita.

Questo divieto impone alle compagnie assicurative di offrire condizioni contrattuali eque e ragionevoli, garantendo una parità di trattamento rispetto agli assicurati non disabili, nonostante ciò, se si analizza il contenuto delle polizze stesse emerge che molte di queste presentano limiti che impediscono di fatto a soggetti con particolari patologie di assicurarsi o comunque di poterlo fare solo con coperture limitate, tra cui emergono in particolare i soggetti affetti esclusivamente da disturbi psichici e mentali.

Proprio su questa scia, L'IVASS, nel suo intervento del 23 luglio 2012, Prot. N. 07-12-000197, ha sottolineato la necessità di conformarsi ai principi di non discriminazione e di tutela della salute sanciti dalla normativa internazionale, eliminando dalle polizze malattia tutte le clausole che precludono l'accesso alla garanzia assicurativa alle persone con disturbi mentali o che assumono farmaci psicotropi⁶⁹.

Ivass così facendo ha indirettamente chiarito che queste non possano essere escluse dalla sottoscrizione di una polizza sanitaria⁷⁰.

Bisogna tuttavia evidenziare che, pur non potendo negare la copertura a causa della disabilità, potrebbero comunque esistere delle limitazioni o esclusioni all'interno della polizza specifiche per alcune tipologie di spese mediche.

Una volta avvenuta la sottoscrizione viene garantita al cliente la tutela in caso di sinistro nel caso si verifichi un evento avverso; tuttavia, si rende necessaria un requisito specifico a riguardo: nonostante la polizza sia effettivamente in vigore, questa non può infatti essere operativa fin da subito, ma solo dopo un certo lasso

⁶⁹ Cfr. D. Santovito, C. Bosco, A.P. Di Zumaglia, *Assicurazioni malattia e vita: la nuova frontiera posta dall'art. 25 dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, in *Assicurazioni - Rivista di diritto, economia e finanza delle assicurazioni private*, Giappichelli, 2-2021.

⁷⁰ Regolamento Ivass polizze sanitarie www.Ivass.it

di tempo, noto come “*periodo di carenza*”, ovvero quel lasso di tempo durante il quale l'assicurazione non copre determinati trattamenti o prestazioni.

Solitamente i periodi di carenza sono previsti all'inizio della copertura assicurativa, per garantire che l'assicurazione non venga sfruttata immediatamente dopo la sottoscrizione del contratto, variano da assicurazione ad assicurazione e possono riguardare determinati trattamenti, condizioni di salute specifiche o particolari prestazioni mediche.

Questo meccanismo opera insieme a scoperti e franchigie per evitare comportamenti opportunistici e il rischio di selezione avversa ovvero quel fenomeno secondo cui i soggetti più alto rischio sono incentivati a sottoscrivere polizze anche più costose, talvolta tacendo determinati aspetti relativi alla propria salute con l'intento di farsi “rimborsare” successivamente tale quota attraverso l'apertura di più sinistri durante la vigenza del contratto, causando di fatto un aumento dei costi globali delle polizze stesse emesse dalle agenzie e portando i soggetti a basso rischio a rinunciare, non volendo sostenere costi così eccessivi⁷¹.

Questo lasso di tempo che deve trascorrere deve essere obbligatoriamente inserito ed evidenziato nel contratto, inoltre può essere di diverso tipo:

Il periodo di carenza generale ovvero il periodo di tempo che deve trascorrere prima che l'assicurato possa beneficiare delle prestazioni coperte dalla polizza. Questo periodo di carenza varia a seconda della polizza e può essere di solito di alcuni giorni fino a un massimo di un anno; Il periodo di carenza specifico che è un periodo durante il quale l'assicurazione non copre specifiche prestazioni o condizioni mediche, ad esempio, potrebbe esserci un periodo di carenza per interventi chirurgici o per malattie preesistenti; Il periodo di carenza per le prestazioni aggiuntive: alcune polizze sanitarie possono includere prestazioni aggiuntive, come ad esempio la copertura per interventi di chirurgia estetica, in

⁷¹Cfr. T. McKenzie, *La selezione avversa*, in Inomics, <https://inomics.com/>, 07 January 2020

questo caso, potrebbero essere applicati periodi di carenza specifici per queste prestazioni aggiuntive⁷².

Le polizze sanitarie offrono quindi ai sottoscrittori numerosi elementi positivi: La garanzia di potersi curare in centri di maggior prestigio o attraverso medici rinomati senza preoccuparsi dei costi, talvolta anche molto alti; di poterlo fare con tempi di attesa inferiori se non inesistenti rispetto alle tempistiche statali, di aver garantiti anche interventi o strumenti di diagnosi all'avanguardia non sempre coperti dal servizio sanitario nazionale, oltre alla possibilità di decidere per gli interventi sia le tempistiche, il luogo, e il medico, oltre alla possibilità anche di godere di servizi aggiuntivi, come incontri via web con medici specialistici.

Dall'altra parte tuttavia bisogna segnalare che le polizze sanitarie presentano anche grossi limiti derivanti soprattutto da un fattore economico: le polizze infatti sono dispendiose e per un nucleo familiare o per determinate fasce di popolazione possono rappresentare un costo non sopportabile, inoltre queste sono soggette a diverse limitazioni contrattuali come franchigie, massimali o esclusioni che unitamente alla scelta talvolta obbligatoria da parte del cliente di poter scegliere solo tra le strutture facenti parte della rete convenzionata dell'assicurazione, riducono l'autonomia del cliente nella gestione delle proprie cure.

⁷² Regolamento generale polizza sanitaria Ivass: www.ivass.it

Capitolo 3: Il Servizio Sanitario Nazionale pubblico

Diritto alla salute ex art. 32 Cost. e la sua incidenza sul servizio sanitario

Il diritto alla salute, riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione italiana, rappresenta uno dei capisaldi del sistema giuridico nazionale, garantisce a tutti i cittadini il diritto di godere del miglior stato di benessere fisico e mentale possibile e collocandosi all'interno del più ampio contesto dei diritti umani, costituisce un principio cardine della società democratica italiana.

Ciò in prima istanza implica da una parte l'obbligo per lo Stato di adottare misure concrete volte a garantire a tutti l'accesso a cure mediche adeguate, a promuovere stili di vita sani atti a prevenire e contrastare malattie e patologie, dall'altra il dovere dello Stato di assicurare la qualità e la disponibilità dei servizi sanitari,

nonché di promuovere l'informazione e la sensibilizzazione sulle tematiche legate alla salute pubblica.

Come detto si tratta di un diritto che fa riferimento alla dignità umana e alla realizzazione del benessere individuale e collettivo che nella nostra società, caratterizzata da un aumento della complessità dei sistemi sanitari e da sfide globali come pandemie e malattie croniche, assume un ruolo sempre più centrale⁷³.

Tale diritto alla tutela della salute si manifesta in diverse accezioni: innanzitutto in chiave individuale, garantendo a ciascun individuo la possibilità di fruire dei servizi sanitari necessari per preservare e migliorare il proprio stato di salute; viene garantito l'accesso a cure mediche di qualità ed efficaci, senza discriminazioni tra i diversi soggetti richiedenti: ogni individuo in pratica ha il diritto di godere di uno stato di benessere fisico, mentale e sociale che gli permetta di vivere una vita dignitosa e produttiva.

Oltre a ciò, il diritto alla salute si esplica anche da un punto di vista collettivo essendo costituito da politiche e programmi sanitari finalizzati alla promozione della salute della popolazione nel suo insieme.

Riveste in pratica un elemento essenziale per garantire il benessere e la prosperità delle persone e delle comunità che in un contesto sempre più complesso e interconnesso, ed è la base per costruzione di una società equa, inclusiva e sostenibile⁷⁴. Tutto ciò porta ad comporta un ruolo di grande importanza in una società moderna e come tale dovrebbe essere considerato espressione di un diritto universale e inalienabile⁷⁵, proprio per questo motivo il diritto alla salute declinato all'art. 32 della nostra costituzione vede uno stretto legame anche con altri diritti costituzionalmente protetti e fondamentali, tra cui il diritto alla vita (art 2 cost),

⁷³ N. Cartabellotta, *Diritto alla salute e riforma del Titolo V*, in *Salute internazionale*, 13 maggio 2015 www.saluteinternazionale.info

⁷⁴ M. Dogliotti, *Il diritto alla salute spetta a tutti i cittadini... tranne che agli anziani non autosufficienti*, in *Giurisprudenza Italiana*, n. 12, 1° dicembre 1993, p. PAG11620

⁷⁵ Cfr. N. Rossi, *Lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi nell'intreccio delle fonti normative*, in *Variazioni su temi di diritto del lavoro*, n. 1/2021, p.202

alla non discriminazione e alla dignità umana (art 3 cost) oppure in modo indiretto al diritto al lavoro (art. 4 cost)⁷⁶.

Passando all'analisi vera e propria possiamo dire che l'articolo 32 stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti⁷⁷.

È un principio di solidarietà sociale che, come detto, impone allo Stato di garantire a tutti i cittadini l'accesso alle cure mediche, anche in assenza di risorse economiche, inoltre, vieta qualsiasi discriminazione economica che possa limitare l'effettiva fruizione di questo diritto⁷⁸.

Nell'ambito coperto dalla previsione costituzionale in esame rientrano pure quelle iniziative volte alla prevenzione delle malattie come la vaccinazione, la promozione di stili di vita sani, la regolamentazione della qualità dell'aria e dell'acqua e la riduzione dei fattori di rischio per la salute, anche attraverso il ricorso campagne pubblicitarie di sensibilizzazione sociale.

La portata della norma inoltre sottintende la necessità di regolamentare e controllare i servizi sanitari, garantendo che siano sicuri, efficaci e di alta qualità; si pensi in tal senso all'obbligo di registrazione e la supervisione dei professionisti sanitari attraverso l'iscrizione agli albi delle professioni sanitarie oppure all'iter per l'approvazione dei farmaci o al monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti⁷⁹.

⁷⁶ Si riportano di seguito gli articoli: art:2"La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"; Art 3:"Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.";art.4:"La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società."

⁷⁷ Si riporta il testo integrale dell'articolo 32 Cost.:" La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge."

⁷⁸ [A. Greco, Articolo 32 Costituzione in www.laleggepertutti.it](http://www.laleggepertutti.it)

⁷⁹ Art 2 comma 8 della legge 883/78 si afferma che.:" la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale"

Come ultimo obiettivo si ha ovviamente quello della tutela dei diritti dei pazienti, con riferimento sia della popolazione in generale sia operando una specifica per gli indigenti.

La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale del 1978

Per comprendere appieno la portata rivoluzionaria della Legge del 1978, è necessario anzitutto inquadrarla nel complesso contesto storico e culturale dell'Italia di quegli anni.

Il secondo dopoguerra aveva visto il Paese impegnato nella ricostruzione e nello sviluppo economico, ma il sistema sanitario era ancora frammentato e disomogeneo.

L'accesso alle cure mediche era spesso precluso alle fasce più povere della popolazione e la qualità dei servizi variava notevolmente da regione a regione, inoltre, il sistema mutualistico preesistente presentava diverse criticità, come la frammentazione delle casse mutue, la disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni e l'inadeguatezza dei finanziamenti.

Il 13 marzo 1958 segna una data storica per la sanità italiana: viene istituito il Ministero della Sanità con la legge n.296⁸⁰.

⁸⁰ Si riporta di seguito l'articolo 1 della legge al fine di specificare i ruoli previsti al tempo per il ministero: " È istituito il Ministero della sanità con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Per il conseguimento della finalità predetta spettano al Ministero della sanità le seguenti attribuzioni: 1) provvedere ai servizi sanitari attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni civili dello Stato, ferme restando le attribuzioni delle Amministrazioni con ordinamento autonomo e quelle esercitate dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale a mezzo dell'Ispettorato del lavoro; 2) sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle Amministrazioni autonome dello Stato e dagli Enti pubblici, provvedendo anche al coordinamento, eventualmente necessario, per adeguare l'organizzazione e l'efficienza dei servizi stessi alle esigenze della salute pubblica; 3) emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le Amministrazioni pubbliche che provvedono a servizi sanitari; 4) provvedere alla vigilanza tecnica sulle organizzazioni, enti ed istituti che svolgano attività sanitaria e non rientrino tra quelli previsti dalle disposizioni precedenti. Qualora la legge non disponga diversamente, i provvedimenti in materia di sanità rientrano nella competenza del Ministero della sanità."

Ministero la cui nascita garantisce la completa attuazione all'articolo 32 della Costituzione Italiana, il quale tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività⁸¹.

Negli anni Sessanta e Settanta, si assistette a un importante dibattito sulla salute in Italia, che inserì la questione all'interno del contesto più ampio del welfare state.

Bisogna ricordare che le lotte operaie e sindacali già da tempo avevano rivendicato un sistema sanitario più equo e accessibile, come strumento per migliorare le condizioni di vita delle classi lavoratrici, per migliori condizioni di lavoro e di vita, tra cui l'accesso universale alle cure mediche.

La CGIL giocò un ruolo di rilievo nel promuovere l'istituzione di un sistema sanitario nazionale già negli anni Cinquanta e nel mettere in luce le disuguaglianze nella protezione della salute tra diverse categorie di lavoratori e regioni, per questo motivo si propose di coordinare la politica sanitaria a livello nazionale e garantire un controllo democratico su tutti quegli organi che si occupano della gestione, puntando a un approccio unico che integrasse prevenzione, cura e recupero.

Molte furono le iniziative sindacali che si concentrarono sulla salute nei luoghi di lavoro e sul territorio, cercando di superare la divisione tra ambiente lavorativo e società, ma non solo anche promuovendo la prevenzione e la partecipazione.

Successivamente fu condotta un'inchiesta nel 1968/1969 che sottolineò la necessità di riformare le istituzioni e gli enti preposti alla tutela della salute, in risposta alle condizioni precarie nei luoghi di lavoro.

Oltre a ciò, una spinta si ebbe anche in visione delle esperienze positive maturate in altri paesi europei che avevano già adottato sistemi sanitari a base universale, tra cui la Gran Bretagna⁸².

⁸¹ Ministero della salute, *Il ministero dal 1958 a oggi*, in <https://www.salute.gov.it>

⁸² P. Nucci, *Storia, vizi e virtù della migliore sanità del mondo*, in Milano University Press Via Festa del Perdono 7 – 20122 Milano, 10 dic.2020, p.18 ss.

In questo contesto, la riforma sanitaria offrì una innovata prospettiva di cambiamento positivo e di speranza per il futuro.

Da quel momento in poi il diritto alla salute, tutelato dalla Costituzione italiana, venne totalmente rivisto in chiave politica attraverso il coinvolgimento attivo di tutta la popolazione, trasformando gli equilibri del Paese e modificando gli interessi assicurativi talvolta frammentati o incompleti dell'epoca.

Già al tempo come abbiamo precedentemente evidenziato erano presenti forme mutualistiche e assicurative basate su casse mutue separate per categorie professionali, che tuttavia presentavano criticità relative sia all'efficacia che all'equità: l'erogazione dei servizi non era omogenea, eccessive spese per le Regioni e la mancanza di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale spinsero a pieni regimi la riforma.

Emerse in pratica la necessità di un servizio sanitario pubblico e universale, finanziato attraverso la fiscalità generale e accessibile a tutti.

Nacque non senza tensioni, nel 1978 con la legge n. 833 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) uno dei principali pilastri del sistema sanitario italiano, nota anche come "riforma sanitaria"⁸³.

Questa riforma ha portato importanti cambiamenti nel sistema sanitario italiano, garantendo l'accesso universale all'assistenza sanitaria; si vide infatti per la prima volta la base per una medicina più equa e universale.

Osservando la legge appare chiaro fin da subito l'intento del legislatore di delineare e recepire quelli che sono i principi fondamentali dettati dai primi articoli della Costituzione ovvero: Universalità ovvero la possibilità per qualunque soggetto di poter godere della prestazione sanitarie erogate dal SSN, fattore innovativo se si considera (come abbiamo visto nei capitoli precedenti) l'organizzazione antecedente alla legge del 1978 principalmente basata su casse

⁸³ A. Marchini, *la sanità in Italia dalle sue origini ad oggi*, in *Abc dei diritti*, fpcigl, p.17 ss.

mutue dove solo chi ne faceva parte poteva godere pienamente dei servizi offerti ; quello di Uguaglianza con la quale si indica la totale imparzialità nell'erogare visite o prestazioni sanitarie senza operare alcun tipo di discriminazione rispetto ai pazienti; e infine quello di Equità, ovvero la capacità di offrire a tutti i pazienti, con le stesse esigenze di salute, le stesse opportunità per curarsi⁸⁴.

Inoltre, la legge dedica particolare attenzione non solo alla cura della malattia successivamente ad una diagnosi, bensì si preoccupa anche della prevenzione sia delle malattie che degli infortuni, uno dei fattori più importanti per la salute collettiva e personale; ma non solo infatti si interessa della tutela degli anziani, del *superamento degli squilibri territoriali* e della formazione e aggiornamento degli operatori che operano nel ramo sanitario, fattori che come si vedrà nonostante il passare del tempo, rappresentano ancora obiettivi ardui da raggiungere.⁸⁵

Gli obiettivi e le caratteristiche del modello italiano di servizio sanitario

La riforma introdotta con la legge n. 833 del 1978 ha portato a diversi cambiamenti sia dal punto di vista organizzativo che gestionale all'intero servizio sanitario.

Osservando questo fenomeno da una prospettiva prettamente cronologica bisogna sin da subito sottolineare come l'attuale disciplina regolatrice del Sistema sanitario nazionale ha subito diverse trasformazioni che possiamo così riassumere:

Dopo la legge 833 del 1978 negli anni 90 del secolo scorso si è assistiti all'avvio di un processo di riforma volto a rendere il SSN più efficiente e rispondere alle nuove esigenze del Paese: dapprima attraverso la legge 491 del 1992 che introdusse il concetto di "azienda sanitaria" portando di fatto maggiore autonomia e gestione alle Regioni e poi con i Decreti Legislativi 502 e 517 del 1992, i quali

⁸⁴ Cfr. Ministero della Salute, *I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*, www.salute.gov.it

⁸⁵ Cfr. "obiettivi" in Art 2 Legge 833 del 1978

hanno rivisto il ruolo del medico di famiglia e istituito il sistema di ricovero ospedaliero programmato⁸⁶.

Successivamente la Legge 229 del 1999⁸⁷ sancì il passaggio a un modello di Regionalizzazione sanitaria; le Regioni si videro affidate un ruolo centrale nella gestione e nell'organizzazione dei servizi sanitari, portando una maggiore differenziazione tra le regioni in termini di erogazione delle prestazioni e di accesso alle cure ma più di tutto, si vide la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La riforma si è intrecciata sia con la riforma operata nel 2000 attraverso il Decreto Legislativo 56 sia con la modifica del Titolo V della Costituzione avvenuta con la legge costituzionale 3/2001.

La riforma ha introdotto il principio del decentramento amministrativo, trasferendo competenze e risorse alle regioni per gestire in modo più efficiente il sistema sanitario sul proprio territorio.

Gli anni 2000 hanno visto il SSN confrontarsi con nuove sfide: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e l'esigenza di contenere i costi.

Non a caso il Patto di stabilità del 2006 ebbe l'obiettivo di ridurre il debito pubblico e migliorare l'efficienza del sistema causando tuttavia una riduzione delle risorse, un aumento delle liste d'attesa e una disomogeneità nell'accesso alle cure.

Da questa breve analisi è facilmente intuibile come l'evoluzione del SSN sia un processo in continua evoluzione, che ha visto negli anni l'alternarsi di riforme, ma

⁸⁶ Per maggiori informazioni consultare il sito ufficiale del Ministero della Salute alla voce: *ricoveri ospedalieri (SDO)*, www.salute.gov.it

⁸⁷ Si fa riferimento al Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 165 del 16 luglio 1999.

soprattutto di nuove sfide; basti pensare come ultimo al PNRR di cui però tratteremo successivamente⁸⁸.

Le prerogative della legge furono molte, facilmente osservabili soprattutto se si prende in considerazione la norma principale ancora prima degli effetti stessi scaturiti in seguito.

Si può innanzitutto partire dal fatto che si volle creare un sistema in cui vigesse il principio di universalità dell'assistenza sanitaria declinabile con l'accesso ai servizi sanitari garantito a tutti i cittadini italiani, indipendentemente dal reddito o dallo stato di salute.

Ma non solo, attraverso la prevenzione e la medicina preventiva, la legge n. 833 ha posto maggiore enfasi sull'importanza della prevenzione delle malattie, promuovendo campagne di screening, vaccinazioni e programmi di educazione sanitaria per prevenire patologie e migliorare lo stato di salute della popolazione⁸⁹.

Controllo dei costi e razionalizzazione delle risorse: la riforma sanitaria ha introdotto criteri di programmazione e controllo dei costi per garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario nazionale.

Sono state introdotte misure per razionalizzare l'uso delle risorse, migliorare l'efficienza e contenere la spesa sanitaria.

Il Servizio Sanitario Nazionale, istituito con la Legge 833 del 1978, rappresenta un modello di assistenza sanitaria universale, basata su una struttura organizzativa complessa e articolata, che garantisce un'erogazione altrettanto articolata ed efficiente delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale e principalmente la sua gerarchia è così strutturata:

⁸⁸ F.S. Coppola, A. Capasso., L. Russo, *Profili evolutivi del ssn italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, in Siep: Economia della tassazione Sistemi tributari, pressione fiscale, crescita, Pavia, Università, 25 - 26 settembre 2008

⁸⁹ È facilmente ravvisabile all'articolo 2 della legge 833/78 chiamata appunto "Gli obiettivi".

Abbiamo prima di tutto un livello Centrale costituito dal Ministero della Salute e gli Istituti Superiori: questi svolgono un ruolo primario nel definire le politiche sanitarie nazionali, emanare direttive e coordinare le attività del SSN attraverso la promozione di programmi sanitari nel quale si stabiliscono le priorità che le strategie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, soprattutto attraverso il Piano sanitario nazionale ovvero un documento programmatico di medio-lungo periodo (triennale) che definisce gli obiettivi, le strategie e le azioni da intraprendere per garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini italiani⁹⁰.

Oltre a ciò, questi istituti propongono leggi e regolamenti in materia sanitaria, garantendo l'uniformità dei principi e delle norme su tutto il territorio nazionale, attuando ovviamente anche un controllo e una vigilanza sull'operato delle Regioni soprattutto riguardo alla ripartizione delle risorse finanziarie e degli enti locali in materia sanitaria ciò a garanzia di assicurare il rispetto dei principi fondamentali del SSN.

Come abbiamo detto oltre al ministero svolgono un ruolo attivo anche i diversi Istituti Superiori, tra cui possiamo segnalare Istituto Superiore di Sanità⁹¹, diventato figura di riferimento soprattutto durante il periodo covid in quanto svolge attività di ricerca, sperimentazione in ambito sanitario, fornendo supporto tecnico-scientifico al Ministero e alle Regioni e anche l'agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), il cui compito risiede nella Regolamentazione, registrazione, commercializzazione e fissazione del prezzo dei farmaci in Italia⁹².

Bisogna anche evidenziare come l'Aifa collabori anche con Comando Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS) che compiono attività di polizia giudiziaria a tutela

⁹⁰ Maggiori specifiche presso il Sito ufficiale del ministero della Salute: www.salute.gov.it

⁹¹ Si fa riferimento all'articolo 9 della legge 833/78

⁹² L'AIFA è abilitata allo svolgimento di numerose attività in campo sanitario come indicato all'interno della pagina ufficiale dell'Agenzia alla voce: *mission e valori agenzia italiana del farmaco* in www.aifa.gov.it

della salute pubblica, contrastando la contraffazione di farmaci e prodotti sanitari e l'abusivismo professionale⁹³.

Livello Regionale: Le Regioni hanno la responsabilità di organizzare e gestire i servizi sanitari sul proprio territorio, nel rispetto dei principi fondamentali del SSN.

Tra le loro principali funzioni vi sono l'Elaborare un Piano Sanitario Regionale compatibile con il Piano Sanitario Nazionale, con la funzione di specificare gli obiettivi sanitari regionali e le strategie per il loro raggiungimento, l'organizzazione del sistema sanitario regionale attraverso l'istituzione di Aziende Sanitarie e la verifica dell'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari erogati anche attraverso le Agenzie Regionali Sanitarie (ARS) che svolgono un ruolo di supporto tecnico-amministrativo alle Regioni, ma soprattutto la gestione delle risorse finanziarie; non a caso è loro compito amministrare i fondi assegnati dal Ministero della Salute e la distribuzione alle Aziende Sanitarie⁹⁴.

Le Regioni inoltre hanno competenza legislativa esclusiva in materia di sanità soprattutto dopo la riforma del titolo V della Costituzione.

Le Aziende Sanitarie (ASL) che prima della riforma del 1992 erano identificate come USL ovvero unità sanitarie locali, sono gli enti preposti all'erogazione delle prestazioni sanitarie a livello territoriale.

Tra le loro principali funzioni vi sono: Assistenza sanitaria di base, Assistenza specialistica con l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ospedaliere, prevenzione e infine promozione della salute⁹⁵.

Infine, troviamo il Ruolo dei Comuni che svolgono un ruolo importante e principalmente sussidiario nel supportare le Aziende Sanitarie nella realizzazione delle loro funzioni e attraverso una pianificazione territoriale, interventi di

⁹³ Cfr. *Nuclei antisofisticazione e sanità (n.a.s.) dei carabinieri*, in www.carabinieri.it

⁹⁴ Si fa riferimento all'articolo 8 della legge 833/78

⁹⁵ Si fa riferimento all'articolo 14 della legge 833/78

prevenzione e assistenza sociale, offrono servizi di assistenza sociale ai cittadini in condizioni di bisogno⁹⁶.

Un pilastro del Servizio Sanitario Nazionale Italiano si può identificare anche con Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS):

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, istituita nel 1993, rappresenta un fulcro nevralgico nel panorama sanitario italiano, assolvendo un ruolo di imprescindibile importanza nel garantire l'equità, l'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

Agenas opera come un organismo di monitoraggio e valutazione del SSN, svolgendo un'analisi dei dati provenienti da tutte le Regioni italiane e utilizzando questi dati, è in grado di misurare l'efficacia, l'efficienza e l'equità delle prestazioni erogate, fornendo un quadro completo riguardo alla “salute” del SSN.

Oltre a ciò, assume anche un ruolo proattivo nella promozione della ricerca e dell'innovazione, attraverso lo sviluppo e l'adozione di nuove tecnologie sanitarie, progetti di ricerca, diffusione di linee guida e l'organizzazione di convegni e seminari dedicati all'approfondimento delle tematiche sanitarie più attuali.

Si occupa anche attivamente della formazione dei professionisti sanitari organizzando corsi di aggiornamento, diffusione di materiali informativi, fattore che si è rivelato molto utile soprattutto durante il biennio di pandemia quando quasi nessun operatore sanitario era in grado di far fronte alla richiesta di aiuto della popolazione nazionale ma soprattutto attraverso la collaborazione Agenas, fianco a fianco con il Ministero della Salute utilizzando la sua capacità di coordinamento e analisi permesso di mettere in atto una risposta tempestiva e strategica, garantendo la tutela della salute pubblica in una situazione di eccezionale gravità, anche attraverso la collaborazione con tutti gli “attori” del Sistema Sanitario⁹⁷.

⁹⁶ Articolo 13 della legge 833/78 si specifica: “Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni”

⁹⁷ Consulta: *Agenas: guida alle fonti normative, regolamentari e pattizie*, aggiornamento 30 giugno 2023

Il SSN è finanziato principalmente attraverso la fiscalità generale, con la partecipazione di pagamenti per alcune prestazioni.

Storicamente si possono identificare due modelli di finanziamento: il modello Bismarck, basato sul principio assicurativo, e il modello Beveridge, improntato all'universalismo con il quale il nostro sistema si identifica.

Questo è contraddistinto da diversi fattori primo tra tutti quello relativo alle entrate fiscali: la fonte di finanziamento principale del SSN è costituita da imposte e tasse versate dai cittadini.

Queste entrate fiscali sono dapprima raccolte dallo Stato e poi ripartite tra le Regioni in base a criteri definiti dal Decreto Legislativo n. 152 del 2009⁹⁸;; noto anche come "Patto per la Salute" un accordo di durata triennale, che riguarda la spesa, l'organizzazione del nostro Sistema Sanitario Nazionale ⁹⁹, il quale stabilisce che il fabbisogno sanitario di ciascuna regione sia determinato in base a una formula che tiene conto di diversi fattori, improntato sia dalla richiesta sia dalle effettive esigenze relative anche al numero delle strutture, della popolazione, l'età media, la prevalenza di patologie croniche e l'indice di disagio socioeconomico attraverso un calcolo ponderato, di modo da evitare disuguaglianze e garantire equità nella distribuzione delle risorse.

Nonostante la copertura finanziaria quasi completa per molte prestazioni sono inclusi comunque dei costi a carico del cittadino come, ad esempio, il ticket per visite mediche o l'acquisto di farmaci, è previsto un pagamento, con l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria ed evitare un abuso delle risorse messe a disposizione dallo stato stesso.

Questi pagamenti sono tuttavia modulati e differenziati in base al reddito del cittadino solitamente Isee, per evitare che rappresentino un fattore discriminante

⁹⁸ Si fa riferimento al provvedimento 3 dicembre 2009: " *Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano* "

⁹⁹ Consulta: " *Patto per la salute* " in www.salute.gov.it

soprattutto relativamente all'accesso alle cure per le fasce meno benestanti della popolazione¹⁰⁰.

Uno dei fattori determinanti per l'intero servizio sanitario nazionale può identificarsi sicuramente dall'introduzione dei "Lea" ovvero i Livelli Essenziali di Assistenza: questi rappresentano il cuore pulsante dell'intero sistema italiano e principalmente delineano il livello minimo di prestazioni sanitarie garantite gratuitamente o in parte a pagamento per tutti i cittadini residenti sul territorio nazionale¹⁰¹.

La nascita effettiva del Lea può essere fatta risalire al DPCM del 29 novembre 2001 con cui appunto sono stati introdotti; tuttavia, sono numerose le modifiche che negli anni si sono viste a partire dal 1978 per rispondere alle mutevoli esigenze sanitarie e all'evoluzione tecnologica, tra cui l'ultima operata con DPCM 12 gennaio 2017.

Definizione e caratteristiche dei LEA:

I LEA si caratterizzano come un insieme di prestazioni e servizi sanitari definiti a livello nazionale e obbligatoriamente erogati da tutte le Regioni, al fine di garantire l'equità di accesso alle cure per tutti i cittadini.

Si contraddistinguono per diverse qualità e finalità, tra cui l'Universalità, Equità anche in questo caso consistente principalmente in una distribuzione omogenea delle prestazioni su tutto il territorio nazionale, efficacia ed efficienza soprattutto in considerazione dei benefici rapportati ai costi effettivi per l'erogazione dei servizi su scala nazionale¹⁰².

¹⁰⁰ Cfr. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli Editore, terza edizione 2021. P. 140 ss.

¹⁰¹ l'art. 1 del decreto 12 dicembre 2001: 1. È stabilito un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna Regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a Statuto ordinario.»

¹⁰² M. Atripaldi, *Diritto alla salute e livelli essenziali di Assistenza (LEA)*, in federalismi.it, osservatorio di diritto sanitario, 15 novembre 2017.

La storia dei Lea è strettamente collegata a quella della legge 833 del 1978: all'articolo 3 comma 2 della legge si precisa infatti che lo stato oltre ad approvare il Piano Sanitario nazionale dovesse anche definire « (...) *i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini.*», ovvero la *conditio sine qua non* con la quale si potesse far rispettare e far funzionare quel tipo di organizzazione prevista dalla legge stessa, inoltre dal punto di vista economico, lo Stato doveva, una volta fissati i Lea (che prima del 1999 erano chiamati Livelli uniformi di assistenza) garantire un' erogazione di fondi tanto più grande quanto lo erano le necessità dei Lea stessi.

La riforma del 1992 dovette prima di tutto riformulare questo concetto dal momento un organizzazione di questo tipo rendeva inattuabile e insostenibile dal punto di vista economico l'erogazione, intervento che avvenne rovesciando lo schema fino ad allora previsto e subordinando l'erogazione dei Lea in base al finanziamento dello Stato e in base alle risorse disponibili.

Nel 1999 il governo tuttavia decise di riorganizzare nuovamente il sistema con il decreto legislativo 229: questo prevedeva che la fissazione dei Lea avvenisse in maniera contestuale e coerente l'uno all'altro, inoltre per la prima volta si vide l'utilizzo del termine "essenziale"¹⁰³.

Solo con il DPCM del 29 novembre 2001 vi fu la prima vera fissazione dei livelli essenziali e il loro contenuto, che subirà dapprima una revisione nel 2008 con il DPCM del 23 aprile del 2008 e poi sarà riformato del 2017 con l'introduzione dei "nuovi LEA".

Il dpcm originario prevedeva la divisione dei Lea in 3 settori ognuno dei quali presenta delle sottocategorie riguardanti "attività, servizi e prestazioni" : il primo settore avente come oggetto la "prevenzione collettiva e la sanità pubblica" era dedicato a tutti quegli interventi con la finalità di evitare stati di crisi derivati da

¹⁰³ Cfr. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli Editore, terza edizione 2021, p.61-64.

infezioni, problemi ambientali, oppure da parte dei lavoratori in sede lavorativa o dei cittadini riguardo al loro stile di vita; il secondo invece riguardava l'assistenza distrettuale ovvero tutte quelle modalità di assistenza che non rientrano tra quelle erogate all'interno degli ospedali, bensì distribuite territorialmente(come ad esempio medici di base, o ambulatori), inoltre in questo capo si fa rientrare anche l'assistenza farmaceutica e protesica e anche l'assistenza sociosanitaria con finalità di sussidio a tutte quelle persone che vivono situazioni di fragilità o semplice necessità.

Come ultimo settore troviamo l'assistenza ospedaliera la quale concerne tutti quei servizi che sono erogati dagli ospedali e dai pronto soccorso.

Di particolare interesse risulta infine l'ultima parte del decreto sui Lea riguardante tutte quelle erogazioni fatte a tutela di particolari categorie di pazienti affetti da gravi patologie o invalidità oppure che risiedono in determinate condizioni come, ad esempio, detenuti o cittadini extra-Ue¹⁰⁴.

Il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 marzo 2017, ha definito i “nuovi LEA”, rappresentando un aggiornamento significativo proprio in virtù della necessità di ammodernamento delle esigenze ma soprattutto delle nuove sfide sempre più difficili e soprattutto ben diverse rispetto a quelle per cui il DPCM del 2001 era stato creato¹⁰⁵. Per questo motivo, successivamente a questa riforma venne rivisto anche il contenuto.

¹⁰⁴ Cfr. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli Editore, terza edizione 2021, p.67-69

¹⁰⁵ Si consulti il sito ufficiale della Camera dei deputati alla voce” *I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)* redatto dagli studi-Affari sociali Welfare il 29 settembre del 2022 in cui si afferma «L'aggiornamento dei LEA ha introdotto modifiche al nomenclatore della specialistica ambulatoriale, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete, ha innovato il nomenclatore dell'assistenza protesica, revisionato l'elenco delle malattie rare e quello delle malattie croniche e introdotto nuovi vaccini e nuovi accertamenti per patologie neonatali. Tali aggiornamenti non sono ancora divenuti operativi, in quanto non sono stati ancora emanati i decreti che fissano le tariffe massime dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, rendendo così non fruibili le nuove prestazioni. Con l'aggiornamento dei LEA, è stato ritenuto inoltre necessario adeguare il sistema di garanzie per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 56/2000 per la verifica dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata, mediante il Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019 per il monitoraggio dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa, clinica e di sicurezza delle cure.»

Ad oggi, infatti, può essere articolato in quattro macroaree, ciascuna caratterizzata da specifici contenuti e obiettivi:

Prima tra tutti l'assistenza sanitaria che comprende un ampio bacino di prestazioni volte a garantire la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei cittadini come a titolo esemplificativo: Visite mediche specialistiche, diagnostica come ad esempio esami diagnostici di laboratorio, analisi del sangue, radiografie ecc., ricoveri ospedalieri, terapie farmacologiche e anche la riabilitazione funzionale e motoria: percorsi personalizzati di riabilitazione volti al recupero delle abilità compromesse a seguito di traumi, malattie o interventi chirurgici, favorendo il reinserimento socio-lavorativo del paziente.

Poi possiamo trovare un'area relativa all'assistenza domiciliare anche relativa non solo ai pazienti con patologie di breve durata bensì anche per anziani e persone con disabilità e non autosufficienti anche da un punto di vista psichico.

Oltre alle cure e al trattamento delle malattie, la prevenzione assume un ruolo di primaria importanza nel panorama sanitario odierno, soprattutto alla luce delle sfide emerse negli ultimi anni, come dimostrato con successo nella lotta contro il Covid-19, in cui un approccio strategico che combina la prevenzione con la promozione della salute può fare la differenza, portando a risultati tangibili.

La campagna vaccinale contro il Covid-19 ne rappresenta un esempio emblematico: l'informazione tempestiva e accurata diffusa dai ministeri ha contribuito a sensibilizzare la popolazione sui rischi del virus e sull'importanza della vaccinazione, favorendo una risposta collettiva efficace¹⁰⁶.

¹⁰⁶ F. Palumbo e M.G La Falce, *I Lea tra Covid e Pnrr. Quali difficoltà per la governance del Ssn*, in *quotidianosanita.it*, 27 luglio 2022

Come ultima area va evidenziata anche la completa apertura alla componente farmaceutica ovvero il fatto di garantire l'accesso a farmaci salvavita, per le malattie croniche e generici, essenziali per la cura di diverse patologie¹⁰⁷.

Il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 marzo 2017, ha definito i nuovi LEA, rappresentando un aggiornamento significativo proprio in virtù della necessità di ammodernamento delle esigenze ma soprattutto delle nuove sfide sempre più difficili e soprattutto ben diverse rispetto a quelle per cui il DPCM del 2001 era stato creato¹⁰⁸.

I limiti della legge emersi nella sua fase applicativa

Il Servizio Sanitario Nazionale ha comportato notevoli miglioramenti, soprattutto rispetto alla situazione antecedente; proprio per questo motivo attualmente rappresenta un'eccellenza a livello internazionale in termini di garanzia di assistenza sanitaria.

Ciò detto durante tutti questi anni ha dovuto affrontare sfide considerevoli che hanno danneggiato la base stessa del servizio, tra i quali risultano emersi nell'ultimo periodo quelli dovuti principalmente all'aumento della spesa sanitaria, ai problemi relativi alla regionalizzazione e alla diversa gestione sia organizzativa che economica da parte delle regioni stesse(fattore che verrà analizzato nel capitolo successivo), all'invecchiamento della popolazione (L'Italia già da diversi anni si confronta con una sfida ovvero l'invecchiamento progressivo della popolazione: attualmente si possono contare oltre 16 milioni di individui con età superiore ai 65 anni, pari a circa il 26% della popolazione complessiva, non a caso siamo il Paese che si posiziona tra quelli con la più alta percentuale di anziani in

¹⁰⁷ Per maggiori informazioni relative alle singole erogazione e modalità si consulti il decreto del presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017” *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”

Europa. Tale fenomeno fa aumentare esponenzialmente la pressione sul sistema di assistenza sanitaria e sociale mettendone in luce le carenze e l'incapacità di rispondere in maniera adeguata ai bisogni degli anziani.¹⁰⁹), oltre all'incremento delle malattie croniche e all'introduzione di nuove tecnologie mediche.

La spesa sanitaria in Italia ha subito un incremento costante negli ultimi decenni, per far fronte a tale crescita, il SSN ha dovuto ricorrere a notevoli tagli e vincoli di bilancio, mettendo a dura prova la sua sostenibilità nel lungo periodo (si vedrà successivamente le manovre e riforme proprio in questo campo).

Questa situazione ha generato diverse criticità operative e limiti strutturali, tra cui: in prima istanza l'allungamento dei tempi di attesa sia per visite mediche che per esami di diagnosi e interventi chirurgici¹¹⁰ fattore evidente soprattutto durante e successivamente alla pandemia da covid-19, da ciò emerge palese come effetto indiretto anche la riduzione dell'offerta di prestazioni sanitarie soprattutto quelle più onerose e anche il degrado delle strutture ospedaliere stesse.

Oltre a questo si può osservare che nel nostro Paese si registra sempre più una carenza di medici, infermieri e altri professionisti sanitari, in particolare nelle zone meridionali dove, come si vedrà in seguito, si verificano i peggiori scenari lavorativi e dove di base i medici "locali" preferiscono trasferirsi piuttosto che operare in tali situazioni: « *Il Ssn dopo aver sostenuto l'impatto della pandemia, soffre di una crisi sistemica accentuata dalla "fuga" del personale sanitario, non adeguatamente remunerato*»¹¹¹.

Un'altro limite che si può riscontrare è quello del "invecchiamento" della modalità di gestione delle pratiche mediche e burocratiche; in un mondo in continua evoluzione e con sempre maggiori possibilità di automatismi e iter gestionali accelerati, dovuti soprattutto dalle nuove tecnologie digitali, appare fondamentale

¹⁰⁹ M. Dogliotti, *Il diritto alla salute spetta a tutti i cittadini... tranne che agli anziani non autosufficienti.*, in *Giurisprudenza Italiana*, n. 12, 1° dicembre 1993, p. PAG11620

¹¹⁰ Secondo un'indagine condotta da Altroconsumo nel 2024, 9 intervistati su 10 hanno problemi con le prenotazioni e la metà si rivolge ai privati

¹¹¹ Cfr. Corte dei conti, *relazione sull'anno giudiziario 2024*, Roma, 13 febbraio 2024.

l'integrazione di questi ultimi all'interno del tessuto stesso del sistema, cambiamento che ad oggi non può dirsi ancora realizzato.

La rigidità burocratica soprattutto nella gestione delle procedure amministrative e della modalità di accesso agli stessi servizi principalmente fondati su base cartacea rende gli interi processi lavorativi molto rallentati soprattutto se confrontati con le reali necessità e la mole di richieste provenienti dagli stessi utilizzatori causando di fatto un rallentamento, che come in una sorta di ciclo ripetitivo porta a sua volta a maggiori tempi di erogazione, a liste di attesa più lunghe, a maggiore stress sugli operatori e così via all'infinito.

Capitolo 4: La Regionalizzazione del SSN

La Riforma del titolo V della Costituzione e la Regionalizzazione del Sistema Sanitario.

La riforma del Titolo V della Costituzione è stata un passaggio significativo nella definizione delle competenze tra Stato e Regioni in Italia.

L'evoluzione normativa del nostro sistema sanitario può essere racchiusa principalmente in 4 riforme: la prima quella relativa alla legge 833 del 1978 in cui per la prima volta si assiste alla volontà di creare un assetto universalistico e unitario, ovvero fornire una garanzia di tutela che riguardasse ogni cittadino residente sul territorio dello Stato e un servizio unico per tutti.

A partire dagli anni 90 tuttavia la situazione cambio notevolmente: si assistette ad una decisa riforma del sistema avente come scopo ultimo quello di conferire maggiore autonomia alle Regioni, tale per cui da quel momento le stesse avrebbero potuto gestire ed amministrare in modo più efficiente e flessibile i propri servizi.

Il decreto legislativo 502/92 rappresentò di fatto un grande punto di svolta: Le regioni acquisirono una maggiore possibilità di programmazioni, nel

finanziamento oltre che nella gestione dei propri servizi divenendo di fatto protagonisti della loro politica sanitaria e di fatto abbandonando il ruolo di meri esecutori delle direttive statali; oltre a questo si vide anche la trasformazione degli ospedali e delle unità sanitarie locali in aziende autonome che dovevano garantire risultati di efficienza e bilancio.

Nel 1999 avvenne un ulteriore cambiamento con la legge 229 per la quale oltre ad un affidamento maggiore riposto in capo ai Comuni relativamente alla gestione e programmazione delle politiche sociali che fino a quel momento erano di base esclusivamente affidate alle Regioni¹¹², il decreto “Bindi” cercava di ricreare un sistema in cui l’organizzazione delle Asl operata dalle regioni fosse di nuovo basata su regole uniche su tutto il territorio nazionale, portando quindi ad ricrearsi un nuovo equilibrio tra erogazioni pubbliche e private. Questa riforma già molto timida nell’attuazione non sarà mai attuata anche a causa delle modifiche intervenute pochi anni dopo con la riforma del Titolo V¹¹³.

Avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, la riforma del Titolo V ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, andando a creare un sistema caratterizzato da un pluralismo di enti con poteri decisionali e allargando i ruoli ma soprattutto le competenze delle autonomie locali.

Tra le altre cose questa è stata necessaria anche per dare piena attuazione all’art. 5 della Costituzione¹¹⁴, che riconosce le autonomie locali come enti esistenti già prima della formazione della Repubblica, proprio per questo ha coinvolto le

¹¹² L. Dell’Atti, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in AIC - Rivista dell’Associazione Italiana dei Costituzionalisti, Rivista n°: 3/2020 data pubblicazione: 20/07/2020, p.177 ss.

¹¹³ B. Vitiello, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, in Istituzioni del Federalismo, 6/2006, pp. 955-993

¹¹⁴ L’art.5 della Costituzione italiana recita: *"La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento"*.

Regioni, i Comuni, le Città metropolitane e le Province, elencando e definendo in maniera più completa la loro competenze e responsabilità.

Prima della riforma, il sistema sanitario era centralizzato e gestito principalmente dallo Stato, tuttavia, con la modifica apportata¹¹⁵, le Regioni hanno acquisito maggiore autonomia legislativa e la possibilità di intervenire direttamente nella gestione della sanità.

Questa regionalizzazione è basata principalmente su tre aspetti: il primo è quello relativo alla cooperazione, il secondo riguarda la differenziazione e il terzo è relativo all'uniformità di cui ci siamo già occupati parlando dei Lea che rappresentano il punto di partenza relativamente alle erogazione da garantire su tutto il territorio nazionale e che dovrebbero rappresentare il fattore unificante, ma che come si evidenzierà, ad' oggi rappresenta invece uno dei profili differenziatori più importanti tra le regioni stesse.

Il primo rappresenta di fatto il tassello necessario al buon funzionamento dell'intero sistema nazionale, questo consiste principalmente nella promozione di un dialogo costante e costruttivo tra i vari enti di governo, al fine ultimo di trovare in ogni situazione un compromesso o un accordo volto a tutelare non solo l'intero interesse nazionale bensì anche le necessità che contraddistinguono le realtà locali, al fine ultimo di garantire un bilanciamento tra unità e autonomia¹¹⁶.

Per ottenere un esito positivo relativamente alla cooperazione era tuttavia necessaria una modifica che andasse a toccare in maniera incisiva e riformulare i limiti legislativi di ogni ente operante all'interno dello stato, ovvero andare a riformare i limiti di competenza degli stessi; proprio per questo ad oggi possiamo constatare due principali tipologie di competenza Legislativa: quella *Esclusiva* esercitata in determinate materie solo dallo Stato (La riforma ha infatti lasciato

¹¹⁵ Si precisa che il Titolo V della Costituzione è quello riguardante “le Regioni, le Province, i Comuni”.

¹¹⁶ L. Dell'Atti, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in AIC - Rivista dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti, Rivista n°: 3/2020 data pubblicazione: 20/07/2020, p 182 ss.

invariati alcuni poteri relativi alla legislazione in determinate materie, le quali rimangono di competenza esclusiva dello Stato)¹¹⁷ e quella *Concorrente* esercitata dalle regioni¹¹⁸.

Oltre a ciò, abbiamo anche un terzo tipo di competenza ovvero quella svolta a titolo residuale dalle regioni inquadrata all'articolo 117 quarto comma, il quale afferma che:” *Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato*”.

Questa nuova formulazione ha certamente portato a un sistema più flessibile e decentrato, ma anche a nuove problematiche: tra cui quelle tra lo Stato centrale e le Regioni in tema di gestione di politiche sociali o sviluppo del territorio a cui seguono anche problemi relativi ad una maggiore diversificazione delle politiche sanitarie a livello regionale e ad un potenziale squilibrio tra le regioni stesse, di cui però tratteremo successivamente.

Occorre a questo punto svolgere un'analisi relativa agli articoli del titolo V che hanno subito in maniera più evidente la riforma costituzionale.

Prima di tutto, una particolare importanza la riveste l'articolo 114 della che si presenta come il fondamento del nostro sistema¹¹⁹, costituendo un modello di organizzazione dello Stato in cui viene operata una differenziazione più capillare rispetto al testo pre riforma¹²⁰, precisando che la Repubblica italiana si articola su più livelli di governo: comunale, provinciale, metropolitano, regionale e statale e che ciascun ente territoriale è dotato di autonomia, con propri statuti e competenze, nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalla Costituzione¹²¹.

¹¹⁷ Cfr. Il comma 2 dell'articolo 117 cost.:” *Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie...*”.

¹¹⁸ Cfr. Terzo comma articolo 117 cost. *Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a...*”

¹¹⁹ Cfr. P. Gentilucci, *la sofferta riforma delle autonomie regionali e federalismo fiscale*, in www.diritto.it, 29 novembre 2022

¹²⁰ Cfr. articolo 114 comma 1 cost. pre-riforma titolo V nel quale si affermava che:” *La repubblica si riparte in regioni, province e comuni.*”

¹²¹ Cfr. articolo 114 comma 1 e 2 cost. attualmente in vigore

Nonostante la maggiore possibilità di organizzazione a livello locale in ogni caso «La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali»¹²² proprio per garantire un livello di equità unico su tutto il territorio¹²³.

Tuttavia, resta anche in questo caso riguardo alle materie concorrenti, la necessità da parte di quest'ultime di rispettare i principi fondamentali fissati dalla legislazione statale e ¹²⁴conferendo al Governo, così come indicato dallo stesso articolo 120 comma 2 della Costituzione, il potere di intervenire in sostituzione delle Regioni, delle Province, delle Città metropolitane e dei Comuni, in caso di mancato rispetto delle norme comunitarie o di altre disposizioni normative, tra cui quando le Regioni non adottino le leggi necessarie per conformarsi alla normativa europea¹²⁵.

Il principio sostitutivo può essere attuato in due modalità: la prima è quella chiamata “sostituzione ordinaria” e opera quando un ente inferiore pregiudica attraverso il mancato esercizio di una sua funzione l'azione di un ente superiore, nel caso invece del art 120 comma 2 si intende un tipo di sostituzione “straordinaria” che si attiva solo quando vi è la presenza di una grave inadempienza tale per cui, se lo Stato non intervenisse, si potrebbe mettere in grave rischio

¹²² Cfr. Comma 1 art 117 costituzione

¹²³ Necessità tra l'altro avvertita anche dal Professor Cassese che durante una domanda nel merito aveva avvertito che: «...occorra assicurare un'unica ed esclusiva regia nazionale. Le misure di contrasto possono anche essere differenziate per territorio, ma debbono essere omogenee, nel senso di ispirarsi agli stessi criteri generali» .cfr. C. Testuzza, *Riforma Titolo V, le riforme necessarie a partire alle valutazioni sull'erogazione ottimale dei servizi pubblici*, in «sanità24, il sole 24 ore», 17 novembre 2022.

¹²⁴ Si riporta il comma 5 dell'articolo 117 costituzione:” *Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato.*”

¹²⁵ Si riporta l'articolo 120 comma 2 costituzione:” *Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione.*”

l'integrità statale e l'interesse generale. Motivo per cui a questa forma di intervento vengono anche fatti risalire diversi interventi, tra cui in particolare i piani di rientro.

I piani di rientro sono interventi straordinari operati dallo Stato nel caso in cui una regione non possa garantire quell'equilibrio di bilancio utile a conseguire non solo gli obiettivi interni della regione bensì anche a garantire tutti quegli obiettivi di particolare rilevanza costituzionale, tra cui in ambito sanitario emerge sicuramente il rispetto dei Lea¹²⁶.

Il funzionamento dei piani di rientro si articola in diverse fasi: inizialmente la regione accortasi dell'insostenibilità del proprio sistema cerca di attivare tutti quei meccanismi di contenimento della spesa pubblica, successivamente la stessa stipula un accordo con lo stato (il piano di rientro) in cui definisce un programma vincolante per la regione al fine di risanare la situazione economica.

Talvolta questo non basta: nel caso in cui la regione impegnata con lo stato non tenga però fede al suo obbligo allora si applica la misura straordinaria del commissariamento, attraverso appunto la nomina di un commissario *ad acta*, che operando con il mandato affidatogli dallo Stato interviene direttamente per compensare l'inerzia degli organi regionali.

In questo caso, dunque, lo Stato agisce con un potere temporaneo e limitato per ripristinare gli equilibri dell'intera regione, le quali si vedono in questo periodo sottratte dal potere decisionale¹²⁷.

L'assegnazione e la gestione dei fondi Statali tra le regioni.

¹²⁶ G. Rivosecchi, *poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, in *italian papers on federalism rivista giuridica on-line – ISSIRFA – CNR*, p.8 ss.

¹²⁷ Cfr. G. A. Primerano, *Il commissariamento della sanità regionale nella prospettiva del riequilibrio territoriale*, in *Nuove autonomie, Rivista quadrimestrale di diritto pubblico*, 7 luglio 2023, p. 675 ss.

L'articolo 119 della Costituzione italiana, introdotto nella sua formulazione attuale dalla riforma del Titolo V nel 2001, rappresenta un punto di svolta fondamentale nell'architettura istituzionale italiana, consacrando il principio dell'autonomia finanziaria degli enti territoriali.

Prima della riforma del Titolo V, gli enti territoriali, in particolare le Regioni, avevano una certa autonomia nella gestione delle spese, ma dipendevano in larga misura dallo Stato per quanto riguarda il finanziamento delle loro attività.

Con l'introduzione dell'articolo 119, il quadro è cambiato radicalmente avendo gli enti ora la possibilità di raccogliere autonomamente risorse attraverso l'istituzione e l'applicazione di tributi propri, partecipare a tributi erariali e disporre di altre fonti di finanziamento e di conseguenza anche quella di poter decidere come spendere le risorse: le Regioni acquisiscono infatti maggiore libertà nella scelta circa la gestione delle risorse potendo così adempiere in modo più efficace alle esigenze dei propri cittadini¹²⁸.

Tuttavia, la potestà impositiva delle Regioni, in quanto titolari di potestà legislativa, è più ampia rispetto a quella degli altri enti. Le Regioni possiedono infatti la facoltà di emanare leggi tributarie, sempre nel rispetto dei principi costituzionali e dei limiti fissati dalla giurisprudenza¹²⁹.

L'articolo 119 della Costituzione, tuttavia non si limita a tali previsioni ma disciplina anche modalità di erogazione e finanziamento differenziate in base al tipo di territorio: infatti, oltre a riconoscere l'autonomia finanziaria degli enti territoriali, stabilisce alcuni principi fondamentali per il loro finanziamento, tra cui quello che gli enti devono disporre di risorse tali da garantire l'esercizio delle

¹²⁸ Cfr. F. Finzi, *Focus sulla giurisprudenza costituzionale in materia di autonomia finanziaria regionale*, in *Rivista di studi giuridici e politici*, (2010), p. 621

¹²⁹ Cfr. *Relazione generale e di settore sullo stato dell'ordinamento e delle competenze regionali dopo la riforma*, A cura del Servizio Assistenza generale alla Quarta Commissione e dell'Area assistenza giuridico legislativa alle Commissioni e al Consiglio in materia sanitaria, sociale e culturale, maggio 2002.

proprie funzioni¹³⁰, inoltre, è previsto un fondo perequativo per trasferire risorse dai territori più ricchi verso quelli con meno risorse al fine di evitare situazioni di disparità, fondo che riveste particolare importanza soprattutto se si considera che *«è attraverso la perequazione che viene definito l'equilibrio tra devoluzione dei poteri e tutela dei diritti di cittadinanza. Inoltre, un improprio disegno del meccanismo perequativo potrebbe favorire l'irresponsabilità finanziaria del sistema degli enti decentrati»*¹³¹.

La correlazione tra fondo perequativo, capacità fiscale¹³² e fabbisogno ha da sempre alimentato discussioni.

Nonostante il fatto che il modello attuale, incentrato sulla capacità fiscale dell'ente, risponda alle esigenze e sia coerente con un sistema centralizzato, tuttavia, alla luce dell'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione, che impone la definizione di livelli essenziali delle prestazioni, e dei principi fondamentali della stessa, si ritiene più appropriata una perequazione che tenga conto anche del fabbisogno standard delle Regioni.

Questa soluzione consente di conciliare l'esigenza di uguaglianza tra territori con diverse capacità fiscali con quella di garantire un livello minimo di servizi essenziali a tutti i cittadini, indipendentemente dalla Regione di appartenenza al fine di garantire risorse e un livello minimo di servizi per tutti i cittadini¹³³.

¹³⁰ Cfr. M. Picchi, *Prime considerazioni sul decreto l.vo n. 502 del 1992 in materia sanitaria, con riferimento all' art. 1 della legge-delega n. 421*, in *Nuova rassegna di legislazione, dottrina e giurisprudenza*, n. 1/1993, p.17

¹³¹ Cfr. *La finanza delle Regioni nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in Segreteria Bilancio e Finanza Direzione Risorse finanziarie Regione Veneto.

¹³² Per la definizione di “capacità fiscale” cfr. *I fabbisogni standard e le capacità fiscali* in Camera dei deputati, 28 febbraio 2018

¹³³ Cfr. *La finanza delle Regioni nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in Segreteria Bilancio e Finanza Direzione Risorse finanziarie Regione Veneto, <https://www.regione.veneto.it/static/www/decentramento-e-federalismo/LafinanzadelleRegioninelnuovoTitoloVdellaCostituzione.pdf>

In ultima istanza viene comunque lasciata allo Stato la possibilità di intervenire con risorse aggiuntive con il fine ultimo di promuovere lo sviluppo economico rimuovendo gli squilibri territoriali¹³⁴.

L'articolo 119 della Costituzione, oltre a garantire l'autonomia finanziaria degli enti territoriali, introduce un principio fondamentale: la correlazione tra le funzioni assegnate agli enti e le risorse finanziarie a loro disposizione.

Questo significa che ogni ente dovrebbe avere a disposizione le risorse necessarie per svolgere i compiti che gli sono affidati, tuttavia questo non sempre si verifica, infatti il gettito è strettamente legato al territorio e a causa di differenze nel gettito tributario e nelle capacità fiscali possono verificarsi delle disuguaglianze, tanto che perfino la Corte costituzionale ha affermato che il principio della correlazione tra funzioni e risorse non è assoluto e che possono verificarsi situazioni in cui le risorse assegnate a un ente sono inferiori a quelle strettamente necessarie¹³⁵.

Le forme di finanziamento degli enti sono disciplinate dal decreto Legislativo 56/2000: Composte da diverse voci, in prima istanza troviamo la componente più rilevante, ovvero quella costituita dalle entrate fiscali, in particolare l'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) e l'addizionale regionale all'IRPEF oltre all'IVA¹³⁶.

Queste imposte vengono raccolte dalle Regioni e destinate in gran parte al finanziamento della sanità, inoltre lo Stato garantisce ulteriori contributi attraverso il *Fondo Sanitario Nazionale*¹³⁷, disciplinato dall'articolo 51 della Legge 833/78 e

¹³⁴ Cfr. sentenza Corte Cost. n. 37/2004

¹³⁵ Cfr. Sentenza Corte Cost. n. 10 /2016, n. 151/2016, n. 188/2015

¹³⁶ Cfr. Camera dei deputati, *Le fonti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in www.camera.it,

¹³⁷ Così come indicato dalla Camera dei deputati: “La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale standard, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato. il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, tramite intesa, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni.» in www.camera.it

approvato tramite il meccanismo descritto dall'articolo 53 della stessa; ripartite tra le Regioni e utilizzabili esclusivamente per determinate finalità oppure in maniera libera.

Un ulteriore forma di finanziamento è poi quella che si attua attraverso i Ticket sanitari, con la quale i cittadini partecipano alle spese mediche nel momento in cui richiedono una prestazione.

E infine altre entrate scaturenti da donazioni, attività economiche delle strutture sanitarie e altre fonti¹³⁸.

La mancata uniformità tra le regioni e le diverse condizioni di efficienza organizzativa tra nord e sud del Paese

Il secondo aspetto relativo alla Regionalizzazione concerne la differenziazione: la mancata uniformità tra le Regioni italiane e i diversi livelli di efficienza organizzativa tra Nord e Sud rappresenta una questione cruciale per la sostenibilità del servizio sanitario nazionale.

Queste differenze, radicate nella storia e nella possibilità (consentita dalla riforma del Titolo V) di sviluppare diversi modelli organizzativi da parte delle varie Regioni, hanno un impatto significativo su numerosi aspetti della vita sociale ed economica degli italiani e, dal rappresentare un potenziale punto di forza del SSN, in verità hanno determinato l'insorgenza di divari sempre più grandi in termini di livelli di assistenza sanitaria garantiti ai cittadini.

¹³⁸ Cfr. *Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale*, in Ministero della Salute, www.salute.gov.it, 13 marzo 2017

Un fattore determinante è rappresentato in primis dalla diversa differenziazione organizzativa relativa sia al rapporto tra pubblico e privato ma anche rispetto alle necessità del singolo territorio.¹³⁹

Attualmente si possono evidenziare tre tipologie differenti di organizzazione: quello Lombardo, quello dell'Emilia-Romagna e infine quello del Lazio.

Il primo modello è basato su un tipo di organizzazione in cui vige un quasi-mercato: il cittadino si trova quindi a dover decidere liberamente in un sistema in cui pubblico e privato concorrono allo stesso modo in pratica « *ha promosso un'offerta di servizi sanitari svincolata da ogni programmazione affidandola alla «libera scelta» del cittadino tra strutture pubbliche e private in competizione tra loro* »¹⁴⁰, scelta tra le altre cose già possibile dopo la riforma sanitaria operata con il decreto legislativo 502/1992 con la quale si proponeva una collaborazione tra pubblico e privato accreditato, in pratica le strutture private che possiedono gli standard qualitativi designati dalla regione dopo una valutazione tecnica ed economica (basata sulla necessità di integrare i servizi già erogati dal SSN) possono effettivamente operare nel settore sanitario pubblico¹⁴¹.

Il secondo modello è invece quello dell'Emilia-Romagna ha mantenuto un modello più tradizionale in cui le Asl controllano e gestiscono gran parte del lavoro, in cui vige una programmazione molto ferrea riguardo al contributo del settore privato all'interno del pubblico e conservando un ruolo centrale delle Regioni ed anche un maggior collegamento con le attività locali(evidenziata soprattutto durante

¹³⁹ Cfr. R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2/2019, pp. 5 ss.

¹⁴⁰ M. Noera, M. Onado, *Una crisi annunciata: analisi economica della sanità italiana dopo la pandemia*, in *Mercato Concorrenza Regole* (ISSN 1590-5128) Fascicolo 2, agosto 2022, p.305

¹⁴¹ Cfr. F. Scuto, *Il sistema sanitario lombardo di fronte al PNRR e alle sfide della “nuova” sanità territoriale*, in *Corti supreme e salute*, Sezione speciale – La nuova sanità territoriale: realtà o illusione? p.393 ss.

l'emergenza covid, con un ricorso maggiore alla medicina territoriale rispetto alla Lombardia¹⁴²) e le organizzazioni del terzo settore e dei cittadini¹⁴³¹⁴⁴.

Il terzo modello invece vede una fusione di entrambi i modelli organizzativi sopra indicati con esiti che, contraddistinti da un bilanciamento tra esigenze di prontezza da parte del cittadino soddisfatte solitamente dal profilo privato e un'equa distribuzione e tutela delle competenze pubbliche va a colmare, in parte la necessità dei cittadini, motivo per cui risulta, come vedremo successivamente, attrattiva verso il fenomeno del turismo sanitario nonostante la localizzazione in centro Italia.

Un fattore che contribuisce in maniera significativa è anche quello riguardante la spesa sanitaria: analizzando i Conti Pubblici Territoriali relativi al 2021 sono evidenti le grandi disparità territoriali nella spesa sanitaria pro capite in Italia, dove le regioni del Mezzogiorno presentano sistematicamente valori inferiori rispetto alla media nazionale e alle regioni del Centro-Nord, sia per quanto concerne la spesa corrente che quella in conto capitale.

Attualmente si può constatare un divario Nord-Sud già molto marcato fin dalla nascita: analizzando i dati Istat emerge infatti che il «*tasso di mortalità infantile (entro il primo anno di vita) era di 1,8 decessi ogni 1000 nati vivi in Toscana, ma era quasi doppio in Sicilia (3,3) e più che doppio in Calabria (3,9)*»¹⁴⁵.

In particolare, nonostante un piccolo miglioramento nella spesa pubblica per le regioni a statuto ordinario del Sud, il divario si è ulteriormente accentuato per le regioni a statuto speciale.

¹⁴² Cfr. G. Busilacchi e F. Toth, *Il Servizio sanitario nazionale alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?* in la Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 2/2021, p.85

¹⁴³ Cfr. L. Dell'Atti, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in AIC - Rivista dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti, Rivista n°: 3/2020 data pubblicazione: 20/07/2020, p. 191 ss.

¹⁴⁴ M. Noera, M. Onado, *Una crisi annunciata: analisi economica della sanità italiana dopo la pandemia*, in Mercato Concorrenza Regole (ISSN 1590-5128) Fascicolo 2, agosto 2022, p.305

¹⁴⁵ Cfr. *I divari tra nord e sud nel diritto alla salute*, www.Savethechildren.it, 7 febbraio 2024

Tra il 2010 e il 2021, la spesa sanitaria pro capite nelle regioni meridionali è aumentata del 5%, mentre nel Centro-Nord è cresciuta del 10%, di conseguenza il divario tra le due aree geografiche si è ampliato del 2%, passando da 337 euro a 380 euro, mentre a livello internazionale l'Italia si colloca al di sotto della media europea per spesa sanitaria pro capite, con un valore inferiore del 15% rispetto alla Germania e del 10% rispetto alla Francia¹⁴⁶.

Oltre a questo, preoccupa anche il fatto che secondo gli ultimi dati del CREA (Centro per la ricerca economica applicata in sanità), circa 1,6 milioni di famiglie italiane si trovano in povertà sanitaria, il che significa che hanno difficoltà o rinunciano a sostenere spese sanitarie.

Questo dato rappresenta il 6,1% delle famiglie italiane, localizzate soprattutto nel Mezzogiorno, dove 700 mila famiglie (pari all'8% dei nuclei familiari) sono colpite da povertà sanitaria, una percentuale doppia rispetto al 4% del Nord-Est, al 5,9% nel Nord-Ovest e del 5% al Centro¹⁴⁷.

Il taglio alla spesa pro capite porta in modo inequivocabile ad un minore erogazione degli stessi servizi che dovrebbero essere garantiti a livello nazionale, tra cui, in campo sanitario emergono con particolare importanza i Lea.

Secondo i dati raccolti dal Ministero della Salute relativi al 2021 conferma le profonde disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari tra Nord e Sud.

In particolare, le regioni meridionali, ad eccezione di Puglia, Abruzzo e Basilicata, mostrano una performance inferiore alla soglia minima stabilita per i LEA in almeno un ambito assistenziale (prevenzione, distrettuale o ospedaliero)¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Cfr. L. Bianchi, S. Caravella, C. Petraglia, *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute*, in Informazioni Svimez, 1° febbraio 2024

¹⁴⁷ Cfr. *Povertà sanitaria in Italia: quando curarsi è un lusso*, www.eticasgr.com, 24 gennaio 2023

¹⁴⁸ Cfr. L. Bianchi, S. Caravella, C. Petraglia, *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute*, in informazioni Svimez, 1° febbraio 2024

Ciò viene anche confermato dall'ultimo monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) condotto dal Ministero della Salute nel 2022, il quale mette in risalto evidenti disparità regionali nell'erogazione dei servizi sanitari in Italia.

Negli anni si può evidenziare un lieve miglioramento delle performance in alcune regioni meridionali, tuttavia il divario rispetto al Centro-Nord rimane, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione e l'assistenza distrettuale.

L'analisi dei dati raccolti attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia¹⁴⁹ ha mostrato che solo 13 regioni su 21 hanno raggiunto la soglia di sufficienza in tutte e tre le macroaree valutate (prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera).

Le regioni del Centro-Nord, con poche eccezioni, hanno ottenuto risultati generalmente positivi, mentre le regioni meridionali continuano a registrare performance inferiori alla media nazionale.

I risultati del monitoraggio evidenziano una connessione tra le performance delle regioni e la disponibilità di risorse economiche: le regioni del Sud infatti, sono caratterizzate da un minore finanziamento pro capite, presentano inoltre maggiori difficoltà nell'erogare servizi sanitari di elevata qualità e tra le altre cose fattori come la diversa organizzazione dei sistemi sanitari regionali, le caratteristiche demografiche della popolazione e le condizioni ambientali influenzano in modo significativo l'accesso ai servizi e l'esito stesso in termini di salute¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Si riporta il testo emanato dal Ministero della Salute, il quale afferma che: «Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia avviato nel 2000.

Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ed è operativo dal 1° gennaio 2020» www.salute.gov.it

¹⁵⁰ Cfr. B. Gobbi, *Lea 2022: i dati migliorano ma sono solo 13 le Regioni promosse. Al top E. Romagna, Toscana e Trento. V. d'Aosta "bocciata". Veneto ed E. Romagna "eccellenti". Schillaci: «Ampi margini di miglioramento, da 2024 indicatori core salgono a 25*, in *sanità24*, il sole24ore, 15 luglio 2024.

Ciò si riflette anche nell'ambito riguardante la prevenzione dove l'analisi dei dati compiuti dall' Istituto superiore della sanità relativi al biennio 2021-2022 ha mostrato una grande discrepanza territoriale nell'adesione ai programmi di screening oncologici.

Nel caso di specie, quelli femminili mostrano che mentre le regioni del Nord e del Centro registrano tassi di copertura superiori all'80%, le regioni meridionali presentano valori nettamente inferiori, con una media del 58%. Questi risultati evidenziano la necessità di politiche sanitarie finalizzate a ridurre le disuguaglianze e promuovere una maggiore equità nell'accesso ai servizi di prevenzione¹⁵¹.

Il fenomeno del “Turismo” sanitario: tra business e Necessità

Le profonde differenze nell'organizzazione e nella dotazione del Servizio Sanitario Nazionale hanno generato negli anni un fenomeno preoccupante, ossia la migrazione sanitaria, che consiste cioè in uno spostamento di pazienti, alla ricerca di cure più adeguate, portando ad una grande problematica di equità e qualità dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese.

Va specificato che con il termine “mobilità sanitaria” si possono intendere principalmente tre tipologie: quella internazionale, interregionale, intraregionale.

In questa sede tratteremo esclusivamente quella interregionale, in quanto specifica mobilità nata per arginare le mancanze di alcune Regioni e per mettere in risalto quelle che sono le differenze principali tra nord e sud del Paese.

Il fenomeno del turismo sanitario non costituisce di per sé un problema; esso, infatti, rappresenta il principio per cui il cittadino può decidere liberamente il luogo e le modalità con cui tutelare la propria salute, offrendo inoltre allo Stato un dato

¹⁵¹ Cfr. *I divari tra nord e sud nel diritto alla salute*, www.Savethechildren.it, 7 febbraio 2024

prezioso per valutare l'efficienza delle varie regioni relativamente al comparto salute ed evidenziare la necessità di miglioramento¹⁵².

Tuttavia questo fenomeno diventa problematico quando oltre a non portare ad un miglioramento delle Strutture Sanitarie Regionali e dei servizi erogati, determina anche un problema di tipo economico tra le stesse: Per ogni cittadino che decide di curarsi in un luogo diverso da quello in cui solitamente risiede, le Regioni ospitanti ricevono in base alle prestazioni erogate un "rimborso" da parte della Regione di residenza, aumentando ancora di più la competitività tra queste nei servizi erogati, fatto che se da una parte può determinare un miglioramento costante delle stesse, dall'altra può generare ancora più disuguaglianze nell'accesso alle cure¹⁵³.

Inoltre, questa mobilità passiva /contraddistinta da una "fuga" dalla regioni del Sud) per le cure avrebbe dovuto negli anni portare ad una nuova programmazione e riorganizzazione del sistema sanitario Locale, basato sull'ammodernamento delle strutture esistenti e ad una maggiore possibilità attrattiva verso i pazienti, in realtà questo processo non è mai avvenuto e nemmeno i numerosi piani di rientro hanno invertito questa tendenza, anzi il fenomeno è addirittura aumentato¹⁵⁴.

Sono invero numerosi gli studi volti ad indagare il fenomeno della mobilità interregionale: a tal riguardo l'analisi di Agenas del 2022 sulla mobilità sanitaria interregionale dipinge un quadro chiaro delle profonde disuguaglianze esistenti nel nostro Paese.

Le regioni del Nord, in particolare Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, rappresentano la meta principale per i pazienti, grazie alla presenza di strutture sanitarie aggiornate, con personale specializzato e dotate di tecnologie avanzate.

¹⁵² D. A. Pisani, *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*, in Corti Supreme e Salute, 3/2022, pp. 691-702

¹⁵³ C. Equizi, *Mobilità interregionale: tra equità nell'accesso ai servizi sanitari e problemi di "sistema"* in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 439-454

¹⁵⁴ C. Equizi, *Mobilità interregionale: tra equità nell'accesso ai servizi sanitari e problemi di "sistema"* in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 439-454

Al contrario, le regioni del Sud, con Campania, Calabria e Sicilia in testa, registrano un costante deflusso di pazienti, a causa di carenze infrastrutturali, limitata offerta di prestazioni specialistiche e tempi di attesa più lunghi: complessivamente nel 2022, quasi la metà dei migranti sanitari proveniva dal Mezzogiorno¹⁵⁵.

Analizzando il Report Osservatorio GIMBE¹⁵⁶ emerge infatti che per quanto riguarda la mobilità sanitaria attiva (quella che registra le prestazioni emesse da una Regione verso i cittadini non residenti nella stessa): «Le 5 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a € 200 milioni: Lombardia (18,7%), Emilia-Romagna (17,4%), Veneto (12,7%) includono complessivamente quasi la metà della mobilità attiva. Un ulteriore 25,6% viene attratto da Lazio (9,5%), Piemonte (6,8%), Toscana (4,9%) e Campania (4,4%). Il rimanente 25,6% della mobilità attiva si distribuisce fra le altre 14 Regioni e Province autonome. I dati documentano la forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord a cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio»¹⁵⁷.

Questo dato viene confermato anche da un altro studio compiuto dall'associazione "acasalontanidacasa"¹⁵⁸ dal quale emerge che la scelta di spostarsi per motivi di salute è influenzata da molteplici fattori, tra cui la disponibilità di specifiche terapie o interventi chirurgici, la reputazione dei professionisti sanitari, i tempi di attesa per le prestazioni e la qualità percepita dei servizi.

¹⁵⁵ Cfr. L. Bianchi, S. Caravella, C. Petraglia, *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute*, in informazioni Svimez, 1° febbraio 2024

¹⁵⁶ La fondazione GIMBE così come specificato sul proprio sito ufficiale: " ...non ha fini di lucro, ha lo scopo di favorire la diffusione e l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche con attività indipendenti di ricerca, formazione e informazione scientifica, al fine di migliorare la salute delle persone e di contribuire alla sostenibilità di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico." www.gimbe.org

¹⁵⁷ Cfr. N. Cartabellotta, M. Mosti, R. Luceri, E. Cottafava, F. Orsi. *Report Osservatorio GIMBE n. 1/2024. La mobilità sanitaria interregionale nel 2021*, Fondazione GIMBE, Bologna, 16 gennaio 2024

¹⁵⁸ Con sedi nel nord Italia che si occupa principalmente di trovare una casa per i pazienti che si devono spostare da una regione e l'altra oppure per i famigliari delli stessi

I dati mostrano chiaramente come il Nord sia percepito come un polo di eccellenza sanitaria, attirando pazienti da tutto il Paese, in particolare per interventi chirurgici complessi¹⁵⁹.

Questa fuga, tuttavia, non interessa soltanto i pazienti, bensì anche i professionisti che operano nel settore sanitario: le disparità territoriali sia per quanto riguarda i servizi offerti, le differenze retributive e le limitate opportunità di carriera nelle regioni meridionali determinano infatti anche una mobilità professionale dei medici verso le aree più sviluppate del Paese. Tale fenomeno, oltre a generare carenze di personale sanitario nelle regioni del Sud, incide negativamente sulla sostenibilità del sistema sanitario nazionale nel suo complesso, che, come abbiamo potuto constatare, ha alla base l'obiettivo di garantire in modo uniforme prestazioni su tutto il territorio¹⁶⁰.

Capitolo 5: Il covid come cartina di tornasole dell'efficienza del SSN

Il rilevabile “affanno” del SSN davanti alla sfida del Covid-19.

¹⁵⁹ Cfr. Progetto a casa lontani da casa, *Indagine e valutazioni sul fenomeno della Mobilità Sanitaria verso la Regione Lombardia*, www.acasalontanidacasa.it, settembre 2021

¹⁶⁰ Cfr.: M. Inserra, *Giovani medici in fuga dal mezzogiorno, mille all'anno verso nord ed estero*, in «*Il quotidiano del Sud*», www.quotidianodelsud, 10 febbraio 2023.

Già prima della pandemia da COVID-19, il sistema sanitario mondiale, compreso quello italiano, presentava una complessità influenzata da molti fattori socioeconomici, demografici e organizzativi.

L'emergenza COVID-19 ha messo a nudo le fragilità del nostro sistema sanitario già in sofferenza a causa di un ingente sottofinanziamento e, come se non bastasse, l'ingente taglio subito negli ultimi anni dal SSN unito alle resistenze politiche alla riorganizzazione della rete ospedaliera dovute alla preoccupazione di limitare l'accesso alle cure per le popolazioni più remote, hanno finora ostacolato una gestione più efficiente delle risorse (la quota di PIL destinata alla salute, inferiore al 6,5% raccomandato dall'OMS) e limitato la capacità di risposta del sistema di fronte alla pandemia¹⁶¹.

Lo scenario descritto si intreccia anche con un altro problema cronico del nostro sistema sanitario, cioè quello del sovraffollamento degli ospedali e dei pronto soccorso, che ha contribuito a rendere la gestione dell'emergenza ancora più critica.

I Pronto Soccorso ospedalieri, pilastri della risposta all'emergenza da parte del Servizio Sanitario Nazionale, soffrono da anni di un sovraffollamento cronico, dovuto ad una complessa interazione di fattori storici, culturali e organizzativi di cui ci siamo già occupati in parte nei capitoli precedenti, oltre alla diffusa percezione che esso rappresenti il luogo deputato a risolvere qualsiasi problema di salute, causando una situazione che ha innalzato il livello di pressione soprattutto su tutto quei servizi di emergenza-urgenza, portando ritardi nelle cure per i pazienti realmente gravi e un notevole spreco di risorse¹⁶², inoltre, la carenza di strutture intermedie tra l'ospedale e il territorio e la difficoltà dei medici di medicina

¹⁶¹ Cfr. C. Ciaravolo, *Coronavirus. L'affanno del servizio sanitario italiano: tutto previsto*, in quotidiano *sanita.it*, www.quotidianosanita.it, 10 aprile 2020.

¹⁶² Cfr. F. Foglietta, *Welfare State e Servizio Sanitario Nazionale: quali strategie per resistere e superare la crisi finanziaria*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 2-3/2012, pp. 44-65

generale di gestire patologie sempre più complesse hanno ulteriormente aggravato il problema.

La pandemia da COVID-19 ha di fatto ulteriormente evidenziato l'urgenza di un intervento strutturale e complessivo¹⁶³.

Uno dei segni più evidenti delle difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale come abbiamo sottolineato in precedenza è la situazione degli anziani, i maggiori fruitori dei servizi ospedalieri, l'Italia infatti da decenni deve fronteggiare la crisi derivante dall'invecchiamento della popolazione, fattore che incide su ogni ambito delle attività pubbliche, dal sistema pensionistico fino a quello lavorativo, ma con particolare gravità sul sanitario le cui carenze strutturali pesano in modo significativo.

Per far fronte a questa emergenza, il Governo ha recentemente approvato un decreto legislativo dedicato alle politiche per gli anziani, in attuazione della Legge Delega n. 53 del 23 marzo 2023 nel quale si è imposto come obiettivo quello di promuovere la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana, anche attraverso strumenti di sanità preventiva e di telemedicina a domicilio, ma soprattutto il contrasto all'isolamento¹⁶⁴.

Questo decreto vuole riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili e inoltre ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei

¹⁶³ Cfr. L. Garattini, A. Nobili, *Ssn post Covid, quali lezioni trarre col senno di poi?*, in Salute24, il sole 24 ore, www.sanita24.ilsole24ore.com, 27 settembre 2021.

¹⁶⁴ Il termine "Invecchiamento attivo" è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002 come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano".

servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e in particolare quelle non autosufficienti¹⁶⁵.

Prima di questo decreto tuttavia erano già presenti enti con scopo di tutela verso tale fascia della popolazione : Un ruolo strategico ad esempio nell'elaborazione delle politiche attive per le persone anziane viene ricoperto dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) che, attualmente, tenuto anche conto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) vigenti, indica nel «*Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana*» (previsto nella Legge 33/2023 già citata) i criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale¹⁶⁶.

Il Ssn ha evidenziato grosse difficoltà anche per un'impreparazione latente dovuta ad un sottofinanziamento protratto per anni e con la quale si è assistito progressivamente a modelli di spesa improntati sul risparmio o revisione dei costi: Nonostante l'eccezionalità della pandemia e la forte richiesta medica soprattutto durante le prime settimane, non è difficile constatare come tutti questi fattori economici abbiano inciso profondamente sul buon esito e sul contenimento dell'emergenza soprattutto relativamente alle terapie intensive.

La terapia intensiva rappresenta il luogo adibito al trattamento delle prognosi più gravi o critiche ed è il reparto indispensabile per salvare vite tuttavia se si analizzano i dati già nel 2019 i posti disponibili in terapia intensiva erano 8,6 ogni 100.000 abitanti ben al di sotto delle reali necessità, costringendo molte regioni nella prima fase della pandemia a trasferire in altri stati tra cui la Germania molti

¹⁶⁵ Cfr. Dipartimento per il programma di Governo, *Focus Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33. D.lgs. n. 29/2024*,

¹⁶⁶ Cfr. C.D.R.R, *Arriva il "decreto anziani". Un Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, in buona salute e con una Road Map ben delineata per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria*, in *quotidianosanità.it*, www.quotidianosanità.it, 25 gennaio 2024.

pazienti, motivo per cui il governo nel 2020 aveva inizialmente varato un decreto ponendo come obiettivo il raggiungimento di almeno 14 posti.¹⁶⁷

Misura tuttavia risultata non sufficiente, tanto che nei mesi successivi vi fu anche la necessità di riorganizzare l'erogazione e la gestione dei pazienti: fu lampante che il modello fino ad allora adottato avente come protagonista indiscusso l'ospedale per la gestione delle crisi, presentava dei grossi limiti relativi proprio alla convivenza tra pazienti "negativi" e "positivi" dovuti in gran parte da un rischio troppo alto di trasmissione del virus (rivelatosi purtroppo reale) e ad una struttura gestionale troppo rigida rispetto alle necessità e alla variabilità delle condizioni pandemiche.

Fu così che in molte regioni si iniziò a preferire una modalità di trattamento basata su modelli ospedalieri alternativi come, ad esempio, i *covid hospital* nel quale potevano risiedere solo i malati covid e offrendo a questi un numero di posti riservati nettamente maggiori rispetto ai classici ospedali.¹⁶⁸

Come ulteriore scenario nato proprio a ridosso della pandemia da COVID-19 è quello che ha evidenziato una profonda disfunzione nel sistema formativo medico italiano.

Nonostante, infatti, il nostro Paese presenti un numero di medici tra i più elevati a livello europeo, l'emergenza sanitaria ha messo in luce una carenza di personale specializzato in alcune aree critiche, oltre ai medici di base, infatti, oggi si può riscontrare anche penuria di medici specializzati.

Tutto ciò trova spiegazione nel cosiddetto 'imbuto formativo': un sistema selettivo finanziato e gestito dallo stato, rigido e sistematico, che limita di fatto l'accesso alle scuole di specializzazione.

¹⁶⁷ M. Noera, M. Onado, *Una crisi annunciata: analisi economica della sanità italiana dopo la pandemia*, in Mercato Concorrenza Regole (ISSN 1590-5128) Fascicolo 2, agosto 2022, p.301

¹⁶⁸ Cfr. G. Busilacchi e F. Toth, *Il Servizio sanitario nazionale alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?* in la Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 2/2021, p.90

Ad ‘oggi solo meno della metà dei neo-medici che vorrebbero specializzarsi può godere di borse di studio per accedere alle specializzazioni (costose) senza dover per forza autofinanziarsi, tutto ciò sta creando un accumulo di giovani senza sbocco professionale immediato¹⁶⁹.

Inoltre, la situazione si complica se si considera la situazione non solo del personale medico bensì di quello infermieristico: l’Italia, infatti, vive una grossa crisi di infermieri confermata anche dai dati Ocse 2019 (5,7 infermieri ogni 1000 abitanti)¹⁷⁰.

Tale situazione, unita a condizioni economiche spesso precarie e a una distribuzione territoriale disomogenea dei professionisti (che, come abbiamo potuto osservare, prediligono una sede lavorativa al nord Italia) ha generato una percezione di carenza di medici, con gravi ripercussioni sulla qualità e l’accessibilità delle cure, soprattutto nelle aree più disagiate del paese¹⁷¹.

Questi fattori, combinati con una carenza di risorse umane e una distribuzione non omogenea dei servizi sul territorio, hanno portato negli anni ad un sistema sanitario frammentato e inefficiente, limitando il diritto alla salute di molti cittadini.

La “Spending Review” del sistema sanitario: La mancanza di fondi, strutture, professionisti e l’impreparazione alle crisi.

Con il termine spending review si intende un processo di: *«analisi e valutazione dei procedimenti amministrativi finalisticamente orientato al miglioramento*

¹⁶⁹ La laurea abilitante, infatti, non permette al medico di svolgere ogni tipologia di assistenza o intervento specialistico ma gli fa conseguire il titolo di medico di base.

¹⁷⁰ M. Noera, M. Onado, *Una crisi annunciata: analisi economica della sanità italiana dopo la pandemia*, in Mercato Concorrenza Regole (ISSN 1590-5128) Fascicolo 2, agosto 2022, p.299

¹⁷¹ Cfr. M. Gritti, *In Italia i medici non mancano. Ecco come stanno davvero le cose negli ospedali*, in Agi, www.agi.it, 27 marzo 2020

dell'efficienza e dell'efficacia della spesa della pubblica amministrazione, sia essa statale, regionale o locale.»¹⁷².

In Italia, il dibattito sulla revisione della spesa pubblica ha una lunga storia, che affonda le sue radici negli anni '80.

La spending review si è inserita in un contesto storico particolare, erano anni infatti che si dibatteva sulla sostenibilità del debito pubblico e sulla necessità di riformare la finanza pubblica italiana, andando a creare principalmente due filoni contrastanti: il primo con caratteristica quella di un aumento della tassazione che risultava tuttavia impossibile viste la tassazione già molto alta presente nel nostro paese, l'altra composta da coloro che auspicavano una drastica riduzione della spesa pubblica e quindi una diminuzione dei servizi erogati dal SSN.

La spending review rappresenta una terza via, che mira a coniugare l'efficienza della spesa pubblica con la tutela dei servizi essenziali: attraverso una importante analisi delle voci di spesa, secondo questo filone era possibile individuare margini di manovra e gestire le risorse verso investimenti efficaci, senza sacrificare i cittadini¹⁷³.

La Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica nata in seguito all'istituzione nel 1981, rappresentò un primo tentativo di introdurre un approccio più pratico e sistematico alla gestione delle finanze pubbliche, ma solo a partire dagli anni 2000 la spending review ha assunto un ruolo centrale nel dibattito politico ed economico, nel 2007 infatti l'istituzione della Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica ha segnato un'ulteriore tappa importante in questo percorso, anche se la sua durata è stata breve.

Negli ultimi anni, la responsabilità di promuovere e coordinare le attività di revisione della spesa è stata affidata alla Ragioneria Generale dello Stato, che ha

¹⁷² Cfr. Camera dei deputati, *Il controllo della spesa pubblica e la spending review*, in <https://temi.camera.it/>, 16 gennaio 2024

¹⁷³ Cfr. L. Fiorentino, *Il decreto di Spending review, oltre la straordinarietà*, in *Giornale di diritto amministrativo* 12/2012, Università di Roma LUMSA, p.1 ss.

introdotto diverse iniziative per rafforzare la cultura della valutazione e del controllo della spesa pubblica.

La spending review come la intendiamo oggi, ovvero la revisione della spesa pubblica, è un processo che in Italia ha subito un'evoluzione significativa negli ultimi decenni: sorta come risposta alla crisi finanziaria del 2010-2012, la spending review si è progressivamente integrata nel processo di bilancio, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia della spesa pubblica.

Le prime iniziative, come l'istituzione del Comitato interministeriale e del Commissario straordinario per la spesa pubblica, hanno gettato le basi per un sistema di controllo e valutazione più forte; tuttavia, è con la pandemia da COVID-19 che è stata evidenziata la necessità di maggiore impegno in questa direzione.

La spending review, pur operando in diversi ambiti, ha trovato terreno fertile in particolare in ambito sanitario, in quanto già da diversi anni il tema centrale in questo settore è quello di trovare un miglior bilanciamento tra allocazione e distribuzione delle risorse e qualità di servizi erogati, garantendo un livello elevato di salute generale della popolazione pur tenendo sempre in considerazione il fattore della sostenibilità economica. La valutazione degli impatti della spending review sul sistema sanitario richiede un'analisi approfondita e multidimensionale, che tenga conto non solo degli aspetti economici, ma anche di quelli sociali e sanitari.

Il Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, legge 7 agosto 2012, n. 135 si inseriva in un contesto di crescente pressione sui bilanci pubblici e di necessità di riformare un sistema sanitario caratterizzato da inefficienze e disomogeneità.

Le misure di spending review adottate hanno avuto un impatto significativo sull'organizzazione e sulla gestione delle strutture sanitarie, ma gli effetti a lungo termine sono ancora oggetto di dibattito. Da un lato, la riduzione della spesa ha

contribuito a migliorare la sostenibilità del sistema; dall'altro, ha però sollevato preoccupazioni riguardo alla qualità delle cure e all'equità nell'accesso ai servizi.

L'articolo 15 della legge riguardante *“disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica”*, al fine ultimo: *“di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, l'efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie»*, ha dapprima cercato di ottenere i risultati economici attraverso un taglio dei posti letto, con il fine ultimo di spronare le strutture sanitarie ad una gestione più diligente ed evitare lo spreco di risorse.

In Italia, infatti, il numero di posti letto è molto più basso rispetto ad altri paesi: *«Per quanto riguarda il numero dei posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti, l'Italia con 3,5 si colloca sotto la media europea...e addirittura sotto la Grecia (4,2), che pure ha subito negli ultimi dieci anni un taglio spaventoso della spesa sanitaria. Anche non considerando Giappone e Corea del Sud (che si collocano al vertice della classifica Ocse con oltre 12 posti letto per mille abitanti) l'Italia ha molti meno posti letto sia della Francia (5,9) che della Germania... (oeCd 2020).¹⁷⁴ »*, dovuto soprattutto alla chiusura di strutture e ad una politica di ridimensionamento della spesa pubblica che ha di fatto causato un impoverimento dell'organizzazione statale per far spazio invece ad una sempre più concorrenziale privatizzazione, che come si vedrà successivamente, ha portato molte regioni (tra cui emerge in particolare la Lombardia) alla quasi totale sostituzione di molte erogazioni pubbliche affidandole al privato, soprattutto per quanto riguarda l'ambito chirurgico e post-intervento, motivo per cui ad oggi risulta molto difficile per un paziente trovare un posto letto “fisso” nella struttura ospedaliera, costringendolo al fine di liberare il posto letto occupato, o ad un'anticipata dimissione rispetto al periodo necessario per un totale recupero e di fatto al ricorso

¹⁷⁴ M. Noera, M. Onado, *Una crisi annunciata: analisi economica della sanità italiana dopo la pandemia*, in Mercato Concorrenza Regole (ISSN 1590-5128) Fascicolo 2, agosto 2022, p.300

a cure domiciliari a cui seguono periodi più o meno lunghi di osservazione attraverso visite (talvolta non coperte dal SSN), oppure all'affidamento a strutture di riabilitazione o degenza private, in cui non esiste un limite di giorni.

Un ulteriore passaggio fondamentale al fine di contenere i costi è stato quello di una maggiore regolamentazione degli appalti pubblici riguardanti la fornitura di materiali o strumentazioni infermieristiche o mediche, non è un caso quindi che in particolare, l'articolo 15 di tale decreto ha disposto un taglio immediato del 5% agli importi e alle prestazioni previste nei contratti in essere per l'acquisto di beni e servizi da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Questa misura drastica è stata ulteriormente rafforzata dalla Legge di Stabilità del 2013, che ha inasprito il taglio al 10%¹⁷⁵. Tuttavia, per garantire una maggiore flessibilità alle Regioni e alle Province autonome, è stata introdotta la possibilità di adottare misure alternative a questa riduzione generalizzata, a patto che l'equilibrio del bilancio sanitario regionale venisse comunque assicurato. Questa disposizione, contenuta nel comma 13, lettera a, della legge 24 dicembre 2012, n. 228 ha permesso alle Regioni di individuare soluzioni più adatte al proprio contesto, pur mantenendo sotto controllo la spesa.

Grazie a queste misure, nel triennio 2010-2013 si è registrato un significativo rallentamento della crescita della spesa per beni e servizi nel settore sanitario, che si è attestata su un tasso annuo dell'1,6%.

Infine, per ridurre la domanda di prestazioni sanitarie e contenere la spesa, è stata introdotta la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, ovvero il pagamento di un ticket per alcune prestazioni. Questa misura adottata con

¹⁷⁵ Cfr. Associazione Italiana sclerosi multipla-AISM, *sintesi ragionata della legge 24 dicembre 2012, n. 228 "disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (legge di stabilità 2013)*, <https://allegati.aism.it/>, p.3.

l'obiettivo di disincentivare l'utilizzo inappropriato dei servizi sanitari e di responsabilizzare i cittadini rispetto alla propria salute¹⁷⁶.

Un principio fondamentale della spending review è quello di massimizzare l'efficacia di ogni euro speso, proprio in questo senso una particolarità emerge se si confrontano i dati delle diverse regioni italiane, l'analisi dei costi delle strutture sanitarie regionali rivela profonde disparità: In Campania, ad esempio, la spesa per la pulizia è più che doppia rispetto a quella dell'Emilia-Romagna, con punte record a livello nazionale. Analoghe differenze si osservano per le utenze telefoniche e l'energia elettrica, a dimostrazione di una notevole variabilità nei costi di gestione delle strutture sanitarie a livello regionale.

Anche nel Nord Italia, tradizionalmente considerato più efficiente, emergono significative differenze di costo tra strutture simili. Questi dati evidenziano la necessità di un'attenta analisi e di interventi mirati per ottimizzare la gestione delle risorse economiche nel settore sanitario¹⁷⁷.

I costi del personale, in particolare medici e infermieri, rappresentano una voce di spesa rilevante per le strutture sanitarie: Da un'analisi comparativa tra diverse regioni emerge come questi costi possano variare significativamente anche tra strutture simili. Ad esempio, a Palermo le strutture sanitarie sopportano un costo per posto letto legato al personale nettamente superiore rispetto all'ospedale universitario di Parma¹⁷⁸.

Tutto questo ha contribuito in modo significativo all'impreparazione del nostro SSN alle crisi, fatto che è stato evidenziato subito nella prima fase della pandemia quando nonostante un accesso al pronto soccorso limitato (quasi al 70% rispetto agli anni prima)¹⁷⁹ per malattie diverse dal covid-19, nel giro di poche settimane

¹⁷⁶ Cfr. L. Lanzillotta, C. M. Medaglia, *sanità' e spending review organizzazione, trasparenza, digitalizzazione, a cura di M. Caruso et al.*, in Glocus, innovare per competere, novembre 2014, p.4 ss.

¹⁷⁷ Cfr. S. Ravizza, *La sanità degli sprechi, ecco gli ospedali che spendono di più*, in Corriere della Sera, 6 ottobre 2014.

¹⁷⁸ Cfr. Elaborazione Stem su dati Agenas, *Analisi dei costi per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale Anni 2011/2013*, in quotidiano sanità, www.quotidianosanita.it, 10/10/2014, p.10 ss.

¹⁷⁹ Cfr. ARS Toscana, *Gli effetti di Covid-19 sugli accessi sul pronto soccorso nel primo anno pandemico*

le strutture si sono ritrovate in condizioni critiche, con momenti in cui era impossibile gestire il flusso di pazienti, soprattutto quelli con necessità di terapia intensiva o trattamenti più complessi, arrivando a punte di occupazione delle strutture fino anche il 95%¹⁸⁰.

La trascuratezza della medicina territoriale e la sua importanza nella gestione delle emergenze.

La medicina dei servizi territoriali rappresenta una delle quattro sottospecializzazioni della medicina generale che si occupa di organizzare l'assistenza sanitaria di base a livello locale, attraverso le Aziende Sanitarie Locali – ASL.

Il medico di medicina dei servizi territoriali è un punto di riferimento fondamentale per i cittadini, in quanto fornisce assistenza sanitaria di primo livello e pronto intervento. Solitamente questo risiede nel territorio e matura negli anni un contatto diretto e personale con il paziente, che gli si rivolge al fine di prevenire l'aggravarsi delle condizioni di salute e il ricorso all'ospedalizzazione: in pratica, questo medico funge da 'filtro' tra l'assistenza ambulatoriale e quella specialistica, indirizzando i pazienti verso le strutture più appropriate in base alle loro esigenze.

La figura del medico territoriale si suddivide in quattro specializzazioni: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera scelta, Guardia Medica, Medici specialisti ambulatoriali¹⁸¹.

Durante la pandemia da covid- 19 il dibattito relativo all'importanza della medicina territoriale si è intensificato sotto un duplice profilo: da una parte, in relazione alla funzione di screening preventivo operato dai medici di base, volto ad evitare un'eccessiva ospedalizzazione da parte dei potenziali pazienti, i quali

a cura di: V. Di Fabrizio, C. Szasz, F. Gemmi, in www.ars.toscana.it, 5 agosto 2021.

¹⁸⁰ Cfr. P. Russo, *Coronavirus, in terapia intensiva i letti sono finiti: "Il sistema sanitario è al collasso*, in *La Stampa*, 04 marzo 2020

¹⁸¹ Cfr. Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, *La riforma della sanità territoriale: il nuovo Distretto sanitario e le Case della Comunità*, www.marionegri.it, 30 gennaio 2023.

intimoriti dall'idea di aver contratto il virus si presentavano nei pronto soccorso, anche senza sintomi, con il conseguente aggravamento del carico di lavoro degli operatori sanitari e con il rischio di contrarre il virus proprio in quei luoghi; dall'altra con riferimento alla garanzia di erogazione del servizio stesso e alle misure con cui erogarlo.

Nonostante i rischi connessi allo svolgimento della loro attività in un contesto di contagio generalizzato, gli operatori sanitari attivi nei mesi successivi alla prima ondata della pandemia hanno comunque potuto portare avanti la funzione più importante della medicina generale, ovvero quella di primo incontro con il paziente e di aiuto verso lui e i suoi famigliari.

Si deve tuttavia rilevare che secondo un rapporto dell'ISS del 2020 la carenza di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) durante la prima fase della pandemia ha esposto i Medici di Medicina Generale (MMG) a un rischio inaccettabile, mettendo a repentaglio sia la loro salute che quella dei pazienti. L'impossibilità di difendersi dal contagio in maniera appropriata ha fatto sì che i medici potessero diventare a loro volta portatori del virus, esponendoli inevitabilmente ad una compromissione della loro capacità di fornire cure sicure ed efficaci. La mancata tutela degli operatori sanitari ha quindi rappresentato un primo grave fallimento del sistema, con ripercussioni negative sulla salute pubblica¹⁸².

Anche per questo motivo già in quel periodo si iniziarono a sperimentare nuove forme per assistere i pazienti: inizialmente obbligati a visite di persona si è assistito al ricorso a forme di telemedicina e consulti via webcam, che hanno offerto nuove opportunità di erogazione dei servizi sanitari, : in questo senso « *I medici hanno compreso come la Telemedicina possa rappresentare un alleato importante per*

¹⁸² Cfr. Rapporto ISS COVID-19 • n. 35/2020, *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19*, Versione del 25 maggio 2020, p. 12 ss.

mantenere un contatto più costante e appropriato con i pazienti, in questa fase di emergenza, ma anche nel futuro»¹⁸³.

Nonostante queste potenzialità, la telemedicina ha soccorso solo parzialmente i medici di base nella fase più acuta del covid, in quanto «(...) *il servizio di telemedicina — nonostante la sua capacità di dirottare l'intervento sanitario dalla sede ospedaliera a quella territoriale, se non addirittura domiciliare, relativamente all'assistenza primaria... — non è stato in grado di gestire in modo efficace i flussi dei pazienti verso i nosocomi, senza riuscire a decongestionarli, tanto nella prospettiva di una migliore assistenza verso i pazienti Covid-19, quanto in quella di non negare la prestazione sanitaria verso i malati affetti da altre patologie»¹⁸⁴.*

La medicina territoriale riveste quindi un importante ruolo nella gestione delle patologie e dei pazienti all'interno della società, soprattutto in tempo di emergenza, per questo motivo in seguito alla prima emergenza covid sono state apportate numerose modifiche strutturali e organizzative confluite principalmente all'interno del decreto numero 77 del 23 maggio 2022: *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”¹⁸⁵.*

Questo rappresenta un grande passo in avanti in quanto si assiste ad un intervento normativo che si occupa non solo di stabilire le finalità da perseguire, ma anche le modalità: in prima istanza il decreto porta alla nascita delle “case della comunità”, entità previste ogni 40-50 mila abitanti e che entreranno a far parte dell'articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL sul territorio, con il fine ultimo di garantire un *«luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini*

¹⁸³ Così si è espressa Cristina Masella, Responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità: cfr. S. Politini, Osservatorio *Sanità 2020: dalla telemedicina all'AI, l'effetto sprint del Covid*, in Digital4, www.digital4.biz, 10 giugno 2020.

¹⁸⁴ Cfr. L. Ferraro, *la telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in diritto dell'informazione e dell'informatica (il), fasc.4-5, 1° agosto 2022, pag. 837.

¹⁸⁵ Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale delle Regioni italiane Serie Generale numero 144 del 22 giugno 2022

possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria». Aperte 24 ore e 7 giorni su 7, le case di comunità hanno l'obiettivo di agevolare la presa in carico dei pazienti e fornire loro fin da subito un percorso di cura, ottimizzando, anche se indirettamente, i costi delle strutture ospedaliere¹⁸⁶.

Oltre a questo, la possibilità di godere di un infermiere di famiglia o comunità sempre con l'intento di facilitare l'accesso da parte dei cittadini ai servizi del SSN, fatto che viene perseguita anche attraverso l'istituzione di un'equipe formata da medico più infermiere con l'intento proprio di dar una continuità assistenziale nei casi più complessi, anche attraverso supporti di telemedicina, favorendo l'assistenza domiciliare ed evitando ospedalizzazione non necessarie.

In ultima istanza proprio per promuovere lo sviluppo della medicina territoriale il decreto presenza oltre alle case della comunità anche l'istituzione di centrali operative territoriali e di ospedali di comunità: i primi con funzione di *«coordinamento nella presa in carico della persona mediante il dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza, e garantendo il coordinamento tra i servizi e i professionisti sanitari nei diversi setting assistenziali»* e i secondi con un utilizzo a carattere temporaneo (massimo 30 giorni) per garantire una migliore stabilizzazione clinica dei pazienti¹⁸⁷.

La convivenza tra “Casi Covid” e il trattamento di Patologie ordinarie o urgenti all'interno degli ospedali.

La pandemia come abbiamo delineato ha rappresentato una delle sfide più impegnative per il nostro SSN, durante la quale gli ospedali hanno dovuto adattarsi

¹⁸⁶ Cfr. Ministero della Salute, *Riforma dell'assistenza territoriale*, in www.pnrr.salute.gov.it.

¹⁸⁷ Cfr. Ministero della Salute, Decreto n. 77/2022: *assistenza territoriale alla luce del PNRR*, 23 maggio 2022

rapidamente per gestire l'afflusso di pazienti affetti da COVID-19, mantenendo al contempo la capacità di trattare patologie ordinarie e urgenti.

Nei primi momenti la situazione è stata caratterizzata da una grande incertezza circa le modalità di gestione dei pazienti che si presentavano in pronto soccorso; nei primi mesi del marzo 2020 quando tutto ebbe inizio, la procedura di ospedalizzazione era molto accelerata, infatti non essendo presenti linee guida specifiche di base in caso di sintomi riferibili al virus il paziente veniva ricoverato e gestito all'interno dei vari reparti, isolato, ma trattato con attrezzature che non garantivano una piena tutela da parte degli operatori.

Proprio a causa di questa modalità di gestione, con l'aumento dei casi in poco tempo si è cominciato ad assistere ad un vero e proprio "assedio" dei Pronto soccorso, corsie piene, terapie intensive con pazienti che condividevano strumentazioni terapeutiche, che talvolta erano addirittura inesistenti, code infinite di ambulanze fuori dalle "Camere Calde"¹⁸⁸ in attesa di lasciare il paziente, tende triage montate fuori dagli ospedali e talvolta anche in parcheggi in cui gli operatori provavano a gestire al meglio gli eventuali casi covid. In questo contesto il personale sanitario, oltre al disagio dovuto alla necessità di indossare per tutto il giorno dispositivi di protezione individuale, viveva una situazione di fortissimo stress mentale dovuto soprattutto dall'impossibilità di entrare in contatto con persone al di fuori dell'ospedale e alla paura di contagiarsi e di contagiare gli altri¹⁸⁹.

Tutti questi fattori hanno reso quasi impossibile la gestione dei casi ordinari e l'erogazione di quelle terapie che necessitano un trattamento ripetuto nel tempo: se sia analizzano i dati condivisi da ISTAT e Agenas infatti si può osservare come negli anni precedenti alla pandemia (2017-2019), i tassi di dimissioni ospedaliere

¹⁸⁸ Nel pronto soccorso indicano la zona di transito in cui arrivano le ambulanze e ricevono il soccorso da parte degli operatori dell'Ospedale.

¹⁸⁹ D. Ivziku, *Quali sono state e quali continuano ad essere le criticità maggiori, sotto tutti i punti di vista, riscontrate dagli infermieri nella lotta al Covid-19*, In Unicamillus, International medical University in Rome, www.unicamillus.org, 30 giugno 2023

in regime ordinario in Italia mostravano una certa stabilità, attestandosi mediamente a 131,5 ricoveri per mille abitanti, questo valore pur presentando lievi differenze regionali (da 122,9 nelle Isole a 136,2 al Sud), indicava una situazione relativamente omogenea sul territorio nazionale.

Con l'avvento del COVID-19, nel 2020 si è registrato un drastico calo del 25%, con un tasso medio di 98,2 dimissioni per mille abitanti in particolare al Sud (-29%) e nel Nord-ovest (-28%)¹⁹⁰.

Inoltre si può osservare che già prima rispetto alla pandemia, il pronto soccorso viveva una situazione in cui « I codici rossi rappresentavano infatti, nella media 2015-2017, solo l'1,7% dei casi su oltre 20 milioni di accessi; i codici gialli, il 21,6, mentre i codici verdi e bianchi superano il 75%», questo a dimostrazione di un utilizzo non consono dello strumento e causando non solo un impatto significativo delle finanze statali ma anche un prolungamento delle liste d'attesa e un aumento di pressione verso gli operatori che operano all'interno¹⁹¹.

Tuttavia va indicato che proprio a causa della paura di essere contagiati molte patologie che richiedevano ospedalizzazione e trattamento anche chirurgico sono passate in secondo piano: consultando i dati emerge infatti che nel 2020 la pandemia ha avuto un impatto significativo sulla gestione degli infarti del miocardio, si è infatti registrata una drastica riduzione dei ricoveri per infarto, con un calo del 48,4% rispetto al periodo pre-pandemico: gli infarti meno gravi hanno subito una riduzione più marcata (65,4%), mentre quelli più gravi, seppur diminuiti del 26,5%, hanno mostrato un preoccupante aumento della mortalità, passando dal 4,1% al 13,7%. Inoltre, è stato osservato un allungamento dei tempi di attesa per

¹⁹⁰ Cfr. Agenas- agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *Impatto dell'epidemia covid-19 sul sistema ospedaliero italiano anno 2020*, in www.istat.it, 21 luglio 2022

¹⁹¹ M. Noera, M. Onado, *Una crisi annunciata: analisi economica della sanità italiana dopo la pandemia*, Mercato Concorrenza Regole (ISSN 1590-5128) Fascicolo 2, agosto 2022, p.301

l'intervento di rivascolarizzazione, a testimonianza di un rallentamento nell'accesso alle cure urgenti¹⁹².

Fattore che è emerso anche per quanto riguarda le malattie oncologiche dove si segnala che durante i primi mesi del covid gli screening oncologici per determinati tumori si è ridotta fino a punte del 50% causando di fatto un livello di rischio molto maggiore rispetto a quello già quotidianamente problematico, in Italia infatti «rispetto al 2020, i casi di tumore nel 2023 sono aumentati di oltre 18.000 casi: da 376.600 nuove diagnosi (194.700 negli uomini e 181.900 nelle donne) a circa 395.000»¹⁹³.

Altra casistica problematica emersa in quei mesi è stata quella relativa agli interventi chirurgici dove a causa dell'assenza di personale sanitario, di posti letto e anche a causa del rischio troppo elevato di contrarre il virus, durante il primo anno della pandemia si stima che siano circa 600.000 gli interventi cancellati con conseguenze che ancora oggi possiamo constatare tra cui sicuramente emerge quello dell'allungamento delle già infinite liste d'attesa e la difficoltà di accedere tempestivamente alle cure, fattore che ancora oggi obbliga molti pazienti a rivolgersi al settore privato e a soluzioni onerose, facendo emergere sempre di più le disuguaglianze esistenti nel sistema sanitario¹⁹⁴.

¹⁹² Cfr. Direttivo Slow Medicine, *Le conseguenze della pandemia sulle prestazioni sanitarie e la salute dei pazienti. Le proposte di Slow Medicine*, in quotidianosanità.it, www.quotidianosanità.it, 12 gennaio 2021

¹⁹³ Cfr. AIRC, *Le statistiche del cancro*, in www.airc.it, Ultimo aggiornamento: 14 dicembre 2023

¹⁹⁴ Cfr. A. Grimaldi, *Chirurgia e covid-19 sottoporsi all'intervento chirurgico*, in www.andreagrimaldi.com, 07 giugno 2021

Capitolo 6: Il Post covid

L'attuale inadeguatezza del SSN: L'esperienza Covid 19 come un'occasione mancata, il grave fenomeno delle Liste d'attesa infinite, la cooperazione tra il servizio pubblico e privato.

La pandemia da covid-19 ha offerto la grande opportunità di riformare profondamente il sistema sanitario nazionale, tuttavia, non si può affermare che questo si sia pienamente realizzato: se da un lato, infatti, si possono scorgere innovazioni in campo epidemiologico e nelle politiche sanitarie, dall'altro non si evidenziano significative riforme relative al quadro normativo e organizzativo del SSN.

Sono diversi i problemi non ancora risolti che la pandemia ha ulteriormente peggiorato: prima tra tutti quello relativo alle liste d'attesa: secondo Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE¹⁹⁵ «(...) *le persone sono costrette a rivolgersi al privato se ne hanno le possibilità economiche oppure attendere gli inaccettabili tempi di attesa delle strutture pubbliche sino a rinunciare alle prestazioni, con conseguenze imprevedibili sulla loro salute*»¹⁹⁶.

La pandemia, infatti, ha portato dapprima ad una contrazione dei servizi erogati al pubblico, successivamente ha anche causato un prosciugamento dei fondi, dedicati in quel periodo quasi esclusivamente ai casi covid, così che sono aumentate ancora di più le persone in attesa di operazioni o visite mediche.

Il problema delle liste d'attesa non è un fenomeno sconosciuto nel nostro paese, tuttavia, è proprio con questa pandemia che la situazione è andata a peggiorare:

¹⁹⁵ La Fondazione GIMBE, che non ha fini di lucro, ha lo scopo di favorire la diffusione e l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche con attività indipendenti di ricerca, formazione e informazione scientifica, al fine di migliorare la salute delle persone e di contribuire alla sostenibilità di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

¹⁹⁶ Cfr. quotidianosanità.it, *Gimbe, Tra liste d'attesa, rinunce alle cure e disuguaglianze il Ssn è in codice rosso*, in www.quotidianosanita.it, 28 marzo 2023.

secondo un recente studio del' istituto ISTAT edito nel marzo del 2023 le persone che hanno dovuto rinunciare alle cure è passata dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020, sino all'11,1% nel 2021¹⁹⁷, questo come conseguenza non solo dei problemi legati all'erogazione dei servizi sul territorio, bensì anche come esito di una politica sanitaria in cui, se il paziente può pagare (direttamente oppure attraverso assicurazioni sanitarie) allora accede velocemente alle cure necessarie, altrimenti come unica soluzione rimane quella di attendere i tempi talvolta "biblici" che la sanità garantisce, soprattutto per quanto riguarda determinati trattamenti.

Proprio in questi giorni il governo ha approvato in via definitiva con la legge del 29 luglio 2024 n.107, il disegno di legge di conversione, con modificazioni, del decreto 7 giugno 2024, n. 73, recante *misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*.

Questa nuova legge avrà come obiettivo il contenimento delle liste d'attesa e la riorganizzazione delle strutture erogatrici attraverso diverse modifiche: prima tra tutte l'istituzione di un Centro unico di prenotazione (CUP) nazionale e infraregionale con la possibilità di consultare le prenotazioni sia del settore pubblico che privato convenzionato; viene data inoltre la possibilità di visite mediche e diagnostiche anche nel weekend e un ampliamento delle fasce orarie in cui ricevere i pazienti; l'affidamento all'Agenas del monitoraggio delle attività delle aziende sanitarie anche attraverso l'istituzione della piattaforma nazionale delle liste d'attesa; inoltre si istituisce un *organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria*, che avrà il compito di controllare le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, per verificare che rispettino gli standard stabiliti e che le liste d'attesa siano gestite in modo efficiente.

¹⁹⁷ Cfr. Istat, *Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute* Audizione dell'Istituto Nazionale di Statistica Dott.ssa Cristina Freguja Direttrice della Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare, in 10a Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato della Repubblica Roma, 8 marzo 2023

Oltre a questo, verrà anche data la possibilità alle regioni di aumentare le spese per il personale sanitario fino al 15% rispetto all'anno precedente e dal 2025, entrerà in vigore una nuova metodologia per determinare il fabbisogno di personale, sulla base della quale le regioni dovranno elaborare piani triennali di assunzione¹⁹⁸.

L'attenzione posta su questo tema anche da parte del Governo testimonia una carenza cronica del sistema, che ha costretto talvolta i cittadini anche a trovare soluzioni alternative, spesso difficili e impervie.

Proprio in tal senso è interessante la giurisprudenza emersa negli ultimi anni in relazione ai modi per eludere le liste d'attesa da parte dei pazienti, primo tra tutti quello di farsi curare all'estero a spese del nostro SSN: il caso in questione rientra nella tematica del "turismo sanitario" questa volta però, a differenza di quello interregionale di cui abbiamo parlato precedentemente, si parla di turismo sanitario internazionale.

Secondo le stime emerse negli ultimi anni sempre più italiani decidono di ricorrere a cure erogate in paesi europei ed extra-UE, con il fine ultimo di vedersi erogate prestazioni in maniera più rapida e con costi inferiori (il classico esempio è quello relativo agli interventi odontoiatrici, circa 50 mila italiani ogni anno)¹⁹⁹.

La disciplina in questione è dettata dalla Direttiva UE n. 24 del 09.03.2011 con decreto attuativo n. 38 del 4.03.2014

Questa modalità di erogazione, presenta un diverso regime giuridico per le cure nei paesi UE rispetto a quello previsto per le prestazioni sanitarie fruite presso i paesi extra-UE e le strutture private degli Stati membri.

Nel primo caso per accedere alle cure in un Paese straniero il paziente deve richiedere un'autorizzazione preventiva rilasciata dalle ASL (oppure dalle ATS

¹⁹⁸ Per maggiori informazioni cfr. LEGGE 29 luglio 2024, n. 107

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

¹⁹⁹ M. Bartoloni, *In 200mila all'estero per i denti: Albania al top, ma poi uno su tre deve ricurarsi*, in salute 24, il sole 24 ore, www.ilsole24ore.com, 22 marzo 2024

(Agenzia tutela della salute in Lombardia) quando, come previsto dall'articolo 8 comma 3 del D.lgs. 4 marzo 2014, n. 38, la prestazione erogata faccia parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); solo in seguito il richiedente può effettivamente godere di una prestazione con rimborso in forma diretta (il paziente non è tenuto al pagamento dell'operazione salvo l'eventuale ticket e le spese di vitto, alloggio e viaggio). Nella seconda ipotesi, è invece possibile godere di una prestazione sanitaria in forma indiretta, cioè anticipando le spese che poi (teoricamente) dovranno essere rimborsate dal SSN una volta rientrato in Italia²⁰⁰.

Qualora non ci si rivolga ad un Paese straniero, la principale modalità per ottenere prestazioni sanitarie in tempi più rapidi è rappresentata dalla forma più dispendiosa, cioè il pagamento diretto²⁰¹ con i propri fondi di servizi di assistenza sanitaria erogati da strutture private oppure anche da ambulatori ad accesso diretto (la c.d. spesa *out of pocket*)²⁰²²⁰³.

Una soluzione alternativa è invece rappresentata dalla sottoscrizione di assicurazioni private che, come abbiamo già avuto modo di analizzare, pur potendo rispondere alle necessità dei soggetti interessati, presentano tuttavia diversi limiti, relativi soprattutto ai costi e all'età del paziente assicurabile.

Negli ultimi anni si sta però assistendo sempre più al ritorno di uno strumento molto utilizzato e conosciuto nel passato ma che in seguito all'istituzione del SSN era andato progressivamente abbandonato ossia la mutua assistenziale, istituto che abbiamo già descritto nel primo capitolo e che effettivamente soddisfa tutte quelle necessità connesse alla tutela della salute, tra cui assicurare ai cittadini che

²⁰⁰ Cfr. F. Bosco, *Curarsi all'estero con il SSN è possibile, ma pochi lo sanno*, in Sanità informazione, www.sanitainformazione.it, 11 luglio 2022; inoltre cfr. Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia, *autorizzazione cure sanitarie all'estero*, in www.asst-pavia.it.

²⁰¹ Cfr. P. Borgia, A. Maruotti, F. Spandonaro, *Costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa e prospettive di sviluppo*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 1/2005, pp.48-60

²⁰² Strutture per prestazioni sanitarie non urgenti, aperte dal lunedì al venerdì e solo per determinate tipologie di specializzazione nel quale il paziente può essere visitato in tempi molto rapidi ovviamente dopo il pagamento di un "corrispettivo" talvolta anche molto oneroso.

²⁰³ L'utilizzo della modalità viene sottolineato anche in E. Piras, *I prodotti della sanità integrativa*, in *Rivista di diritto bancario*, n. 2/2019, 1, pp. 203 ss.

sottoscrivono il contratto mutualistico tutti gli accertamenti diagnostico-terapeutici di cui non potrebbero godere se si affidassero esclusivamente al SSN.

La necessità di avere uno strumento integrativo a garanzia della propria salute sta quindi diventando sempre più una esigenza comune all'interno della popolazione, con esiti che però dal punto di vista della sostenibilità statale non sempre sono prevedibili e che possono portare a risultati contrastanti.

Il Servizio Sanitario Nazionale riconosce nell'assistenza integrativa una forma di supporto, in cui la crescente domanda di prestazioni private, spesso erogate da strutture esterne come ambulatori e cliniche, alleggerisce la pressione sulle strutture pubbliche, contribuendo a ridurre le liste d'attesa.

Occorre però evidenziare come il funzionamento del settore privato sia invero direttamente collegato al SSN in quanto fortemente dipendente dai servizi essenziali garantiti dal sistema pubblico: da un lato infatti, taluni tipi di prestazioni non possono essere erogati, come ad esempio una rete di pronto soccorso, screening e prevenzione, dall'altro, e allo stesso tempo, senza tali prestazioni garantite dalle strutture pubbliche, la stessa operatività di quelle private risulterebbe gravemente compromessa.

Vista la connessione molto forte tra i due ambiti di prestazione sanitaria è evidente la tendenza sempre più marcata a intensificare i rapporti tra i due, sia dal punto di vista delle erogazioni che dal punto di vista dell'organizzazione: da anni, infatti, il sistema sanitario nazionale e i suoi organi aderiscono ad un sistema organizzativo di *outsourcing*, in cui l'Azienda sanitaria demanda determinate prestazioni a personale o strutture esterne al SSN.

Questo sistema organizzativo nato inizialmente solo per l'erogazione di servizi di pulizia e sicurezza all'interno delle strutture statali (le c.d. attività *non-core*), ha visto poi un rapido ampliamento di funzioni, arrivando perfino a ricoprire funzioni più specializzate, come i laboratori e l'assistenza infermieristica, che tramite

cooperative o attraverso la libera professione entrano nelle “rete” del nostro SSN andando a colmare le lacune che questo presenta²⁰⁴.

Tutto questo determina in prima istanza un ridimensionamento dei costi a carico delle strutture pubbliche ed anche ad aumenti di efficienza che «viene raggiunta attraverso gli accordi con partner che dispongono di competenze distintive nelle funzioni esternalizzate, nonché attraverso la flessibilità e le capacità innovative»²⁰⁵, tuttavia presenta anche diverse problematiche: prima tra tutte quella relativa alla complessità nella gestione delle relazioni con i fornitori esterni, che talvolta può perfino comportare una perdita di controllo da parte degli amministratori delle aziende sanitarie nelle attività critiche, poi un'ulteriore criticità da considerare nell'outsourcing è rappresentata dalla potenziale diminuzione della qualità dei servizi erogati, dovuta alla possibilità che i fornitori esterni non rispettino gli standard qualitativi o che le specifiche contrattuali non siano state definite in modo esaustivo²⁰⁶ (ad esempio non tutte le Regioni possiedono un protocollo di requisiti relativo al personale di primo soccorso che opera sulle ambulanze²⁰⁷).

Il PNRR Salute e le Nuove possibilità di crescita.

Successivamente alle fasi più “calde” della pandemia da Covid-19 è emersa la necessità, come abbiamo già sottolineato, di riformare il sistema sanitario; la problematica più grande per raggiungere questo scopo però è storicamente rappresentata dal gran numero di fondi necessari per attuarlo.

²⁰⁴ Cfr. G. S. Canova, *Quando è l'emergenza sanitaria a chiedere aiuto*, in Nurse24.it, www.nurse24.it, 19.07.19

²⁰⁵ Cfr. F. Brunetta, L. Marchegiani, *L'outsourcing nella sanità*, in Consumatori, diritti e mercato, numero 1/2009 Focus, <https://iris.luiss.it/>, p.57-64

²⁰⁶ Cfr. F. Brunetta, L. Marchegiani, *L'outsourcing nella sanità*, in Consumatori, diritti e mercato, numero 1/2009 Focus, <https://iris.luiss.it/>, p.67-68

²⁰⁷ Cfr. G. S. Canova, *Quando è l'emergenza sanitaria a chiedere aiuto*, in Nurse24.it, www.nurse24.it, 19.07.19

Il 21 luglio 2020, in piena pandemia, il Consiglio europeo ha istituito nel quadro del “*next generation EU (NGEU)*” il Dispositivo per la ripresa e la resilienza (*Recovery and resilience facility – RRF*) disciplinato dal Regolamento n. 2021/241/UE, con il quale si cercava di far fronte all'emergenza sanitaria²⁰⁸.

Questo fondo prevedeva che gli stati presentassero un “piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)” entro il 30 aprile 2021 nel quale venissero indicate le modalità di utilizzo del fondo stesso (circa 723,8 miliardi di euro inizialmente).

L'Italia ha quindi presentato il proprio PNRR aggiudicandosi inizialmente un totale di 191,5 miliardi con la decisione del 13 luglio 2021 (ricevuti attraverso finanziamento a base semestrale da parte della commissione europea) e in seguito all'8 dicembre 2023 con la modifica alla decisione iniziale del luglio 2021 un ampliamento a 194,4 miliardi.

In sostanza, il PNRR rappresenta un contratto con l'Europa, dove il rispetto degli impegni è la chiave per accedere alle risorse finanziarie²⁰⁹.

L'attuazione del PNRR italiano è strettamente condizionata da un rigido quadro di regole imposte dalla Commissione Europea che effettua verifiche periodiche sullo stato di avanzamento dei progetti solitamente con cadenza semestrale; infatti, ogni investimento e riforma deve rispettare specifici obiettivi e traguardi, i quali sono vincolati all'erogazione dei fondi.

La struttura del PNRR è attualmente basata su 7 missioni (6 inizialmente previste a cui si è aggiunta quella relativa al REpowerEU dopo la modifica del 8 dicembre 2023) e 16 componenti relativi a 43 ambiti di intervento.

La missione 6 è quella dedicata alla Sanità, questa si divide a sua volta in 2 sottocategorie: la prima relativa alle “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*” relativa appunto allo sviluppo e alla

²⁰⁸ Per una disamina più approfondita cfr. Agenzia per la coesione territoriale: “*Next Generation EU e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*” in www.agenziacoesione.gov.it.

²⁰⁹ Cfr. Camera dei deputati, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in <https://temi.camera.it>.

riorganizzazione della sanità in ambito territoriale di cui ci siamo già occupati nei precedenti capitoli. La seconda denominata M6C2 invece concerne “*Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*”²¹⁰.

La M6C2 prima di tutto si occupa degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) i quali già prima del PNRR rappresentavano gli ospedali d’eccellenza con funzioni non solo di assistenza ma anche di ricerca medica di altissimo livello²¹¹, tuttavia vista proprio la loro importanza si vuole intervenire attraverso una revisione sia dal punto normativo sia organizzativo per rafforzare questo aspetto, anche attraverso una collaborazione e condivisione più stretta tra gli stessi istituti; oltre a questo vi sarà poi una maggiore responsabilizzazione dei direttori generali e scientifici sui risultati da conseguire.

Un secondo intervento riguarda l’ammodernamento delle infrastrutture ospedaliere, attività che porta come budget di spesa complessiva circa 4,05 miliardi e destinata all’acquisto di nuovi apparecchi medici, all’aggiornamento e alla digitalizzazione delle attività sanitarie sia in particolare attraverso un investimento mirato sulla implementazione del fascicolo sanitario elettronico(FSE)²¹²; sia mediante un potenziamento dell’infrastruttura tecnologica del ministero, che delle strutture preesistenti come i dipartimenti di emergenza con particolare interesse verso i posti letto nelle terapie intensive e semi-intensive²¹³²¹⁴.

Sempre a tal riguardo oltre all’ammodernamento sistematico delle strumentazioni e delle infrastrutture in generale, di particolare interesse risulta anche la volontà di rendere gli edifici ospedalieri italiani più sicuri e resilienti nelle zone sismiche

²¹⁰ Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei ministri, *Le missioni e le componenti del PNRR*, in www.governo.it

²¹¹ Cfr. Regione Lombardia, *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati*, in www.regione.lombardia.it.

²¹² Il quale racchiude al suo interno tutte le informazioni sanitarie del cittadino ed accessibile in ogni istante dagli operatori medici

²¹³ Attuata anche con l’acquisto di nuovo materiale e strumentazioni ospedaliere come, ad esempio, mezzi di trasporto sanitari (circa 1.41 miliardi di euro sono dedicati proprio a questo scopo)²¹³.

²¹⁴Cfr. Lapam Confartigianato, *m6c2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in <https://issuu.com/>

soprattutto in considerazione della loro importanza strategica in caso di emergenza e la necessità di garantire la continuità delle cure anche in seguito a eventi sismici in un territorio altamente a rischio come l'Italia.

La seconda parte del M6C2 dedica una disciplina specifica in prima istanza alla ricerca biomedica, con il finanziamento di progetti di ricerca di eccellenza e il sostegno alla trasformazione dei risultati scientifici in prodotti e servizi innovativi con i quali rafforzare la competitività del nostro Paese nel settore biomedico e migliorare la qualità delle cure per i pazienti affetti da malattie rare e altamente invalidanti. La ricerca necessita anche di personale altamente specializzato e competente, motivo per cui proprio in conclusione della missione 6 del Pnrr viene designato come obiettivo quello di prevedere un piano di formazione con un investimento di 0,74 miliardi di euro per potenziare le competenze di oltre 50.000 professionisti sanitari entro il 2026²¹⁵. Inoltre, saranno attivati 4.200 nuovi posti di specializzazione per garantire un adeguato turn-over dei medici specialisti²¹⁶.

Insurtech, Intelligenza artificiale, nuove Tecnologie per il monitoraggio dei pazienti: una possibile soluzione per fronteggiare le sfide di oggi.

Come abbiamo già avuto modo di analizzare, i premi assicurativi relativi alle polizze sanitarie sono direttamente proporzionali al rischio sanitario del paziente e dipendono da un calcolo di probabilità operato dalle stesse società di Assicurazioni relativamente alle condizioni di salute del potenziale assicurato.

Questo calcolo, tuttavia, presenta diverse problematiche: prima tra tutte quelle relative all'effettiva certezza e completezza delle informazioni rese

²¹⁵ Attuato con il finanziamento di 2.700 nuove borse di studio per medici di famiglia, 150.000 corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere e 26.500 percorsi di formazione manageriale

²¹⁶ Cfr. Lapam Confartigianato, *m6c2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in <https://issuu.com/>

all'assicurazione, cui si aggiungono quelle relative alla conoscibilità stessa di eventuali patologie dal parte del cliente.

Negli ultimi anni sempre più compagnie assicurative (ma anche finanziarie) hanno quindi deciso di investire in maniera massiccia in tecnologie all'avanguardia proprio per limitare e circoscrivere il più possibile tale rischio.

Questo processo evolutivo prende il nome di “insurtech” termine formato da *insurance e Technology* con il quale si indica: «*il fenomeno giuridico-economico che coinvolge l'insieme di quelle imprese che investono in nuove tecnologie al fine di acquisire ulteriori potenzialità e più efficaci possibilità di penetrazione sul mercato, proponendo nuovi prodotti assicurativi o riformulando l'offerta dei servizi assicurativi più tradizionali*»²¹⁷.

Nel mercato assicurativo uno dei principali cambiamenti è rivestito dal sistema UBI (*Usage-Based Insurance*) che offre la possibilità di emettere un'assicurazione più corrispondente alle vere necessità del soggetto richiedente, parametrando la stessa anche attraverso i comportamenti abituali dell'individuo: ne è un esempio la possibilità di installare all'interno delle autovetture la “scatola nera” che, parametrando migliaia di volte al minuto ogni singolo aspetto della modalità di guida del conducente (velocità, stile di guida e perfino la presenza della cintura allacciata), può indicare alla stessa agenzia di assicurazione quale sia l'effettivo rischio assicurativo in capo a quel soggetto.

In campo medico allo stesso modo, l'UBI basato sull'utilizzo di un algoritmo avanzato in grado di decidere sulla base dei dati acquisiti non solo sulle dichiarazioni rilasciate dallo stesso assicurando, ma anche confrontando cartelle cliniche e referti medici caricati sui sistemi informatici ministeriali, può decretare la convenienza o meno nel rilasciare ad un potenziale cliente un'assicurazione.

²¹⁷ E. Battelli, *Insurtech ed evoluzione dell'offerta di polizze sanitarie: tra innovazione tecnologica e nuovi servizi assicurativi in campo medico*, in *Contratto e Impresa*, n. 1, 1° gennaio 2022, p. 52

Tale modalità tuttavia genera qualche perplessità: prima tra tutte quella relativa alla privacy del soggetto stesso, il quale può assistere, in caso di problematiche tecniche/informatiche, alla condivisione di elementi sensibili raccolti e immagazzinati dalle stesse società assicurative (fatto che tra le altre cose non è difficile da ipotizzare, visti i sempre più sistematici attacchi informatici che subiscono le varie piattaforme web); inoltre la presenza di un algoritmo totalmente automatizzato in grado di poter decidere se e come assicurare un individuo, attraverso una semplice analisi probabilistica e non personale, analisi che può decretare il rilascio di assicurazioni solo ed esclusivamente a soggetti in cui la probabilità di sinistro è tendente allo 0% o quasi²¹⁸ porta di fatto a svuotare quello che è il nucleo stesso della assicurazione cioè l'elemento di aleatorietà²¹⁹. Fatto che può risultare molto rischioso soprattutto in considerazione di tutti quei casi in cui vige l'obbligatorietà di sottoscrivere un' assicurazione per poter lavorare (assicurazione professionale), in questo caso se l'algoritmo decretasse un rischio troppo elevato per la compagnia assicuratrice tale per cui risultasse impossibile l'emissione della polizza, di fatto il soggetto dovrebbe cambiare professione oppure incorrere in potenziali sanzioni civili o penali decidendo comunque di lavorare²²⁰.

Va precisato tuttavia che l'utilizzo di dati al fine di dedurre il potenziale rischio dell'assicurazione non rappresenta una tecnica innovativa. Già prima dell'avvento della tecnologia "autonoma" come l'intelligenza artificiale, le compagnie assicurative basavano il premio²²¹ su un'analisi statistica della popolazione; in pratica si ottenevano quanti più dati possibili estraendo per ogni categoria della popolazione una classe di rischio, basata ovviamente sulle abitudini e sullo stile di

²¹⁸ E. Battelli, *Insurtech ed evoluzione dell'offerta di polizze sanitarie: tra innovazione tecnologica e nuovi servizi assicurativi in campo medico*, in *Contratto e Impresa*, n. 1, 1° gennaio 2022, p. 52

²¹⁹ Si riporta l'articolo 1895 c.c. nel quale si specifica che: *Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto.*

²²⁰ E. Battelli, *Big data e algoritmi predittivi nel settore assicurativo: vantaggi e nuovi rischi*, in *Il Corriere Giuridico*, n. 12, 1° dicembre 2019, p. 1517

²²¹ Il premio assicurativo è il prezzo della polizza, cioè la somma che la persona assicurata è tenuta a pagare alla compagnia assicurativa, che si impegna a liquidare i danni in caso di incidente entro i limiti definiti dal contratto.

vita e da quella si stabiliva il premio richiesto; tuttavia l'analisi proposta dai software di intelligenza artificiale, in considerazione proprio della grandissima massa di informazioni che questa può comparare quasi simultaneamente, può portare a numerosi effetti migliorativi nel rapporto tra consumatore e assicuratore tale per cui da una parte l'assicurazione vedrebbe quasi nullo il rischio di emettere la copertura sanitaria e dall'altra il soggetto, sapendo che il premio viene calcolato in base al proprio stile di vita e alle proprie condotte, sarebbe incentivato a migliorarle al fine di perseguire un beneficio economico²²².

Oltre a questo, di particolare rilievo negli ultimi anni si è assistito ad un crescente interesse verso le nuove tecnologie di monitoraggio medico, utili soprattutto in tutti quei casi in cui una prognosi tempestiva può essere determinante per la salute del paziente.

Il sistema di monitoraggio a distanza viene indicato con il termine “*remote patient monitoring*” che si riferisce a tutte quelle tecnologie che attraverso i nuovi strumenti di telemedicina e di intelligenza artificiale vanno a “sostituire” o comunque ad assistere in tempo reale il paziente in ogni fase della sua quotidianità.

Attualmente sul mercato sono presenti diverse soluzioni e prodotti nati per questo scopo e negli anni a seguire, visto il grande interesse soprattutto da parte delle grandi aziende mediche e tecnologiche, saranno sempre di più e garantiranno un livello di affidabilità (che oggi è già molto alto) pari al 100%.

Questa categoria di dispositivi viene suddivisa in base alla tipologia di utilizzo: esistono dispositivi indossabili vicino al corpo, sul corpo o all'interno del corpo (sensori)²²³.

Ad oggi sono già presenti diverse soluzioni come, ad esempio, quella dei “cerotti smart”, ossia un dispositivo che fornito di determinati sensori elettrici riesce a

²²² E. Battelli, *Big data e algoritmi predittivi nel settore assicurativo: vantaggi e nuovi rischi*, in *Il Corriere Giuridico*, n. 12, 1° dicembre 2019, p. 1517

²²³ Cfr. Johnson&Johnson Innovative Medicine, *La salute è indossabile con i medical devices: conosciamoli meglio*, in www.janssenmedicalcloud.it, 14 febbraio 2024

rilevare in tempo reale un numero elevatissimo di informazioni (come la funzione cardiaca, la pressione, la temperatura ecc.) che vengono successivamente condivise con il medico curante.

Una grande innovazione è rappresentata dalla “t-shirt intelligente”, un dispositivo utilizzato dal Centro Cardiologico Monzino che permette solo indossando la maglia di ottenere in tempo reale e in qualsiasi parte del mondo «un *monitoraggio cardiorespiratorio (elettrocardiogramma, misura della frequenza cardiaca, saturazione arteriosa, meccanica e frequenza respiratoria), senza elettrodi né cavi, grazie a particolari micro-trasduttori incorporati all’interno del tessuto stesso*»²²⁴.

O ancora di particolare interesse è il dispositivo a microinfusore di insulina, il quale viene applicato direttamente sul corpo tramite un cerotto o patch pump²²⁵ che, grazie ad un meccanismo automatizzato, riesce a distribuire durante tutto l’arco della giornata la giusta dose di insulina al paziente senza che quest’ultimo debba preoccuparsi sia della dose che soprattutto delle tempistiche, evitandogli così di ricorrere a siringhe per l’autosomministrazione²²⁶.

Nonostante l’evidente progresso offerto dalle tecnologie in questione, caratterizzato da una notevole accelerazione nella diagnosi e una somministrazione più rapida dei trattamenti, è fondamentale sottolineare come tali dispositivi possano presentare intrinseche complessità di natura etica e, in particolare, in termini di tutela della privacy: secondo uno studio da State of CPS Security Report: Healthcare 2023 a cura di Claroty²²⁷ emerge infatti che circa 1 dispositivo su 4

²²⁴Cfr. HealthTech360, *Wearable device in Sanità: cosa sono e quali sono i vantaggi*, in www.healthtech360.it, Aggiornato il 24 Mar 2023

²²⁵Si tratta di un microinfusore privo di catetere, ad elevato contenuto tecnologico, molto compatto, utile alternativa al microinfusore nel trattamento del diabete di tipo I.

²²⁶ Cfr. VitalAire, *Microinfusore insulinico*, in <https://it.vitalaire.com>.

²²⁷ Una società specializzata nella sicurezza industriale. Opera nel settore della cybersecurity, concentrandosi specificamente sulla protezione delle infrastrutture critiche, come impianti industriali, reti energetiche e sistemi di controllo industriale

presenta falle sfruttabili da hacker informatici con un serio rischio per i dati medici dei pazienti stessi.

Motivo per cui è la stessa società a sottolineare l'importanza di sviluppare strategie e politiche precauzionali, oltre ovviamente a quella di sviluppare una rete all'avanguardia con sistemi di sicurezza avanzati proprio per evitare questo genere di episodi²²⁸.

Conclusione

In questa tesi, abbiamo cercato di evidenziare le dinamiche che regolano il nostro sistema sanitario, analizzando sia le garanzie offerte dal servizio pubblico sia le opportunità e le sfide poste dagli strumenti integrativi/assistenziali, con l'intento di capire se un ritorno ad un sistema sanitario di tipo misto possa risanare la grave situazione che affronta il nostro paese in tema Salute.

Alla luce delle considerazioni svolte all'interno della ricerca appare chiaro come il nostro sistema sanitario nazionale, che doveva rappresentare un sistema unitario e universale, presenti ad oggi problematiche tutt'altro che risolte.

Difficoltà scaturite come abbiamo esaminato, sia da dinamiche storiche ma anche da circostanze prettamente organizzative come la mancanza di una programmazione sanitaria coerente e duratura capace di migliorare nel tempo i servizi offerti e superare le disuguaglianze tra gli enti erogatori e le regioni del nostro paese.

²²⁸ Cfr. Silicon Editorial, *Il 23% dei dispositivi medici ha qualche vulnerabilità di sicurezza*, in www.silicon.eu, 7 maggio 2024.

La pandemia ha per certi versi fatto emergere ancora di più la necessità di operare una riforma efficace.

Il nostro sistema nazionale è stato uno dei primi a dover fronteggiare l'emergenza del Covid-19, una nuova tipologia di virus che non solo ha portato gravi preoccupazioni a livello mondiale ma ha anche marcato inevitabilmente tutte quelle problematiche del sistema sanitario che per anni i governi che si sono succeduti hanno nascosto o trascurato.

Si è constatata non solo una carenza di risorse dovuta dalle varie politiche di *spending review*, ma anche una complessa stratificazione di problemi lasciati irrisolti e talvolta trascurati dai vari governi, tra cui la grave disorganizzazione della medicina territoriale, che ha rappresentato un fattore determinante nella gestione dell'emergenza sanitaria e ha generato un divario tra le necessità dei cittadini e l'offerta dei servizi stessa, oltre a creare situazioni di disagio sempre più frequenti come liste d'attesa infinite e mancanza di operatori.

Considerati i fatti esposti appare facilmente intuibile il perché si ravvisi il ritorno ad un sistema sanitario misto, in cui l'implementazione di determinati strumenti integrativi e la ormai sempre più obbligata necessità da parte dei cittadini di una copertura supplementare attraverso uno degli strumenti sanitari alternativi, come mutue e assicurazioni, sia elemento indispensabile per godere appieno del diritto alla salute.

Malgrado il passare del tempo e pur presentando dei limiti, talvolta significativi, questi strumenti mantengono ancora oggi un fascino verso il cliente/paziente offrendo protezione finanziaria in caso di eventi imprevisti ma soprattutto riuscendo a garantire in tempistiche accettabili le prestazioni necessarie e mancanti del SSN, intervenendo con soluzioni efficaci e competitive.

Resta ora da chiedersi se la nuova possibilità di riforma dovuta dal finanziamento del PNRR possa in qualche modo intervenire per arginare i vari problemi evidenziati.

Anche se, pur presentando notevoli innovazioni dal punto di vista organizzativo ritengo alquanto improbabile che la semplice erogazione di fondi senza una pianificazione sul lungo periodo altrettanto curata possa in qualche modo capovolgere la situazione di partenza, specialmente se si guarda alla fretteolosità nella pianificazione attuata per rispettare le scadenze imposte dall'Unione Europea ma soprattutto tenuto conto degli esiti delle varie riforme storiche che hanno previsto la semplice erogazione di fondi, caratterizzate da grandi sprechi e dalla non sempre presente trasparenza relativa alla destinazione finale.

Bibliografia

Agenas- agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *Impatto dell'epidemia covid-19 sul sistema ospedaliero italiano anno 2020*, in www.istat.it, 21 luglio 2022.

Agenzia per la coesione territoriale:” *Next Generation EU e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*” in www.agenziacoesione.gov.it.

Agostini B.C., *La riforma sanitaria americana: il difficile compromesso tra esigenze di universalità di cure, contenimento dei costi e mantenimento di un sistema sanitario di tipo privato*, in *Diritto e Fiscalità dell'assicurazione*, fasc.4, 2013, pag. 508.

AIRC, *Le statistiche del cancro*, in www.airc.it, Ultimo aggiornamento: 14 dicembre 2023.

Antico A., *Le società di mutuo soccorso*, in *Italia ius*, <https://italiaius.it/>, Malo, 05 ottobre 2021.

Archivio Storico Generali Italia: www.generali.it.

Archivio storico Rui: www.ivass.it.

ARS Toscana, *Gli effetti di Covid-19 sugli accessi sul pronto soccorso nel primo anno pandemico*.

Associazione Italiana sclerosi multipla-AISM, *sintesi ragionata della legge 24 dicembre 2012, n. 228 “disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (legge di stabilità 2013)*, <https://allegati.aism.it>.

Atripaldi M., *Diritto alla salute e livelli essenziali di Assistenza (LEA)*, in federalismi.it, osservatorio di diritto sanitario, 15 novembre 2017.

Bacci M., Benucci G., Lazazzera M., *Le Polizze-Malattia: una problematica in evoluzione*, in Riv. it. medicina legale (dal 2012 Riv. it. medicina legale e dir. sanitario), fasc. 3, 2000.

Balduzzi R., Servetti D., *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2/2019.

Bartoloni M., *In 200mila all'estero per i denti: Albania al top, ma poi uno su tre deve ricurarsi*, in *salute 24*, il sole 24 ore, www.ilsole24ore.com, 22 marzo 2024.

Battelli E., *Big data e algoritmi predittivi nel settore assicurativo: vantaggi e nuovi rischi*, in *Il Corriere Giuridico*, n. 12, 1° dicembre 2019.

Battelli E., *Insurtech ed evoluzione dell'offerta di polizze sanitarie: tra innovazione tecnologica e nuovi servizi assicurativi in campo medico*, in *Contratto e Impresa*, n. 1, 1° gennaio 2022.

Bellini I., *Il sistema sanitario tedesco*, in *Salute internazionale*, www.saluteinternazionale.info, 15 settembre 2014.

Bianchi L., Caravella S., Petraglia C., *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute*, in *informazioni Svimez*, 1° febbraio 2024.

Bianchi L., Caravella S., Petraglia C., *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute*, in *Informazioni Svimez*, 1° febbraio 2024.

Bosco F., *Curarsi all'estero con il SSN è possibile, ma pochi lo fanno*, in *Sanità informazione*, www.sanitainformazione.it, 11 luglio 2022; inoltre cfr. Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia, *autorizzazione cure sanitarie all'estero*, in www.asst-pavia.it.

Brunetta F., Marchegiani L., *L'outsourcing nella sanità*, in *Consumatori, diritti e mercato*, numero 1/2009 Focus, <https://iris.luiss.it/>.

Busilacchi G., Toth F., *Il Servizio sanitario nazionale alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?* in *la Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, 2/2021.

C.D.R.R., *Arriva il "decreto anziani". Un Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, in buona salute e con una Road Map ben delineata per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria*, in *quotidianosanità.it*, www.quotidianosanità.it, 25 gennaio 2024.

Camera dei deputati XVII Legislatura biblioteca – legislazione straniera, *I sistemi sanitari in Francia, Germania, regno unito e spagna e le relative modalità di finanziamento*, <https://documenti.camera.it/>, 27 giugno 2013.

Camera dei deputati, *Il controllo della spesa pubblica e la spending review*, in <https://temi.camera.it/>, 16 gennaio 2024.

Camera dei deputati, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in [https://temi.camera.it.](https://temi.camera.it/)

Camera dei deputati, *Le fonti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in www.camera.it,

Camera dei deputati, XVII Legislatura, biblioteca – legislazione straniera, *sistemi sanitari in Francia, Germania, Regno Unito e Spagna e le relative modalità di finanziamento*, Appunto 22/2013, 27 giugno 2013.

Camilleri M., *Sanità integrativa, è tempo di una nuova prospettiva?* in Il punto, www.itinerariprevidenziali.it, 07/03/2019.

Canova G. S., *Quando è l'emergenza sanitaria a chiedere aiuto*, in Nurse24.it, www.nurse24.it, 19.07.19.

Cartabellotta N., *Diritto alla salute e riforma del Titolo V*, in Salute internazionale, 13 maggio 2015 www.saluteinternazionale.info.

Cfr. Archivio Banca d'Italia: www.Bancaitalia.it.

Ciaravolo C., *Coronavirus. L'affanno del servizio sanitario italiano: tutto previsto*, in quotidiano sanita.it, www.quotidianosanita.it, 10 aprile 2020.

Confcooperative Lazio Nord, *fascismo e cooperazione*, in www.confcooperativelazionord.it

Coppola F.S., Capasso A., Russo L., *Profili evolutivi del ssn italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, in Siep: Economia della tassazione Sistemi tributari, pressione fiscale, crescita, Pavia, Università, 25 - 26 settembre 2008.

Corte dei conti, *relazione sull'anno giudiziario 2024*, Roma, 13 febbraio 2024.

Cosma C., USA. *Pandemia e spesa sanitaria*, in salute internazionale, www.saluteinternazionale.info, 17 febbraio 2022.

Cupido M., *attività delle società di mutuo soccorso*, in Commento Le Società N. 6/1990.

Cusa E., *Fattispecie e disciplina della società di mutuo soccorso: un rebus giuridico*, in Rivista delle Società, fasc.1, 1° febbraio 2022.

De Cillis D., *Focus | Self Insured Retention (SIR): cos'è e in cosa differisce dalla franchigia*, <https://www.rplt.it/>, 15 febbraio 2024.

Decreto ministeriale del 30 ottobre 2014 - Attività di vigilanza sulle Società di Mutuo Soccorso, in ministero delle imprese e del Made in Italy, www.mimit.gov.it.

Dell'Atti L., *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in AIC - Rivista dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti, Rivista n°: 3/2020 data pubblicazione: 20/07/2020.

Department of Health and Human Services (HHS) USA, *About the Affordable Care Act*, in www.hhs.org, 17 Marzo 2022.

Di Renzo, *Gli spazi di privatizzazione della sanità*, in *Mondoperaio*, n. 3/1992.

Dipartimento per il programma di Governo, *Focus Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33. D.lgs. n. 29/2024*.

Direttivo Slow Medicine, *Le conseguenze della pandemia sulle prestazioni sanitarie e la salute dei pazienti. Le proposte di Slow Medicine*, in quotidianosanità.it, www.quotidianosanità.it, 12 gennaio 2021.

Dogliotti M., *Il diritto alla salute spetta a tutti i cittadini... tranne che agli anziani non autosufficienti*, in *Giurisprudenza Italiana*, n. 12, 1° dicembre 1993.

Elaborazione Stem su dati Agenas, *Analisi dei costi per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale Anni 2011/2013*, in *quotidiano sanità*, www.quotidianosanità.it, 10/10/2014.

Enciclopedia Treccani, *INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie)*, in *Dizionario di Economia e Finanza (2012)*, www.treccani.it.

Equizi C., *Mobilità interregionale: tra equità nell'accesso ai servizi sanitari e problemi di "sistema"*.

F. Foglietta, *Welfare State e Servizio Sanitario Nazionale: quali strategie per resistere e superare la crisi finanziaria*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 2-3/2012.

Fascicolo informativo standard redatto da Zurich Italia: www.zurich.it.

Ferraro L., *la telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *diritto dell'informazione e dell'informatica (il)*, fasc.4-5, 1° agosto 2022.

Finzi F., *Focus sulla giurisprudenza costituzionale in materia di autonomia finanziaria regionale*, in *Rivista di studi giuridici e politici*, (2010).

Fiorentino L., *Il decreto di Spending review, oltre la straordinarietà*, in *Giornale di diritto amministrativo* 12/2012, Università di Roma LUMSA.

Garattini L., Nobili A., *Ssn post Covid, quali lezioni trarre col senno di poi?* in *Salute24*, il sole 24 ore, www.sanita24.ilsole24ore.com, 27 settembre 2021.

Gentilucci P., *la sofferta riforma delle autonomie regionali e federalismo fiscale*, in www.diritto.it, 29 novembre 2022.

Gobbi B., *Lea 2022: i dati migliorano ma sono solo 13 le Regioni promosse. Al top E. Romagna, Toscana e Trento. V. d'Aosta "bocciata". Veneto ed E. Romagna "eccellenti". Schillaci: «Ampi margini di miglioramento, da 2024 indicatori core salgono a 25*, in *sanità24*, il sole24ore, 15 luglio 2024.

Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei ministri, *Le missioni e le componenti del PNRR*, in www.governo.it.

Greco [A.](#), *Articolo 32 Costituzione* in www.laleggepertutti.it.

Grimaldi A., *Chirurgia e covid-19 sottoporsi all'intervento chirurgico*, in www.andreagrimaldi.com, 07 giugno 2021.

Gritti M., *In Italia i medici non mancano. Ecco come stanno davvero le cose negli ospedali*, in *Agi*, www.agi.it, 27 marzo 2020.

HealthTech360, *Wearable device in Sanità: cosa sono e quali sono i vantaggi*, in www.healthtech360.it, Aggiornato il 24 Mar 2023.

I divari tra nord e sud nel diritto alla salute, www.Savethechildren.it, 7 febbraio 2024.

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, in Ministero della Salute, www.salute.gov.it, 13 marzo 2017.

Inserra M., *Giovani medici in fuga dal mezzogiorno, mille all'anno verso nord ed estero*, in *«Il quotidiano del Sud»*, www.quotidianodelsud, 10 febbraio 2023.

Istat, *Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute Audizione dell'Istituto Nazionale di Statistica Dott.ssa Cristina Freguja Direttrice della Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare*, in 10a Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato della Repubblica Roma, 8 marzo 2023.

Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, *La riforma della sanità territoriale: il nuovo Distretto sanitario e le Case della Comunità*, www.marionegri.it, 30 gennaio 2023.

Istituto Superiore di Sanità - ISS, *Memorie e attualità tra storia e salute. Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia a cento anni dalla Grande Guerra a partire dall'esperienza dell'Asinara e di Vittoria*. A cura di P. De Castro, D. Marsili, A. Trova, 2015, IV, p. 122 (*I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità*).

Ivziku D., *Quali sono state e quali continuano ad essere le criticità maggiori, sotto tutti i punti di vista, riscontrate dagli infermieri nella lotta al Covid-19*, In Unicamillus, International medical University in Rome, www.unicamillus.org, 30 giugno 2023.

Johnson&Johnson Innovative Medicine, *La salute è indossabile con i medical devices: conosciamoli meglio*, in www.janssenmedicalcloud.it, 14 febbraio 2024.

La finanza delle Regioni nel nuovo Titolo V della Costituzione, in Segreteria Bilancio e Finanza Direzione Risorse finanziarie Regione Veneto.

La finanza delle Regioni nel nuovo Titolo V della Costituzione, in Segreteria Bilancio e Finanza Direzione Risorse finanziarie Regione Veneto, <https://www.regione.veneto.it/static/www/decentramento-e-federalismo/LafinanzadelleRegioninelnuovoTitoloVdellaCostituzione.pdf>.

La fiscalità delle società cooperative, in Camera dei deputati, www.leg16.camera.it.

La storia in Italia delle società di mutuo soccorso, in Mba mutua, www.mbamutua.org.

Lanzillotta L., Medaglia C. M., *sanità' e spending review organizzazione, trasparenza, digitalizzazione, a cura di M. Caruso et al.*, in Glocus, innovare per competere, novembre 2014.

Lapam Confartigianato, *m6c2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in <https://issuu.com/>.

Le differenze tra polizze sanitarie e mutue private: quali scegliere, in Salmeri Assicurazioni, www.salmeri.it.

Linee Guida Stipula contratto Polizza Malattia Generali Italia www.Generali.it.

M. Picchi, *Prime considerazioni sul decreto l.vo n. 502 del 1992 in materia sanitaria, con riferimento all' art. 1 della legge-delega n. 421*, in *Nuova rassegna di legislazione, dottrina e giurisprudenza*, n. 1/1993.

M. Vella, *La realtà emergente delle mutue sanitarie italiane*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 1/2017.

Marcelli G., *Per Una Storia Del Mutualismo, L'esperienza della mutua assistenza fra marchigiani in Roma tra XIX e XXI secolo*, in Quaderni del consiglio regionale delle marche, marzo 2017.

Mariani Castelli G., *Il ruolo delle forme integrative di assistenza sanitaria*, in *Diritto delle relazioni industriali*, n. 3/2000.

McKenzie T., *La selezione avversa*, in Inomics, <https://inomics.com/>, 07 January 2020.

Ministero della salute www.salute.gov.it.

Ministero della Salute, Decreto n. 77/2022: *assistenza territoriale alla luce del PNRR*, 23 maggio 2022.

Ministero della Salute, *I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*, www.salute.gov.it.

Ministero della salute, *Il ministero dal 1958 a oggi*, in <https://www.salute.gov.it>.

Ministero della Salute, *Riforma dell'assistenza territoriale*, in www.pnrr.salute.gov.it.

Noera M., Onado M., *Una crisi annunciata: analisi economica della sanità italiana dopo la pandemia*, in Mercato Concorrenza Regole (ISSN 1590-5128) Fascicolo 2, agosto 2022.

Nuclei antisofisticazione e sanità (n.a.s.) dei carabinieri, in www.carabinieri.it.

P. Borgia, A. Maruotti, F. Spandonaro, *Costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa e prospettive di sviluppo*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 1/2005.

Paci S., *Imprese di assicurazione e fondi sanitari integrativi*, in Dir. economia assicur. (dal 2012 Dir. e Fiscalità assicur.), fasc.2, 2011.

Palumbo F. e La Falce M.G., *I Lea tra Covid e Pnrr. Quali difficoltà per la governance del Ssn*, in quotidianosanita.it, 27 luglio 2022.

Patto per la salute in www.salute.gov.it.

Pioggia A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli Editore, terza edizione 2021.

Piras E., *Fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso: le nuove frontiere della sanità integrativa*, in *Responsabilità Civile e Previdenza*, fasc.6, 2016, pag. 1870B. Vedi anche l'articolo 51, il quale disponeva che "la vaccinazione è obbligatoria e sarà regolata da apposito regolamento approvato dal ministro dell'interno, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità".

Piras E., *I prodotti della sanità integrativa*, in *Rivista di diritto bancario*, n. 2/2019.

Piras E., *Le società di mutuo soccorso tra legge istitutiva, terzo settore e codice delle assicurazioni*, in *Rivista di diritto bancario*, n. 1/2019.

Pisani D. A., *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2022.

Politini S., *Osservatorio Sanità 2020: dalla telemedicina all'AI, l'effetto sprint del Covid*, in *Digital4*, www.digital4.biz, 10 giugno 2020.

Povertà sanitaria in Italia: quando curarsi è un lusso, www.eticasgr.com, 24 gennaio 2023.

Primerano G. A., *Il commissariamento della sanità regionale nella prospettiva del riequilibrio territoriale*, in *Nuove autonomie*, *Rivista quadrimestrale di diritto pubblico*, 7 luglio 2023.

Progetto a casa lontani da casa, Indagine e valutazioni sul fenomeno della Mobilità Sanitaria verso la Regione Lombardia, www.acasalontanidacasa.it, settembre 2021.

Quello che conta-il portale dell'educazione finanziaria, *polizza malattia*, in www.quellocheconta.gov.it.

Quotidianosanità.it, *Gimbe, Tra liste d'attesa, rinunce alle cure e disuguaglianze il Ssn è in codice rosso*, in www.quotidianosanita.it, 28 marzo 2023.

Rapporto ISS COVID-19 • n. 35/2020, *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19*, Versione del 25 maggio 2020.

Ravizza S., *La sanità degli sprechi, ecco gli ospedali che spendono di più*, in *Corriere della Sera*, 6 ottobre 2014.

Regione Lombardia, *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati*, in www.regione.lombardia.it.

Regolamento Generale Mutue sanitarie, in Mba mutua, www.mbamutua.org.

Regolamento generale polizza sanitaria Ivass: www.ivass.it.

Relazione generale e di settore sullo stato dell'ordinamento e delle competenze regionali dopo la riforma, A cura del Servizio Assistenza generale alla Quarta Commissione e dell'Area assistenza giuridico legislativa alle Commissioni e al Consiglio in materia sanitaria, sociale e culturale, maggio 2002.

Rivosecchi G., *poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, in *italian papers on federalism rivista giuridica on-line – ISSiRFA – CNR*.

Rossi N., *Lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi nell'intreccio delle fonti normative*, in *Variazioni su temi di diritto del lavoro*, n. 1/2021.

Russo P., *Coronavirus, in terapia intensiva i letti sono finiti: "Il sistema sanitario è al collasso"*, in *La Stampa*, 04 marzo 2020.

Salfi A., Tarozzi F., *Dalle società di mutuo soccorso alle conquiste del welfare state*, Editore Ediesse, 2014.

Scuto F., *Il sistema sanitario lombardo di fronte al PNRR e alle sfide della "nuova" sanità territoriale*, in *Corti supreme e salute, Sezione speciale – La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?*.

Silicon Editorial, *Il 23% dei dispositivi medici ha qualche vulnerabilità di sicurezza*, in www.silicon.eu, 7 maggio 2024.

Sito ufficiale Ania Italia: www.ania.it.

Sito ufficiale Generali Italia, *Le Assicurazioni per la Famiglia e la Salute*, in www.generali.it.

Sito ufficiale Mba Mutua: www.mbamutua.org.

Società cooperative - revisioni periodiche e ispezioni straordinarie, in tuttocamere.it, il portale dell'informazione sulla camera di commercio per i professionisti e le imprese, www.tuttocamere.it.

Società di mutuo soccorso Campa, *Assistenza diretta e indiretta*, in <https://www.campa.it/nostri-servizi/assistenza-diretta-indiretta.html>.

Statuto Ufficiale Ivass, 12 dicembre 2012, www.Ivass.it.

Strumenti sanitari integrativi e sostenibilità del SSN: Verso un modello misto?.

Swiss Re Corporate History, *La storia delle assicurazioni in Italia*, in www.swissre.com.

Vantaggi fiscali in General mutua, <https://www.generalmutua.org>.

Velliscig L., *autoassicurazione e rischio sanitario. riflessioni critiche alla luce dell'esperienza statunitense*, in *responsabilità civile e previdenza*, fasc.2, 1° febbraio 2017, pag. 0666b.

VitalAire, Microinfusore *insulinico*, in <https://it.vitalaire.com>.

Vitiello B., *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, in *Istituzioni del Federalismo*, 6/2006.

